

INFORME DE LABORES
2010-2011
Y PROGRAMA DE
ACTIVIDADES

INFORME DE LABORES 2010-2011 Y PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Primera edición, 2011.

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

Impreso y hecho en México.

Portada

Obra: "Por una seguridad completa y para todos los mexicanos".

Autor: David Alfaro Siqueiros.

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

El Informe de Labores 2010-2011 y Programa de Actividades estuvo a cargo de las Direcciones Normativas del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Oficina de Planeación y Seguimiento/Coordinación de Asesores de la Dirección General.

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

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

Informe de Labores 2010-2011 y Programa de Actividades



102^a

ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA



 Vivir Mejor

GOBIERNO
FEDERAL

Índice

PRESENTACIÓN

I

I. DIRECCIÓN DE FINANZAS

1

I.1. Estado de Resultados y Balance General al 31 Diciembre de 2010	2
I.2. Suficiencia Financiera	8
I.3. Administración de las Reservas y Fondo Laboral	12
I.4. Modelos de Costos	48
I.5. Administración de Riesgos Institucionales	49
I.6. Programa de Aseguramiento Integral del IMSS y Atención de Siniestros	53
I.7. Gestión Presupuestal	57
I.8. Ejercicio y Registro del Gasto	69
I.9. Estrategia de Información Directiva	69
I.10. Seguimiento a las Observaciones Derivadas de Auditorías Practicadas en el IMSS por Órganos Fiscalizadores	70

II. DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

75

II.1. Emisión Mensual Anticipada	76
II.2. Meta de Recaudación	77
II.3. Incorporación y Clasificación de Empresas	79
II.4. Reducción de Cartera en Mora	83
II.5. Diseño y Aplicación de una Estrategia de Fiscalización	87
II.6. Proyecto DELTA	94
II.7. Mejora Regulatoria	95
II.8. Acciones de Supervisión a la Operación	96
II.9. Programas de Apoyo al Empleo	97

III. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES	101
III.1. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES	102
III.1.1. Transparencia en Adquisiciones	102
III.1.2. Desarrollo de Infraestructura	106
III.1.3. Esquema de Distribución de Medicamentos	114
III.1.4. Estrategia de Compras y Contratación de Servicios	117
III.1.5. Imagen Institucional, Orden y Limpieza	120
III.1.6. Transcripción de Medicamentos	121
III.1.7. Esquemas para la Reducción de Mermas	122
III.1.8. Personal	124
III.1.9. Atención en Ventanilla	127
III.1.10. Programa de Mejora de la Gestión (PMG)	129
III.1.11. Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI)	130
III.1.12. Investigación y Desarrollo en Calidad	131
III.1.13. Proyectos de Automatización de Procesos de la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones	133
III.1.14. Cumplimiento de las Sugerencias y Recomendaciones de la H. Comisión de Vigilancia en la CI Asamblea General Ordinaria del IMSS	136
III.2. UNIDAD DE EVALUACIÓN DE DELEGACIONES	139
III.2.1. Sistema de Gestión de Información con Enfoque a Usuarios: Encuesta Nacional de Surtimiento de Medicamentos y Encuestas Nacionales de Satisfacción de Derechohabientes Usuarios de Servicios y Usuarios de Guarderías	139
III.2.2. Evaluación de Delegaciones, Giras y <i>Ranking</i> Delegacional	141
III.2.3. Sistemas de Información Directiva	143
IV. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS	147
IV.1. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS	148
IV.1.1. Equipamiento Médico	148
IV.1.2. Impacto Médico de las Obras de Infraestructura	151
IV.1.3. Servicios Médicos Integrales	153
IV.1.4. Programa de Consulta de Medicina Familiar en 6° y 7° Día	153
IV.1.5. Mejorar la Atención en Urgencias	155
IV.1.6. Diferimiento en Cirugía Programada	157
IV.1.7. Acciones para Abatir la Mortalidad Materna en Derechohabientes IMSS	159
IV.1.8. Guías de Práctica Clínica (GPC)	161
IV.1.9. Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células	163
IV.1.10. Convenio de Subrogación con Hospitales Regionales de Alta Especialidad	167

IV.1.11. Centro de Atención Telefónica-Centro de Contacto (Call-Center)	168
IV.1.12. DIABETIMSS	169
IV.1.13. Educación en Salud. Formación de Médicos Especialistas	171
IV.1.14. Investigación en Salud	174
IV.1.15. Enfermería	175
IV.1.16. Economía de la Salud	177
IV.1.17. Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE)	179
IV.1.18. Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS)	180
IV.1.19. Vigilancia Epidemiológica y Apoyo a Contingencias	193
IV.1.20. Salud en el Trabajo	198
IV.1.21. Reestructuración de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas	201
IV.1.22. Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios	203
IV.1.23. Control de Calidad de los Insumos	205
IV.2. UNIDAD IMSS-OPORTUNIDADES	207
IV.2.1. Desarrollo de Infraestructura	207
IV.2.2. Prioridades en Salud	209
IV.2.3. Encuentros Médico-Quirúrgicos	221
IV.2.4. Capacitación	222

V. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES 225

V.1. Prestaciones Económicas	226
V.2. Prestaciones Sociales	236
V.3. Guarderías	247
V.4. Servicios de Ingreso	259

VI. DIRECCIÓN JURÍDICA 271

VI.1. DIRECCIÓN JURÍDICA	272
VI.1.1. Oficina del Director Jurídico	272
VI.1.2. Legislación y Consulta	277
VI.1.3. Asuntos Contenciosos	279
VI.1.4. Asuntos Laborales	285
VI.1.5. Investigación y Asuntos de Defraudación	287
VI.1.6. Control y Mejora Continua de Procesos Jurídicos	288
VI.1.7. Sistema de Seguimiento de Casos	289
VI.1.8. Programa Nacional de Atención y Control de Juicios	290
VI.2. COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A QUEJAS Y ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE	298
VI.2.1. Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente	298
VI.2.2. Fortalecimiento de la Atención al Derechohabiente	299
VI.2.3. Programa Nacional de Capacitación "Calidez y Cultura de Servicio al Derechohabiente"	300
VI.2.4. Atención a Quejas Médicas, CNDH y CONAMED	301

VI.2.5. Mejora de los Servicios con Base en la Evaluación del Derechohabiente	302
VI.2.6. Transparencia y Acceso a la Información	303
VI.2.7. Uso de Fideicomisos y Apoyos en Caso de la Guardería ABC	304
VI.2.8. Centro de Atención Inmediata para Casos Especiales en Hermosillo, Sonora	305
VI.2.9. Sistema Integral de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente	307
VI.2.10. Redes Sociales en el IMSS	307

VII. DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO 311

VIII. UNIDAD DE VINCULACIÓN 321

VIII.1. Vinculación con Organizaciones Públicas, Privadas y Sociales	322
VIII.2. Vinculación con Asuntos Internacionales	323

IX. COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL 325

IX.1. Coordinación Técnica de Difusión	327
IX.2. Coordinación Técnica de Información	332

ÍNDICE DE TABLAS 341

ÍNDICE DE GRÁFICAS 347

SIGLAS Y ACRÓNIMOS 351

Presentación

En cumplimiento a lo dispuesto en los Artículos 261, 266 y 268 de la Ley del Seguro Social (LSS), el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) presenta y pone a consideración de la Honorable Asamblea General el Informe de Labores y Programa de Actividades 2010-2011. El Informe está conformado por nueve capítulos en los cuales se hace una reseña de las principales acciones realizadas durante el periodo mayo de 2010 a mayo de 2011, así como el programa de actividades, el cual se circunscribe a la Política Institucional 2009-2012.

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

En este sentido, las acciones emprendidas en materia de incorporación y recaudación, enfocadas a lograr las metas planteadas, están contenidas en el Capítulo II. Asimismo, se detallan acciones para mejorar la calidad de la información relacionada con los patrones y derechohabientes; optimizar la cobranza e incrementar la recaudación; el diseño de acciones para fortalecer la estrategia de fiscalización; la aplicación de mejoras

en la normatividad, y la implementación de sistemas integrales de información.

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

Los Capítulos IV y V enlistan los avances alcanzados en los principales programas de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) y la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES), en congruencia con las directrices trazadas en el Programa de Trabajo 2009-2012. En el área médica destacan los programas de infraestructura médica; reducción en el diferimiento en cirugía programada; mejora de los servicios de Urgencias; consulta en 6° y 7° Día; DIABETIMSS y PREVENIMSS; reducción de la mortalidad materna; expediente clínico electrónico; vigilancia epidemiológica; trasplantes, y formación de médicos especialistas, entre otros.

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

Por su parte, en el área de Prestaciones Económicas y Sociales se presentan los resultados de los programas para mejorar la seguridad y calidad del servicio de Guarderías, así como en los procesos para el pago de pensiones, velatorios, centros vacacionales y tiendas.

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

derechohabiente y las respectivas acciones de mejora emprendidas y por instrumentar, se informan en el Capítulo VI.

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

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

Política institucional

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

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

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

Misión

En su carácter de organismo fiscal autónomo, lograr la transparencia y recaudación eficaz.

Administrar las contribuciones y los recursos financieros para garantizar las prestaciones en especie y en dinero.

Fomentar de manera integral la salud de la población a través de proveer los servicios preventivos, curativos médicos, de guarderías y de prestaciones económicas y sociales.

Líneas de servicio

Recaudación

Incorporación y recaudación

Aseguradora

Administración de riesgos de salud

Administración de riesgos de trabajo

Gestión de pensiones

Gestión de prestaciones sociales

Prestación de servicios

Servicios médicos

Guarderías

Centros vacacionales y deportivos

Teatros y centros de capacitación

Fuente: IMSS.

EJE RECTOR I: MEJORAR LA CAPACIDAD DE GESTIÓN Y OPERACIÓN DEL INSTITUTO

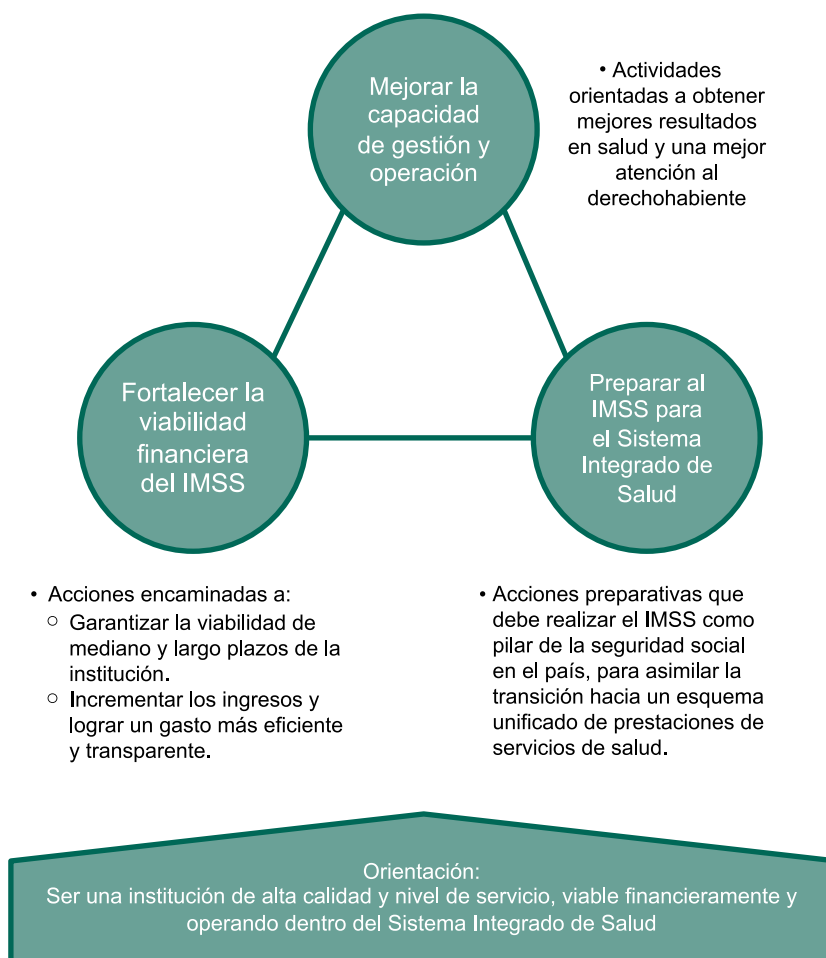
Los niveles de calidad y satisfacción en el servicio presentan áreas de oportunidad importantes. En este sentido, este eje se orienta hacia la mejora de la oferta de los servicios y la capacidad resolutiva en todos los niveles de atención, con el fin de cumplir con las demandas y expectativas de la población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

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

Mejorar la calidad de los servicios

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

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



Fuente: IMSS.

Mejorar la calidez de la atención

El Instituto se está poniendo en los zapatos del derechohabiente. En este sentido se busca brindar permanentemente un trato al derechohabiente con mayor sensibilidad humana, en un marco definido por trámites claros y simplificados que permitan una atención oportuna. Lo anterior, en espacios físicos dignos, en los que esté al frente personal profesional que brinde atención con calidez a nuestros derechohabientes.

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

Fortalecer la infraestructura

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

Las iniciativas en esta materia se orientan a contar con un crecimiento óptimo en la infraestructura institucional, entre las que se encuentran: i) desarrollo de un sistema integral de planeación de obras nuevas, acciones de ampliación y remodelación, y ii) hacer

más eficiente la utilización de los servicios actuales a través de programas como “Hospital sin Ladrillos”, que reorienta el uso de espacios y camas en los hospitales.

Fortalecer los recursos humanos y la organización

Este frente de trabajo se refiere a la instrumentación de proyectos de capacitación y formación de recursos humanos que son el sostén de la operación diaria del Instituto. Sobresalen dentro de esta línea de trabajo, la formación de médicos especialistas y la capacitación del personal que tiene contacto directo con el derechohabiente. El objetivo es contar con servidores públicos que desarrollen capacidades que les permitan brindar un servicio cálido, amable, de calidad y que refuercen su capacidad de respuesta.

EJE RECTOR II: FORTALECER LA VIABILIDAD FINANCIERA DEL IMSS

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

Fortalecer los ingresos

Está orientado a mejorar la recaudación mediante iniciativas que permitan una mayor eficacia y eficiencia en su actuación, entre ellas destacan: i) diseño y aplicación de una mejor estrategia de fiscalización; ii)

desarrollo de un sistema informático integral de los procesos de incorporación y recaudación; iii) facilitar el cumplimiento voluntario de las obligaciones, y iv) reducción de la cartera en mora.

Realizar un gasto más eficiente y transparente

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

Entre otras medidas de carácter administrativo para realizar un gasto más eficiente y transparente se encuentran: i) los ahorros en abasto a través de la adopción de múltiples estrategias como subastas en reversa, compras multianuales, compras centralizadas y regulación de compras descentralizadas, entre otras; ii) mayor transparencia y rendición de cuentas en las licitaciones; iii) instrumentación de mecanismos de medición y gestión del producto hospitalario, a través de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) que permiten comparar costos de producción en las unidades de servicio y homogeneizar los servicios. Este mismo razonamiento se aplica para los servicios ambulatorios a través del uso de Grupos Relacionados de Atención Ambulatoria (GRAA), entre otros.

Fortalecer la atención preventiva

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

se refuerza la entrega informada de Cartillas de Salud y Guías para el Cuidado de la Salud.

Mejorar la suficiencia presupuestal

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

EJE RECTOR III: PREPARAR AL INSTITUTO PARA EL SISTEMA INTEGRADO DE SALUD

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

Promover la portabilidad de derechos

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

La portabilidad consiste en que todo ciudadano que cuente con algún seguro de salud tenga el derecho de acudir a cualquier institución para su atención. Así, las

tareas que realiza el IMSS en esta materia se encaminan, por un lado, a estructurar los mecanismos de intercambio de información para lograr un Sistema Integrado de Salud, lo que considera: i) estandarizar el padrón de derechohabientes del IMSS con otras instituciones; ii) concretar el padrón de IMSS-Oportunidades; iii) dar cumplimiento a las metas de credencialización y reexpedición en el marco del programa ADIMSS; iv) hacer compatible el uso del Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE), para que en cualquier clínica o unidad médica de los tres niveles de atención, a nivel nacional, se pueda consultar el historial del paciente, entre otras.

Promover la convergencia de servicios de salud

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

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

Desarrollar un mercado de servicios de salud

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

PRINCIPALES LOGROS ALCANZADOS DURANTE EL PERIODO MAYO DE 2010 A MAYO DE 2011

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

Prestaciones Médicas:

- Al cierre de mayo de 2011, el IMSS tenía 53.3 millones de derechohabientes, 6.1 por ciento más que en el mismo mes de 2010. De este universo, aproximadamente 47 millones se encontraban adscritos a una Unidad de Medicina Familiar (UMF).
- De acuerdo con la Encuesta Nacional de Satisfacción a los Derechohabientes Usuarios de los Servicios Médicos del IMSS (ENSAT), de julio de 2011, 79 por ciento de los usuarios se encuentra muy satisfecho o algo satisfecho con los servicios recibidos.

- Al cierre de este Informe, en promedio, cada día se registraron 470,406 consultas; 49,107 atenciones de urgencias; 5,367 egresos hospitalarios; 3,962 intervenciones quirúrgicas, y 1,188 partos, entre otros.
- Asimismo, cada día se realizaron, en promedio, 715,113 análisis clínicos; 52,928 estudios de radiodiagnóstico; 3,091 tomografías; 20,008 sesiones de inhaloterapia; 2,335 sesiones de medicina nuclear; y 7,275 sesiones de electrocardiografía.
- Para sustentar con calidad y oportunidad la operación antes descrita, se establecieron una serie de estrategias enfocadas a fortalecer los servicios médicos. Entre los principales logros destacan:
 - **Equipamiento médico:** en 2010 se identificó un requerimiento nacional de equipo médico e instrumental quirúrgico por más de 12,000 millones de pesos (mdp). En un esfuerzo sin precedente, entre 2010 y 2011 se gestionó una inversión de más de 5,000 mdp, que contribuye a mejorar significativamente la prestación de estos servicios.

Con la finalidad de contar con equipo de alta tecnología para atender a los derechohabientes, se adquirió un *CyberKnife*; este instrumento constituye el método más moderno, preciso y seguro para el tratamiento con radiocirugía de los padecimientos oncológicos en general.

En el mismo sentido, para el periodo 2010-2012 se inició un programa especial de adquisición de 14 aceleradores lineales que reforzarán el equipamiento oncológico del Instituto.

- o **Fortalecimiento de la infraestructura:** durante el periodo de reporte, se concluyeron nueve obras nuevas, que representaron una inversión de 1,371 mdp en beneficio de 989,500 derechohabientes.

Ante la falta de infraestructura física y de recursos se implementó la estrategia "Hospital sin Ladrillos", logrando recuperar 1,483 camas, que representan un ahorro de 7,627 mdp, equivalente a 10 hospitales nuevos de 144 camas.

- o **Consulta en fin de semana:** a partir de 2008, el Instituto estableció el Programa Consulta de Medicina Familiar en 6° y 7° Día, que hace uso eficiente de los recursos desocupados en fin de semana, mejorando la accesibilidad y oportunidad en la atención médica. En el periodo del Informe se otorgaron 1'991,079 consultas en el fin de semana, lo que representó un incremento de 38.8 por ciento respecto al año anterior.
- o **Mejora de los servicios de Urgencias:** dada la importancia de este servicio, se diseñó una estrategia para reducir la estancia programada y ocupación en el área de Observación, fortalecer la infraestructura y mejorar la comunicación con los familiares de los pacientes. De este modo, se consolidaron la primera y segunda etapas de Redes Zonales, beneficiando a 26 millones de derechohabientes.

Con una inversión de 1,382 mdp, se comenzó la ampliación y remodelación de los 35 servicios de Urgencias con mayores necesidades, en unidades médicas de segundo y tercer niveles.

Asimismo, se instalaron 747 pantallas en las salas de espera de los servicios de

Urgencias, para dar a conocer el estado de los pacientes internados.

- o **Reducción del diferimiento quirúrgico:** dentro de un universo de 1.5 millones de cirugías cada año, el Instituto enfrentó, en marzo de 2009, una lista de espera de 32,905 procedimientos quirúrgicos diferidos. Como resultado de la aplicación de la estrategia para abatir el diferimiento quirúrgico, al cierre de mayo de 2011 se reportaron únicamente 341 procedimientos rezagados.
- o **Abatimiento de la mortalidad materna:** al cierre de 2010, la tasa de muerte materna en el Régimen Ordinario fue de 29.9 por cada 100,000 nacidos vivos
- o **Trasplante renal:** en los quirófanos del IMSS se realizó 49.6 por ciento de los trasplantes renales a nivel nacional. La meta para 2012 es realizar 43 trasplantes por cada millón de derechohabientes, cifra similar a la alcanzada en España o los Estados Unidos de América.
- o **Cita Médica Telefónica:** al cierre de 2011 estará en marcha en todo el país el nuevo esquema de Cita Médica Telefónica, a través del cual el derechohabiente puede solicitar una cita con su médico familiar o estomatólogo sin necesidad de trasladarse a la unidad médica.
- o **Programa DIABETIMSS:** se reforzó el programa con la finalidad de disminuir en 15 por ciento los costos totales por atención a los pacientes diabéticos, 20 por ciento en complicaciones, 18 por ciento en invalidez y 14 por ciento en mortalidad.
- o **Formación de médicos especialistas:** en febrero de 2011 egresaron del Instituto

2,982 nuevos médicos en 58 diferentes especialidades, 34 por ciento más con relación a 2010. Con esta cifra el IMSS se convierte en la institución que forma el mayor número de médicos especialistas en el país y en América Latina.

- o **Nuevo Expediente Clínico Electrónico:** se inició el despliegue de esta nueva herramienta a nivel nacional y se estima que para el primer semestre de 2012 se encontrará operando en todas las unidades médicas del IMSS.
- o **Programa PREVENIMSS:** bajo el esquema preventivo de este Programa se beneficiará a más de 22 millones de derechohabientes en 2011. En el periodo enero a mayo de 2011 se vigiló el estado nutricional de 1'476,980 niños menores de cinco años; se realizaron 177,818 detecciones de enfermedades metabólicas congénitas, logrando una cobertura de 99 por ciento, y se ha contribuido a reducir en 30 por ciento la mortalidad preescolar.

Asimismo, en 2010 se realizaron 2.7 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 a 64 años de edad; 4.9 millones de exploraciones clínicas de mama, y 834,740 mastografías.

Se estima que gracias a PREVENIMSS, el Instituto ha generado ahorros por 6,000 mdp en los últimos tres años.

- o **Intercambio de servicios:** como parte de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2007-2012, se trabaja para crear un sistema integrado y universal de salud, que garantice a toda la población el acceso a los servicios. En este contexto, se concluyó el Acuerdo General

de Colaboración para el Intercambio de Servicios entre las Instituciones Públicas del Sector, que establece los lineamientos generales de intercambio para 376 intervenciones de alta especialidad y 113 intervenciones de primer y segundo niveles.

- o **IMSS-Oportunidades:** en el periodo que se informa, el Programa tuvo una cobertura de 12.2 millones de mexicanos de escasos recursos sin acceso a la seguridad social, de los cuales más de 2.9 millones son indígenas.

En el periodo de reporte se realizaron 42 acciones de obra, con una inversión de 355.7 mdp, entre las que destacan dos de los ocho nuevos Hospitales Rurales.

Se desarrolló un proyecto para fortalecer los servicios de Urgencias en los Hospitales Rurales, con el objetivo de brindar una mejor capacidad de respuesta, especialmente en las localidades de difícil acceso.

El avance en la reducción de la mortalidad materna es claro y contundente, al observarse una disminución significativa de la tasa de muerte materna de 65.9 en 2007 a 47.9 por 100,000 nacidos vivos en 2010.

Se realizaron 1.7 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino y se identificaron a 37,481 mujeres con alguna lesión en el cérvix. Estas acciones permitieron evitar que 5,724 mujeres desarrollaran cáncer cérvico-uterino y que 213 mujeres más murieran por esta enfermedad.

Entre 2010 y mayo de 2011 han tenido lugar 26 Encuentros Médico-Quirúrgicos en 12 delegaciones, en los cuales se han

valorado 19,333 pacientes y realizado 4,619 procedimientos quirúrgicos.

Prestaciones Económicas y Sociales:

- **Pensiones:** al cierre del periodo que cubre el Informe, el Instituto registró un total de 2'840,672 pensionados. Para agilizar la atención y respuesta que se presta a los pensionados, se han puesto en marcha diversos desarrollos informáticos y mejoras administrativas.
- **Guarderías:** a fin de mejorar la calidad, seguridad y transparencia del servicio se han realizado una serie de acciones, entre las que destacan:
 - o **Mejora de la calidad:** para alcanzar este objetivo se creó el "Programa Desarrollo Armónico, nuestra Responsabilidad" (DAR). Con este Programa se han revisado y rediseñado los procesos de administración, alimentación, fomento de la salud y pedagogía que se llevan a cabo en las guarderías.
 - o **Fortalecimiento de la seguridad:** se definieron estándares de seguridad más rigurosos para las guarderías, estableciendo en los contratos de prestación del servicio la obligación de cumplirlos, como una condicionante para mantener la relación contractual con el IMSS.

En julio de 2010, las delegaciones efectuaron cerca de 1,840 visitas a guarderías, las cuales constataron el cumplimiento de las medidas de seguridad.

Cada mes se realizan aproximadamente 6,000 simulacros de evacuación en las guarderías IMSS. Además, se ha instalado equipamiento en materia de protección civil en todas las guarderías, conforme

a los lineamientos adoptados en 2010. Actualmente están instalados más de 13,000 extintores de fuego, 27,000 detectores de humo, 13,000 lámparas de emergencia, y 1,600 puertas de emergencia, entre otros.

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

- o **Mecanismo de Participación Social:** como una acción para lograr el involucramiento de los padres de familia usuarios, a través de su observación sobre las condiciones de seguridad integral en las guarderías, el IMSS solicitó a Transparencia Mexicana diseñar un mecanismo para facilitar, estructurar y sistematizar su participación.

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

A junio de 2011, a través del Mecanismo, 7,414 padres de familia usuarios del servicio han sido testigos del cumplimiento de las medidas de seguridad en las guarderías.

De las 1,227 visitas realizadas a junio de 2011, el resultado global es 98.2 por ciento de cumplimiento de las medidas de seguridad.

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

En el marco de colaboración que se tiene con Transparencia Mexicana, se estableció el levantamiento de una encuesta anual sobre el servicio de Guarderías. Los resultados de la encuesta levantada en 2010 revelaron que 98 por ciento de los usuarios se encontraban muy o algo satisfechos con el servicio.

- **Credencial ADIMSS:** cerca de 18 millones de derechohabientes que actualmente cuentan con la credencial ADIMSS se han beneficiado por la simplificación de trámites dentro del Instituto. Adicionalmente, el derechohabiente obtiene otros beneficios ya que puede utilizarla como medio oficial de identificación en bancos, dependencias de gobierno y otras instancias. La credencial contiene diversos elementos de seguridad, como por ejemplo la identificación biométrica.
- **Deporte:** los equipos representativos del IMSS participaron en diversas competencias y eventos nacionales, destacando la obtención de dos medallas de oro en la Olimpiada Nacional 2010; dos medallas de oro en la Paraolimpiada

Nacional 2010 y cuatro medallas de oro en la Olimpiada Nacional 2011.

- **Prestaciones Sociales:** en los servicios de Prestaciones Sociales se organizaron más de 171,000 eventos con más de 58 millones de asistencias.

Durante el periodo, un total de 6.9 millones de usuarios utilizaron los servicios de Tiendas, Centros Vacacionales, Velatorios y la Unidad de Congresos del CMN “Siglo XXI”.

Administración y Evaluación de Delegaciones:

- **Integridad y transparencia en los procesos de adquisiciones:** como parte de esta estrategia se plantearon una serie de acciones entre las que destacan:
 - o **Adopción de los Lineamientos para Combatir la Colusión entre Oferentes en Licitaciones Públicas:** en enero de 2011, el IMSS se convirtió en la primera institución de cualquier gobierno en el mundo en suscribir con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) dichos lineamientos.
 - o **Acuerdo Interinstitucional con la OCDE para la Revisión de la Integridad en los Procesos de Adquisiciones:** de igual forma, el IMSS fue el primer organismo público del mundo en firmar un acuerdo de este tipo, para que la OCDE realizara una revisión general de sus procesos de adquisiciones. Las recomendaciones derivadas de ambos convenios suscritos con la OCDE serán incorporadas en los procesos de licitaciones del Instituto, lo cual permitirá obtener bienes y servicios en mejores términos para el IMSS.

- o **Fortalecimiento de los recursos humanos:** para mejorar el proceso selectivo del personal involucrado en los procesos de adquisiciones, se reforzaron los controles de confianza y criterios de selección.
- o **Portal de Adquisiciones IMSS:** como parte de la estrategia se está desarrollando un micrositio con el nombre: "Transparencia en Adquisiciones", el cual tendrá información a un mayor detalle de lo que marcan las obligaciones legales en materia de transparencia y rendición de cuentas.
- o **Esquema de Acompañamiento:** en coordinación con Transparencia Mexicana, en el segundo semestre de 2011 se pondrá en marcha un esquema de acompañamiento para fortalecer la integridad de las adquisiciones, el cual no tiene precedente en México.
- **Estrategia de compras:** de 2007 a 2010 se generaron economías en los procesos de adquisiciones por un total de 35,000 mdp. Específicamente en 2010, se obtuvieron ahorros por más de 1,500 mdp en medicamentos, material de curación y material radiológico. Por su parte, en equipamiento, se obtuvieron economías por 424 mdp, monto que equivale a la construcción de tres UMF.
- **Programa de obras:** gracias al esfuerzo iniciado en 2007 en materia de infraestructura médica, al cierre de 2012 se habrán invertido 23,000 mdp en beneficio de 15 millones de derechohabientes, inversión que no se observaba en los últimos 25 años.
- **Abasto de medicamentos:** en 2010 se emitieron 137.5 millones de recetas y de enero a mayo de 2011 se emitieron 61.3 millones, lo que representa un incremento de 11.7 por ciento respecto a enero-mayo de 2010. Estos niveles de abasto permitieron mantener una cobertura de recetas completamente surtidas de 98 por ciento tanto en delegaciones como en UMAE.
- **Recursos humanos:** la creación de nuevas plazas se enfocó a fortalecer la atención a derechohabientes en los siguientes programas: i) Programa de inversión: obras nuevas, ampliaciones y remodelaciones; ii) Contingencias de salud, y iii) Programas médicos de alta prioridad como DIABETIMSS, PREVENIMSS, Consulta de 6° y 7° Día, y Abatimiento del Diferimiento Quirúrgico, entre otros.
- **Programa Atención en Ventanilla:** se consolidó dicho Programa, el cual busca garantizar un encuentro eficiente, resolutorio y amable entre los usuarios y el personal que atiende las ventanillas de servicio al público. Se estima que con este Programa se beneficiarán 41 millones de usuarios.
- **Mejora de la Gestión:** en el Foro Mundial de la Seguridad Social realizado en Sudáfrica en noviembre de 2010, se reconoció a México al premiar al IMSS por el programa para mejorar la gestión denominado MEFHADIC®, al otorgarle el primer lugar por una buena práctica en seguridad social a nivel mundial. Actualmente se encuentra en la fase de implantación en los 35 cuerpos de gobierno delegacionales.

De 2007 a 2011 se habrán invertido 2,171.4 mdp para fortalecer la infraestructura médica del programa IMSS-Oportunidades, beneficiando a 5.7 millones de personas.

En la cuarta sesión ordinaria del Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS) se decidió tener como referencia el MOCERI del IMSS como guía para el Premio Nacional de Calidad en Salud que impulsa la Secretaría de Salud.

Incorporación y Recaudación:

- **Recaudación:** en 2010 la recaudación del Instituto fue de 159,600 mdp, en tanto de enero a mayo de 2011 fue de 70,882.4 mdp, aumentando en términos reales 7.4 por ciento, respecto al mismo periodo de 2010.

En materia de recaudación, se realizaron importantes acciones para incentivar el cumplimiento de las obligaciones patronales en materia de seguridad social, como el uso de la Firma Electrónica Avanzada (Fiel), la simplificación de trámites, el uso de instrumentos electrónicos como el portal www.tuempresa.gob.mx, la dispensa de garantía del interés fiscal para la autorización de solicitudes de pago a plazos, entre otros.

- **Cartera en mora:** de enero a mayo de 2011 se logró una recuperación de la cartera en mora por 793.1 mdp, lo que representó 105.7 por ciento de la meta estimada.
- **Fiscalización:** se mejoró la programación de los actos de fiscalización, y se ha trabajado con otras entidades para el intercambio de información fiscal, entre otras acciones. La combinación de éstas generó incrementos anuales en los ingresos por fiscalización de 35.6 por ciento al cierre de 2010 y de 99.6 por ciento para el periodo enero-mayo de 2011.

Jurídico y Orientación al Derechohabiente:

- A nivel delegacional, se logró 61.8 por ciento de laudos favorables en materia de juicios laborales. Al mismo tiempo, se redujo a 2.7 el porcentaje de audiencias diferidas por causas imputables al IMSS.
- El Instituto inició 181 investigaciones administrativas con motivo de posibles ilícitos

previstos en la LSS y otros delitos cometidos en su agravio.

- Se han obtenido resultados favorables a nivel nacional en cuanto a la reducción en el diferimiento de audiencias por causas imputables al IMSS. En 2004, éstas representaban 17.1 por ciento del total de audiencias programadas; en diciembre de 2010 se disminuyó este porcentaje a 2.9 por ciento.
- Las sentencias que declaran la nulidad para efectos de los actos impugnados han disminuido 37.3 puntos porcentuales entre 2008 y diciembre de 2010, observándose una tendencia favorable a mayo de 2011.
- Se fortaleció la cultura de servicio y la atención al derechohabiente, inaugurando el espacio de Contacto Ciudadano. Asimismo, a un año de su operación, se atendió de manera personal a 20,471 usuarios, con un tiempo de atención promedio de 2 minutos 35 segundos.
- A través de los programas para mejorar la calidez y la cultura de servicio, se han capacitado a más de 60,000 trabajadores.
- En materia de acceso a la información, en el periodo de mayo de 2010 a mayo de 2011, el IMSS se mantuvo como la entidad con mayor número de solicitudes en la Administración Pública Federal (APF).

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

- La inversión de los recursos financieros institucionales se realizó bajo criterios de prudencia, seguridad, rendimiento, liquidez, diversificación de riesgo, transparencia y respeto a las sanas prácticas y usos del medio financiero

nacional e internacional con instrumentos y valores de alta calidad crediticia.

- Al cierre de 2010, la posición de las reservas y del Fondo Laboral del IMSS sumó 140,925 mdp.
- Las inversiones en el sector corporativo no hipotecario generaron productos financieros por 3,554.3 mdp, lo que representa una tasa de interés promedio de 8.3 por ciento. Por su parte, las inversiones en el sector hipotecario tuvieron un rendimiento por 1,275.9 mdp, lo que representa una ganancia promedio de 8.96 por ciento. En ambos casos, los rendimientos fueron mayores a lo que hubiera registrado de haberse invertido en Cetes a 28 días.
- Para contar con una mejor asignación del presupuesto para la DIDT, se propusieron al H. Consejo Técnico líneas estratégicas que permitan establecer porcentajes de gasto, mínimos y máximos, para cada componente tecnológico. Asimismo, se puso en marcha un Comité específico en la materia en el H. Consejo Técnico, para analizar y discutir los proyectos sujetos a la aprobación de dicho órgano colegiado.
- Se suscribió un nuevo acuerdo con *Microsoft* para actualizar los paquetes informáticos de más de 180,000 equipos de cómputo institucionales; generándose un ahorro por 190 mdp.
- Se tiene programado concluir la etapa de construcción de varios proyectos estratégicos, entre los que destacan el Nuevo Expediente Clínico Electrónico, la actualización del Sistema de Finanzas y Abasto, así como el Sistema DELTA de incorporación y recaudación.
- Para darle soporte a los diferentes sistemas que se encuentran en proceso de despliegue

operativo, se adquirieron 58,399 computadoras de escritorio; 3,800 computadoras portátiles; 12,492 impresoras, y 34,450 unidades de energía ininterrumpible.

- Se beneficiaron a cerca de 500,000 trabajadores, gracias a los convenios de colaboración firmados con algunas empresas, quienes desde su centro de trabajo, reciben servicios de atención médica preventiva.
- Dentro del programa de cooperación técnica entre México y la Unión Europea para el periodo 2007-2013, se desprendió un catálogo de proyectos que permitió reforzar la cooperación técnica entre la Unión Europea y México.
- En la XVI Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se reeligió al Instituto para presidir la Presidencia de dicha Conferencia.
- Se llevó a cabo una reunión entre el IMSS y la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración del Reino de España, en la que evaluaron los alcances y resultados del Convenio de Seguridad Social entre México y España.
- En aplicación de los Convenios de seguridad social que tiene celebrado México con España y Canadá, del 1 de junio de 2010 al 31 de mayo de 2011 se dio trámite a 739 solicitudes de pensión o de desplazamiento.
- En línea con la estrategia institucional de fortalecer la prevención, se difundió a nivel nacional la campaña PREVENIMSS, la cual se orientó a que las futuras generaciones cuenten con mejores condiciones de salud.
- Como resultado del posicionamiento de su imagen y la mejora de los servicios prestados a la población, el IMSS obtuvo el Premio

Internacional Marcas de Confianza México 2011
a la Institución Pública de Mayor Confianza en
México.

Finanzas

La Dirección de Finanzas (DF) es el órgano encargado de dirigir los procesos específicos en materia de presupuesto, contabilidad y evaluación financiera. Asimismo, tiene a su cargo la operación financiera, el desarrollo de políticas para la planeación, las inversiones y la administración de riesgos institucionales. Dentro de este contexto, en el capítulo se reseña el panorama general de la situación financiera que enfrenta el IMSS, así como el informe de actividades desarrolladas y el programa de trabajo en el ámbito de la DF.

I.1. ESTADO DE RESULTADOS Y BALANCE GENERAL AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010

Los estados financieros dictaminados por el auditor externo al 31 de diciembre de 2010 fueron elaborados de conformidad con las instrucciones sobre la forma y términos en que las entidades federales deben llevar su contabilidad, contenidas en las Normas de Información Financiera Gubernamentales (NIFG), emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), conforme a lo dispuesto por la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (APF).

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

Estado de resultados

Los ingresos de operación del ejercicio 2010 ascendieron a 251,521 mdp. Por su parte, el gasto de operación fue de 251,393 mdp. El excedente de operación o devengado resultante asciende a 128 mdp sin considerar el registro total del Costo Neto del Periodo (CNP) de las obligaciones laborales (tabla I.1).

Los ingresos del Instituto provienen principalmente de tres fuentes: i) de las aportaciones tripartitas

que se reciben por parte de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal, incluidas las multas, recargos y actualizaciones; ii) de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de las reservas y disponibilidades, y iii) de los ingresos derivados de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales y velatorios. Asimismo, de los ingresos totales por 251,521 mdp, 68.3 por ciento corresponden a las cuotas obrero-patronales (COP), 20.2 por ciento a las aportaciones del Gobierno Federal (AGF) y el restante 11.5 por ciento a productos de inversiones y otros ingresos (tabla I.1).

Los ingresos de operación del ejercicio 2010 ascendieron a 251,521 mdp, mientras que el gasto de operación fue de 251,393 mdp.

El gasto de operación comprende todas aquellas erogaciones que el Instituto realiza para llevar a cabo la prestación de sus servicios. Ello incluye el pago de la nómina a trabajadores del Instituto; las prestaciones económicas a los derechohabientes (subsidios, ayudas y sumas aseguradas); el consumo de medicamentos, materiales de curación, servicios integrales y otros; el gasto por mantenimiento y conservación de los bienes muebles e inmuebles; el gasto en los servicios generales y subrogación de servicios; el pago de la nómina al personal jubilado y las provisiones de gasto constituidas durante el ejercicio para la reserva contable del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) con base en la NEIFGSP-08; los pasivos de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA), así como otros gastos¹.

La composición del gasto de operación se puede apreciar en la tabla I.1 que muestra el estado de resultados para el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2010. Del total del gasto, que ascendió a 251,393 mdp, se destinó 46.6 por ciento para servicios de personal; 14.4

¹ El concepto de otros gastos incluye intereses financieros, castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios, depreciaciones y reversión de COP. Excluye el gasto de las Pensiones en Curso de Pago (PCP), que constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal.

por ciento para consumo de medicamentos, material de curación, servicios integrales y otros; 8.5 por ciento para el conjunto de gastos que agrupan el mantenimiento y conservación de los bienes muebles e inmuebles y para los servicios generales y subrogación de servicios; 8.4 por ciento para el pago de prestaciones económicas; 2.4 por ciento para provisionar las RFA; 14.5 por ciento para el pago de nómina asociada al RJP; 2.4 por ciento para castigos por incobrabilidad, depreciaciones, intereses financieros y actuariales, pérdida por deterioro de instrumentos financieros y reversión de COP; éstas dos últimas cifras integran el costo de las obligaciones laborales reconocidas en el periodo.

De acuerdo con los resultados del "Reporte de la Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el RJP y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto bajo la metodología de la NIF D-3", el CNP para el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2010 ascendió a 702,139 mdp². El efecto de registrar en la contabilidad institucional el total del CNP de las obligaciones laborales implicaría la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable por 654,129 mdp, en contravención a la NEIFGSP-08, como lo muestra la tabla I.2.

**TABLA I.1. ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS DICTAMINADOS POR LOS AÑOS TERMINADOS
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010 Y 2009**
(MILLONES DE PESOS)

	2010	2009
Ingresos	251,521	225,479
Cuotas obrero-patronales	171,718	158,526
Aportaciones del Gobierno Federal	50,690	46,920
Productos de inversiones y otros ingresos, neto	29,113	20,033
Gastos	251,393	225,279
Servicios de personal	117,229	107,666
Pagos al personal jubilado	36,477	30,456
Costo de beneficios a los empleados	6,923	6,325
Prestaciones en dinero	21,192	17,375
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	36,257	31,659
Mantenimiento	3,311	2,971
Servicios generales y subrogación de servicios	17,979	17,627
Intereses financieros y actuariales	297	340
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	672	-
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	2,025	1,804
Depreciaciones	1,962	1,884
Reversión de cuotas obrero-patronales	931	897
Reservas financieras y actuariales	6,138	6,275
Excedente neto de ingresos sobre gastos del ejercicio	128	200

Fuente: IMSS.

² El CNP (con cargo a resultados del ejercicio 2009) es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de valuación y está integrado por los siguientes conceptos: costo laboral, costo financiero, rendimientos de los activos del plan y amortización.

TABLA I.2. ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS DICTAMINADOS POR LOS AÑOS TERMINADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010 Y 2009 CON EL REGISTRO PLENO DEL COSTO NETO DEL PERIODO DEL RÉGIMEN DE JUBILACIONES Y PENSIONES
(MILLONES DE PESOS)

	2010	2009
Ingresos	251,521	225,479
Cuotas obrero-patronales	171,718	158,526
Aportaciones del Gobierno Federal	50,690	46,920
Productos de inversiones y otros ingresos, neto	29,113	20,033
Gastos	905,650	875,256
Servicios de personal	112,746	103,536
Costo de obligaciones laborales	702,139	690,888
Prestaciones en dinero	21,192	17,375
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	36,258	31,659
Mantenimiento	3,311	2,971
Servicios generales y sugrogación de servicios	17,979	17,627
Intereses financieros y actuariales	297	340
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	672	-
Castigos por incobrabilidades y fluctación en precios	2,025	1,804
Depreciaciones	1,962	1,884
Reversión de cuotas obrero-patronales	931	897
Reservas financieras y actuariales	6,138	6,275
Excedente neto de ingresos sobre gastos del ejercicio	-654,129	-649,777

Fuente: IMSS.

Estado de resultados por ramo de seguro

De conformidad con lo que establece el Artículo 277 E de la LSS, los ingresos y gastos de cada uno de los seguros se deben registrar contablemente por separado y los gastos indirectos comunes se deberán sujetar a las reglas de carácter general para la distribución de gastos, de acuerdo con las bases metodológicas establecidas por el Instituto. En cumplimiento del precepto anterior, en la tabla I.3 se presentan los estados de ingresos y gastos por ramo de seguro del ejercicio 2010.

En la tabla I.3 se aprecia que los Seguros de Riesgos de Trabajo (SRT), de Invalidez y Vida (SIV) y de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) tuvieron

excedentes de operación. Por otra parte, los Seguros de Enfermedades y Maternidad (SEM) y de Salud para la Familia (SSFAM) fueron deficitarios, a pesar de no haber incluido en su resultado el total del CNP de las obligaciones laborales. Es importante señalar, que cuando este último se toma en cuenta, el SEM y el SSFAM arrojan un mayor déficit, mientras que el SRT y el SGPS se vuelven deficitarios y el SIV disminuye su excedente de ingresos sobre gastos.

El SRT, el SIV y el SGPS tuvieron excedentes de operación, mientras que el SEM y el SSFAM tuvieron déficit.

**TABLA I.3. ESTADO DE INGRESOS Y GASTOS POR RAMO DE SEGURO POR EL AÑO TERMINADO
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010
(MILLONES DE PESOS)**

	Riesgos de Trabajo	Enfermedades y Maternidad	Invalidez y Vida	Guarderías y Prest. Sociales	Salud para la Familia	Total
Ingresos	27,978	169,444	38,254	13,405	2,440	251,521
COP y contribución federal	23,010	153,235	31,728	12,537	1,897	222,407
Productos de inversiones y otros ingresos	4,968	16,209	6,526	868	543	29,114
Gastos	18,489	199,827	13,752	12,784	6,541	251,393
Servicios de personal	5,498	103,941	717	3,561	3,513	117,230
Pagos al personal jubilado	1,711	32,340	224	1,108	1,093	36,476
Costo de obligaciones laborales	331	6,055	53	281	203	6,923
Consumos	1,628	33,175	12	197	1,244	36,256
Mantenimiento	131	2,834	3	242	102	3,312
Servicios generales	515	9,793	315	7,006	350	17,979
Prestaciones económicas	4,844	7,984	8,364	-	-	21,192
Intereses financieros y actuariales	14	-147	434	1	-5	297
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	149	321	180	10	11	671
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	274	1,246	351	152	3	2,026
Depreciaciones	-	1,612	327	23	-	1,962
Reversión de cuotas	89	842	-	-	-	931
Traslado de la depreciación	203	-197	-236	203	27	-
Reservas financieras y actuariales	3,102	28	3,008	-	-	6,138
Excedente neto de ingresos sobre gastos	9,489	-30,383	24,502	621	-4,101	128

Fuente: IMSS.

Balance general

Al 31 de diciembre de 2010, el balance general del Instituto presenta un activo total de 297,416 mdp, conformado por el activo circulante y el activo no circulante (tabla I.4). El activo circulante suma 116,685 mdp que incluyen, entre otras cosas, efectivo y equivalentes, instrumentos financieros a corto plazo, cuentas y documentos por cobrar e inventarios. Por otro lado, el activo no circulante equivale a 180,731 mdp que está integrado por instrumentos financieros de largo plazo, créditos hipotecarios y préstamos al personal, inversión en acciones Afore XXI, S. A. de

C. V., inmuebles de dominio público de la Federación, mobiliario y equipo, así como otros activos.

Al 31 de diciembre de 2010, el balance general del Instituto presenta un activo total de 297,416 mdp.

El pasivo del Instituto ascendió a 221,808 mdp y se desagrega de la siguiente manera: 29,019 mdp de pasivo circulante y 192,789 mdp de pasivo no circulante. En este último se incluyen 93,568 mdp de las RFA; 11,701 mdp de retenciones para jubilaciones; 1,044 mdp del fondo de reserva constituido para

cumplimiento del Programa de Primer Empleo, con base en el Decreto emitido por el Poder Ejecutivo Federal en enero de 2008; y 86,476 mdp del costo de las obligaciones laborales registradas. Por otro lado, el patrimonio ascendió a 75,608 mdp, y está constituido

por 1,533 mdp de donaciones; 65,843 mdp de superávit por revaluación; por excedentes de ingresos sobre gastos, 128 mdp y por excedentes de resultados de ejercicios anteriores, 8,104 mdp.

TABLA 1.4. BALANCE GENERAL DICTAMINADO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010 Y 2009
(MILLONES DE PESOS)

	2010	2009
Activo	297,416	288,720
Activo circulante	116,685	106,950
Efectivo y equivalentes	14,291	16,536
Instrumentos financieros	57,194	45,203
Gobierno Federal (contribuciones por cobrar, neto)	3,479	5,593
Cuotas obrero-patronales por cobrar, neto	23,547	20,591
Documentos y otras cuentas por cobrar, neto	11,308	12,995
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	1,388	1,298
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros, neto	5,478	4,734
Activo no circulante	180,731	181,770
Instrumentos financieros	73,516	83,927
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	13,794	12,519
Inversión en acciones Afore XXI, S. A. de C. V.	492	394
Inmuebles de dominio público de la Federación, mobiliario y equipo, neto	91,804	84,121
Otros activos, neto	1,125	809
Pasivo y patrimonio	297,416	288,720
Pasivos	221,808	214,051
Pasivo circulante	29,019	22,976
Proveedores, contratistas y otros	18,302	13,528
Gastos acumulados y retenciones por pagar	10,717	9,448
Pasivo no circulante	192,789	191,075
Reservas financieras y actuariales	93,568	92,992
Reservas del Programa de Primer Empleo y retenciones para jubilaciones	12,745	8,630
Beneficios a los empleados	86,476	89,453
Patrimonio	75,608	74,669
Donaciones	1,533	1,256
Superávit por revaluación	65,843	66,113
Excedentes de ingresos sobre gastos del ejercicio	128	200
Excedentes de ingresos sobre gastos de ejercicios anteriores	8,104	7,100

Fuente: IMSS.

La tabla 1.5 muestra el balance general del Instituto al 31 de diciembre de 2010 con el reconocimiento pleno de las obligaciones laborales bajo la metodología Normas de Inversiones Financieras (NIF) D-3. En 2010, el rubro de beneficios a los empleados ascendió a 2'504,789 mdp y se integra por 2'418,313 mdp de obligaciones laborales no registradas por el Instituto y

86,476 mdp que corresponden a la reserva constituida por dicho concepto. Este rubro creció 35.1 por ciento en términos reales, en comparación con el monto del año pasado. Como se observa en la misma tabla, si se registra en su totalidad el pasivo laboral ya devengado en 2010, el patrimonio del Instituto sería negativo en 2'342,705 mdp. Esto significa que con el registro de la totalidad del pasivo ya devengado se absorbería el

TABLA 1.5. BALANCE GENERAL DICTAMINADO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010 Y 2009 CON EL REGISTRO PLENO DEL COSTO NETO DEL PERIODO DEL RÉGIMEN DE JUBILACIONES Y PENSIONES
(MILLONES DE PESOS)

	2010	2009
Activo	297,416	288,720
Activo circulante	116,685	106,950
Efectivo y equivalentes	14,291	16,536
Instrumentos financieros	57,194	45,203
Gobierno Federal (contribuciones por cobrar, neto)	3,479	5,593
Cuotas obrero-patronales por cobrar, neto	23,547	20,591
Documentos y otras cuentas por cobrar, neto	11,308	12,995
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	1,388	1,298
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros, neto	5,478	4,734
Activo no circulante	180,731	181,770
Instrumentos financieros	73,516	83,927
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	13,794	12,519
Inversión en acciones Afore XXI, S. A. de C. V.	492	394
Inmuebles de dominio público de la Federación, mobiliario y equipo, neto	91,804	84,121
Otros activos, neto	1,125	809
Pasivo y patrimonio	297,416	288,720
Pasivos	2,640,121	1,978,307
Pasivo circulante	29,019	22,976
Proveedores, contratistas y otros	18,302	13,528
Gastos acumulados y retenciones por pagar	10,717	9,448
Pasivo no circulante	2,611,102	1,955,331
Reservas financieras y actuariales	93,568	92,992
Reservas del Programa de Primer Empleo y retenciones para jubilaciones	12,745	8,630
Beneficios a los empleados	2,504,789	1,853,709
Patrimonio	-2,342,705	-1,689,587
Donaciones	1,533	1,256
Superávit por revaluación	65,843	66,113
Déficit de ingresos sobre gastos del ejercicio	-654,129	-649,777
Déficit de ejercicios anteriores por pasivo laboral	-1,764,056	-1,114,279
Excedentes de ingresos sobre gastos de ejercicios anteriores	8,104	7,100

Fuente: IMSS.

patrimonio del Instituto y aun así la cantidad obtenida no sería suficiente para cubrir los pasivos derivados de las obligaciones laborales asociadas al RJP.

I.2. SUFICIENCIA FINANCIERA

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

El valor presente de los déficits estimados de 2011 a 2050 para los seguros deficitarios representa 18.9 por ciento del PIB estimado para 2011. Este monto se compensa parcialmente con el valor presente de los saldos de los seguros superavitarios que representa 5.5 por ciento del PIB, para alcanzar un déficit acumulado total equivalente a 13.4 por ciento del PIB estimado para el presente año cuando se toman en cuenta todos los seguros (tabla I.6).

La suficiencia financiera del IMSS presenta un panorama complicado.

Más allá de que toda proyección financiera y actuarial presenta un grado de incertidumbre supeditada a la realización de los supuestos con que fueron elaboradas, se mantiene la conclusión principal sobre el profundo desbalance financiero del Instituto.

El valor presente del déficit estimado de los seguros deficitarios para el periodo 2011 a 2050, es de 18.9 por ciento del PIB para 2011, mientras que el valor presente de los saldos de los seguros superavitarios representa 5.5 por ciento del PIB.

TABLA I.6. ESTIMACIÓN DEL VALOR PRESENTE DEL SUPERÁVIT O DÉFICIT DE LOS SEGUROS ACUMULADOS EN EL PERIODO 2011-2050 Y SU RELACIÓN CON EL PIB¹
(MILLONES DE PESOS)

	Superávit/(Déficit) acumulado	Porcentaje del PIB 2011
Seguros deficitarios	-2,681,314	18.9
Seguro de Enfermedades y Maternidad	-2,477,494	17.5
Asegurados	-641,064	4.5
Pensionados	-1,836,431	13.0
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	-31,038	0.2
Seguro de Salud para la Familia	-172,782	1.2
Seguros superavitarios	785,646	5.5
Seguro de Riesgos de Trabajo	231,325	1.6
Seguro de Invalidez y Vida	554,321	3.9
Total	-1,895,668	-13.4

^{1/} El PIB estimado para 2011 corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica para la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos de la Federación 2011 (14'140,600 mdp).
Fuente: IMSS.

Solvencia financiera del Instituto

Las proyecciones del modelo financiero y actuarial del IMSS muestran un panorama complejo para el Instituto. Los seguros que prestan servicios de salud son altamente deficitarios, mientras que los seguros asociados a las prestaciones económicas son superavitorios. De esto se concluye que la solvencia del Instituto, es decir, la capacidad financiera para cubrir la totalidad de sus obligaciones y responsabilidades asumidas con sus derechohabientes se encuentra comprometida.

En el corto plazo, el déficit del SEM se traduce en una insuficiencia de recursos que, de mantenerse, impedirá continuar otorgando atención médica a la población derechohabiente de acuerdo con los estándares actuales, pues se estima que se presentará un faltante mayor en el flujo de efectivo institucional.

Lo anterior llevó a que el año pasado, el Congreso de la Unión considerara necesario autorizar la transferencia de parte de los excedentes de las reservas del SIV y del SRT a la Reserva Financiera y Actuarial (RFA) del SEM, situación que quedó plasmada en el Artículo 1º. de la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) 2011.

Uso de Reservas Financieras y Actuariales

Las proyecciones de corto plazo muestran una situación financiera complicada para el Instituto ya que los ingresos no serán suficientes para cubrir el gasto, por lo que en el presente ejercicio y el próximo se hará uso de la totalidad de recursos de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) para apoyar el gasto del RJP. Asimismo, se pretende hacer uso de la ROCF a fin de apoyar el programa de inversión física 2011 en el marco del Artículo 277 C de la LSS.

Es importante señalar que el Artículo 1º de la Ley de Ingresos de la Federación 2011 indica que el

IMSS podrá transferir a la RFA del SEM el excedente de las reservas del SIV y del SRT de acuerdo con las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros. Dicho excedente, de acuerdo con el estudio actuarial, asciende a 61,222 mdp.

En la tabla I.7 se presenta el flujo de efectivo 2010, presupuesto 2011 y proyección 2012-2015.

Para los años de 2012 y 2013 se estima un déficit después de la creación de reservas y fondos por 26,928 y 30,087 mdp, respectivamente. Esto se debe a la evolución de la nómina del RJP, la cual en 2011, se incrementa 12.5 por ciento respecto a 2010, y en 2012 y 2013, 10.9 y 10.3 por ciento, respectivamente, lo que representa una presión de gasto adicional comparado con el año pasado por 4,749 mdp en 2012 y 4,988 mdp en 2013. El monto total que se estima que se acumule de 2011 a 2013 en las RFA, RGFA y FCOLCLC asciende a 8,789, 10,651 y 10,884 mdp, respectivamente³.

Es importante señalar que en 2012 se estima utilizar la totalidad de los recursos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC de conformidad con el Artículo 286 K de la LSS para apoyar el gasto en la nómina del RJP con un importe de 13,121 mdp. Asimismo, se utilizarán 4,645 mdp de la ROCF de conformidad con el Artículo 277 A de la LSS y 9,958 mdp de la RFA del SEM a fin de respaldar el déficit esperado. Para 2013 se usarían recursos de la RFA del SEM por 30,674 mdp. En 2014, se usarán 28,952 mdp de la RFA del SEM y 8,441 mdp de la ROCF en el marco del Artículo 277 A de la LSS. Cabe señalar que con este uso se agotarán los recursos de la RFA del SEM.

Al mes de marzo de 2011 la recaudación registra un incremento de 2,889 mdp, lo que representa un incremento de 1.7 por ciento respecto a lo programado en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011. Al final

³ De acuerdo con el Artículo 1º. de la Ley de Ingresos de la Federación 2011.

TABLA I.7. FLUJO DE EFECTIVO 2010, PRESUPUESTO 2011 Y PROYECCIÓN 2012-2015, DETALLADOS
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Concepto	2010	2011		2012		2013		2014		2015	
		Monto	Var. Porc.	Monto	Var. Porc.	Monto	Var. Porc.	Monto	Var. Porc.	Monto	Var. Porc.
Saldo inicial de las Reservas Operativas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ingresos (1) ^{1/}	336,900	350,911	4.2	377,375	7.5	405,519	7.5	446,012	10.0	482,248	8.1
Egresos (2) ^{2/}	340,007	364,929	7.3	393,653	7.9	424,722	7.9	472,512	11.3	516,351	9.3
Servicios de personal	115,803	121,901	5.3	130,971	7.4	139,222	6.3	149,576	7.4	160,574	7.4
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	38,692	43,521	12.5	48,270	10.9	53,258	10.3	58,353	9.6	63,799	9.3
Subsidios y ayudas y pensiones temporales y provisionales	12,094	11,988	-0.9	13,168	9.8	14,091	7.0	15,141	7.5	16,215	7.1
Sumas aseguradas	9,147	9,410	2.9	10,137	7.7	12,432	22.6	15,568	25.2	17,558	12.8
Inversión física	6,646	7,928	19.3	5,338	-32.7	3,342	-37.4	3,522	5.4	3,711	5.3
Materiales y suministros	35,240	36,658	4.0	38,805	5.9	40,915	5.4	43,124	5.4	45,431	5.3
Servicios generales	21,011	22,673	7.9	24,085	6.2	25,485	5.8	26,958	5.8	28,503	5.7
Operaciones ajenas	-2,951	-4,146	40.5	-4,877	17.6	-5,120	5.0	-4,614	-9.9	-4,573	-0.9
Pensiones en curso de pago y pensiones garantizadas	104,324	114,996	10.2	127,755	11.1	141,098	10.4	164,884	16.9	185,133	12.3
Excedente (déficit) (3)=(1)-(2)	-3,107	-14,018	351.2	-16,278	16.1	-19,203	18.0	-26,500	38.0	-34,103	28.7
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4) ^{3/}	10,059	8,789	-12.6	10,651	21.2	10,884	2.2	10,138	-6.9	9,042	-10.8
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	-13,166	-22,807	73.2	-26,928	18.1	-30,087	11.7	-36,638	21.8	-43,145	17.8
Transferencia neta entre reservas (6)	14,355	22,807		26,928		30,087		36,638		-180	
Movimientos de la ROCF ^{4/}	-1,107	-513		-796		-587		-755		-180	
Uso de la ROCF Art. 277 A de la LSS ^{5/}	-	-		4,645		-		8,441		-	
Uso de la ROCF para programas de inversión ^{6/}	5,562	2,735		-		-		-		-	
Uso del FCOLCLC ^{7/}	9,900	20,585		13,121		-		0		-	
Uso de la RFA del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) ^{8/}	-	-		9,958		30,674		28,952		-	
Devoluciones al Gobierno Federal 2009-2010 (7)	1,167	-		-		-		-		-	
Saldo en RO después de transferencias (8)=(5)+(6)-(7)	22	0		0		0		0		-43,325	

^{1/} Este monto incluye 350,133 mdp considerados en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011, más 778 mdp correspondientes a productos financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.

^{2/} Este monto incluye 364,151 mdp considerados en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011, más 778 mdp correspondientes a productos financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.

^{3/} La cifra observada en 2011 corresponde a la meta establecida en el Artículo 7 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF) 2011 más productos financieros adicionales de las RFA y RGFA, de conformidad con lo programado en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011. En 2012 y 2013 se presenta el importe estimado por la acumulación de productos financieros de las RFA, RGFA y Subcuenta 2 del FCOLCLC, así como las aportaciones de los trabajadores de esta última.

^{4/} Corresponde a productos generados durante el año, los cuales se acumulan en la misma reserva, por lo que para efectos de flujo de efectivo se presentan en negativo, toda vez que incrementan el déficit del ejercicio después de la creación de reservas.

^{5/} Uso para cubrir el déficit esperado en las RO, con fundamento en el Artículo 277 A de la LSS.

^{6/} Uso para apoyar el Programa de Inversión Física, con fundamento en el Artículo 277 C de la LSS.

^{7/} Uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC hasta por 20,585 mdp autorizados en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011 y 13,121 mdp esperados en 2012 como apoyo del gasto en la nómina del RJP.

^{8/} De acuerdo con el último párrafo del Artículo 1º. de la Ley de Ingresos de la Federación 2011, el IMSS podrá transferir a la RFA del SEM el excedente de las RFA del SIV y del SRT según las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros.

Fuente: IMSS.

del ejercicio fiscal 2011 se estiman ingresos adicionales por 10,240 mdp respecto a lo presupuestado, así como gastos por 6,826 mdp en los capítulos de servicios de personal, inversión física, materiales y suministros, y servicios generales y conservación, lo cual, de mantenerse esta tendencia, podrá posponer el uso de la RFA del SEM hasta el 2013.

En la tabla I.8 se presenta la proyección del flujo de efectivo considerando los mayores ingresos y gastos estimados al cierre de 2011. Esto se traduce en un incremento neto en los recursos disponibles en 2011

de 3,414 mdp, lo que permitiría disminuir a 17,491 mdp el uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, en lugar de los 20,585 mdp autorizados en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011; en 2012 el uso de estos recursos se estima en 14,348 mdp. En 2013 el uso de la Subcuenta 1 se estima en 4,706 mdp, agotando con ello los recursos disponibles en la subcuenta referida, y de la RFA del SEM en 15,985 mdp. Para 2014 y 2015, el uso de la RFA del SEM sería de 28,021 mdp y 30,055 mdp, respectivamente.

**TABLA I.8. FLUJO DE EFECTIVO 2010 Y PROYECCIÓN 2011-2016,
CONSIDERANDO EL INCREMENTO ESTIMADO EN INGRESOS Y GASTOS 2011
(MILLONES DE PESOS)**

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Saldo inicial las Reservas Operativas	-	-	-	-	-	-	-
Ingresos (1) ^{1/}	336,900	361,151	391,536	422,857	462,610	499,452	516,949
Egresos (2) ^{2/}	340,007	371,754	399,015	431,292	478,043	521,153	546,697
Excedente (déficit) (3)=(1)-(2)	-3,107	-10,603	-7,479	-8,435	-15,433	-21,701	-29,748
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	10,059	8,789	10,699	11,648	11,848	10,387	9,224
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	-13,166	-19,392	-18,178	-20,083	-27,281	-32,088	-38,972
Movimientos de la ROCF	-1,107	-513	-815	-608	-740	-763	-815
Uso de la ROCF Art. 277 A de la LSS	-	-	4,269	-	-	-	-
Uso de la ROCF para programas de inversión	5,562	2,414	376	-	-	-	-
Uso del FCOLCLC	9,900	17,491	14,348	4,706	-	-	-
Uso de la RFA del SEM ^{3/}	-	-	-	15,985	28,021	30,055	-
Transferencia neta entre reservas (6)	14,355	19,392	18,178	20,083	27,281	29,292	-815
Devoluciones al Gobierno Federal 2009-2010 (7)	1,167	-	-	-	-	-	-
Saldo en RO después de transferencias (8)=(5)+(6)-(7)	22	0	0	0	0	-2,796	-39,787

^{1/} En comparación con la tabla I.7, los ingresos de 2011 muestran 7,334 millones de pesos adicionales: 5,269 millones de pesos por concepto de COP y 2,065 millones de pesos por AGF.

^{2/} En comparación con la tabla I.7, los egresos de 2011 muestran 2,872 millones de pesos adicionales: 1,865 millones de pesos en servicios de personal y 1,007 millones de pesos en subsidios y ayudas.

^{3/} De acuerdo con el último párrafo del Artículo 1º. de la LIF 2011, el IMSS podrá transferir a la RFA del SEM el excedente de las RFA del SIV y del SRT según las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros.

Fuente: IMSS.

Con estas nuevas proyecciones la diferencia entre ingresos y gastos en 2015 se ubicaría en 2,796 mdp y de manera similar a los resultado, con base en el presupuesto autorizado, no se contaría con recursos en las RFA para hacer frente a esa diferencia entre ingresos y gastos, ya que alcanzaría 39,787 mdp y el Instituto no dispondría de recursos para cubrir dicha cantidad.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

El uso final de reservas y fondos en el ejercicio fiscal 2010 ascendió a un total de 15,462 mdp; 5,562 mdp de la ROCF para respaldar el gasto en el programa de inversión física de 2010 en el marco del Artículo 277 C de la LSS, y 9,900 mdp de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para apoyar el gasto en la nómina del RJP, en el marco del Artículo 286 K de la LSS. De conformidad con lo establecido en la “Primera evaluación trimestral de los ingresos recibidos y el gasto incurrido con respecto al Presupuesto 2011 del Instituto Mexicano del Seguro Social y propuestas de adecuación”, se estima que el uso de reservas y fondos ascienda a 23,000 mdp. De estos, 2,414 mdp de la ROCF, de acuerdo con el Artículo 277 C de la LSS, y 20,586 mdp de la Subcuenta 1 del FCOLCLC. En caso de que se registren mayores ingresos a los programados, el uso de la Subcuenta referida, podría disminuir a 16,123 mdp.

El Artículo 7 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF) para el Ejercicio Fiscal 2010, estableció una meta de 5,243 mdp. De acuerdo con el cierre contable 2010, el Instituto acumuló 10,059.5 mdp en las RFA de los seguros, en la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA), y en el FCOLCLC referidos en los Artículos 280, fracciones III y IV, y 286 K, de la LSS, respectivamente. Esta cifra es superior a la meta en 4,816.5 mdp, derivada de mayores ingresos a los presupuestados generados por rendimientos en el SIV y SRT, la cual fue aprobada por el H. Consejo Técnico el 26 de enero de 2011.

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 277 B de la LSS, para el ejercicio 2011, a petición del IMSS, la SHCP autorizó un monto máximo de línea de crédito de 140 millones de dólares, para cubrir compromisos de cartas de crédito o coberturas cambiarias, que se destinarán a liquidar compromisos con proveedores de insumos (vacunas y reemplazos enzimáticos).

Se elaboró el Programa Anual de Administración y Constitución de Reservas (PAACR), que contiene la programación mensual y trimestral del monto que se acumulará a las reservas y fondos, la cual se estima en 8,790 mdp. Esta cifra es superior en 3,865 mdp a la meta programada, de 4,925 mdp, establecida en el Artículo 7 del DPEF 2011 derivada de los productos financieros de las RFA del SRT y del SIV.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Por lo que respecta a los meses de junio a diciembre de 2011, de acuerdo con el PAACR 2011, se acumularán recursos por 6,236 mdp.

Los productos generados en la Subcuenta 1 del FCOLCLC serán utilizados, previa autorización del H. Consejo Técnico, para hacer frente en la proporción respectiva al gasto del RJP, por lo que no se considerarán dentro de la Meta de Reservas 2011 (tabla I.9).

I.3. ADMINISTRACIÓN DE LAS RESERVAS Y FONDO LABORAL

Dentro del ámbito de operación del IMSS se enfrentan riesgos como cambios en sus ingresos, cambios estructurales en la economía, desempleo, aumento en los gastos de invalidez de largo plazo, el crecimiento futuro en los costos del tratamiento de las enfermedades o el aumento generalizado de la longevidad de la población, entre otros. Asimismo, se debe asegurar el fondeo del pago de los pasivos originados por: derechos

TABLA I.9. ACUMULACIÓN DE RESERVAS Y FONDOS 2011
(MILLONES DE PESOS, ESTIMADO JUNIO-DICIEMBRE)

Reservas y fondos	Programado junio-diciembre		
	Aportaciones	Productos	Total
Reservas Financieras y Actuariales (RFA)	-	3,025.4	3,025.4
Invalidez y Vida	-	1,746.5	1,746.5
Riesgos de Trabajo	-	1,256.2	1,256.2
Gastos Médicos de Pensionados	-	22.8	22.8
Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA)	-	59.9	59.9
Reserva General Financiera y Actuarial ^{1/}	-	59.9	59.9
Subtotal RFA y RGFA	-	3,085.3	3,085.3
Fondos Laborales	2,599.1	551.6	3,150.7
Subcuenta 1 ^{2/}	-	-	-
Subcuenta 2 A	2,252.9	487.7	2,740.7
Subcuenta 2 B	346.2	63.9	410.1
Total acumulado	2,599.1	3,636.9	6,236.0

^{1/} Las aportaciones a la RGFA provienen de los trabajadores innominados de la Industria de la Construcción. En el Programa Anual de Administración y Constitución de Reservas (PAACR) 2011 no se consideran dichas aportaciones derivado de que el Presupuesto del IMSS 2011 no los presenta.

^{2/} Los productos generados en la Subcuenta 1 del FCOLCLC serán utilizados previa autorización del HCT para hacer frente en la proporción respectiva al gasto del RJP, por lo que no se considerarán dentro de la Meta de Reservas 2011.

Fuente: IMSS.

a prestaciones, efectos de catástrofes, así como evitar cambios recurrentes en el nivel de las tasas de las contribuciones requeridas para su financiamiento.

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

Por otro lado, la LSS –Artículo 286 K– establece la constitución del FCOLCLC para que el IMSS haga frente a las obligaciones que tiene con sus trabajadores. De esta manera, se establecen dos fuentes independientes y de naturaleza jurídica distinta para el cumplimiento

de los compromisos del Instituto: una en su carácter de entidad aseguradora y otra, en su papel de patrón.

Reservas y fondos para enfrentar pasivos de distinta naturaleza

La LSS estipula las obligaciones del IMSS como asegurador y como patrón, así como la fuente de recursos para llevarlas a cabo. Con el fin de cumplir con sus obligaciones, el Instituto cuenta con una estructura completa de cuatro niveles de reservas –que no forman parte de su patrimonio– y con el FCOLCLC mencionado anteriormente.

Estructura y propósito de las reservas y el FCOLCLC

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

Las Reservas Operativas (RO) son el capital de trabajo de cada seguro y la vía de fondeo para las demás reservas. A ellas se destinan todos los ingresos por COP, las contribuciones y aportaciones federales, además de las cuotas de los seguros voluntarios que se establezcan y otros que de forma adicional deba otorgar el Instituto y cualquier otro ingreso de los seguros. Las RO se invierten globalmente y cubren las diferencias de corto plazo entre los ingresos y los gastos presupuestados.

La Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF) se establece a fin de procurar estabilidad y certidumbre en la operación cotidiana del Instituto y facilitar su plan de acción de mediano plazo, así como para alcanzar las metas de reservas y fondos señalados en el PEF, en el caso de que se prevea que no sea posible cumplirlas. Esta reserva se constituye, además de los ingresos ordinarios del Instituto que al respecto establezca el H. Consejo Técnico, con los de carácter extraordinario que reciba u obtenga. El monto que debe mantenerse en esta reserva está limitado hasta 60 días de los ingresos promedio totales del año anterior y puede utilizarse para cualquier seguro que necesite un apoyo o para hacer frente a los riesgos que redunden en fluctuaciones menores y aleatorias en los ingresos o egresos. El monto máximo de un préstamo para cualquier seguro es de 90 días de ingreso promedio del año anterior del mismo seguro y se debe reembolsar en un plazo máximo de tres años con intereses, previa aprobación del H. Consejo Técnico. Además, los ingresos excedentes a los presupuestados que, en su caso, tuviera el Instituto en un ejercicio anual deberán aplicarse a esta reserva y posteriormente, se podrán destinar en forma excepcional a programas prioritarios de inversión, en cuyo caso no es necesario su reintegro a la ROCF.

Las RFA tienen como propósito hacer frente al riesgo de los problemas económicos persistentes, normalizar el flujo de efectivo en caso de que haya fluctuaciones aleatorias, o bien, financiar por adelantado los pagos futuros de prestaciones (profondeo). La Ley determina que se constituyan reservas para cada uno de los seguros y coberturas, a través de una aportación trimestral calculada sobre los ingresos de los mismos, que consideren estimaciones de sustentabilidad financiera de largo plazo contenidas en el Informe Financiero y Actuarial. Los recursos de cada una de estas reservas sólo pueden utilizarse para el seguro para el cual fueron establecidas y previo acuerdo del H. Consejo Técnico a propuesta del Director General, en los términos del Reglamento en la materia, en cuyo caso no se requiere reembolsar los montos utilizados.

La RGFA está diseñada para enfrentar efectos catastróficos o variaciones de carácter financiero de significación en los ingresos o incrementos drásticos en los egresos derivados de problemas epidemiológicos o económicos severos y de larga duración que provoquen insuficiencia de cualquiera de las RFA. Se constituye, incrementa o reconstituye a través de una aportación anual que se estima en el Informe Financiero y Actuarial.

Con respecto al FCOLCLC, el Artículo 277 D de la LSS ordena la obligación institucional de depositar en este Fondo los recursos necesarios para cubrir y financiar los costos derivados del RJP, que origine la creación, sustitución o contratación de plazas. Conforme al Artículo 286 K de la propia Ley, este Fondo deberá registrarse en forma separada en la contabilidad del Instituto en dos cuentas denominadas Cuenta Especial para el RJP y Cuenta de Otras Obligaciones Laborales.

La Cuenta Especial para el RJP se integra por dos Subcuentas:

Subcuenta 1 (RJPS1): se integra con los recursos acumulados en el FCOLCLC hasta el 11 de agosto de 2004 y se utiliza para el pago de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de Base, trabajadores

de Confianza “B” y de los jubilados y pensionados que ostenten esta condición hasta el 16 de octubre de 2005.

Subcuenta 2 (RJPS2): se constituye e incrementa con la aportación al RJP excedente a 3 por ciento, establecida para los trabajadores en activo, de Base y Confianza “B”, que ostenten esta condición hasta el 16 de octubre de 2005, así como de los trabajadores de Confianza “A” contratados antes del 21 de diciembre de 2001, lo que conforma la Subcuenta 2A. La aportación de 4 por ciento al financiamiento del RJP de los trabajadores de Base y de Confianza “B” que ingresen al Instituto a partir del 16 de octubre de 2005 se incrementará en un punto porcentual en cada revisión anual hasta alcanzar 10 por ciento del salario, lo que conforma la Subcuenta 2B.

La Cuenta de Otras Obligaciones Laborales se integra por la Subcuenta 3 y la Subcuenta 4, mismas que a la fecha no cuentan con recursos acumulados.

Proceso integral de inversión y gobierno corporativo

En la NIF del IMSS se define el proceso integral de inversión como aquel conformado por la asignación estratégica y evaluación; las inversiones; el control de las operaciones, y los riesgos financieros, por mencionar los principales. En este proceso intervienen el H. Consejo Técnico, la Comisión de Inversiones Financieras (CIF) y la Unidad de Inversiones Financieras (UIF) del IMSS.

En primer lugar, de acuerdo con las facultades que le asigna la LSS, es el H. Consejo Técnico del Instituto el que define el régimen, los objetivos y políticas de la inversión de las reservas y el Fondo Laboral del IMSS, y recibe los informes sobre las operaciones de inversión, los rendimientos obtenidos y, en general, la situación de las reservas y el Fondo Laboral.

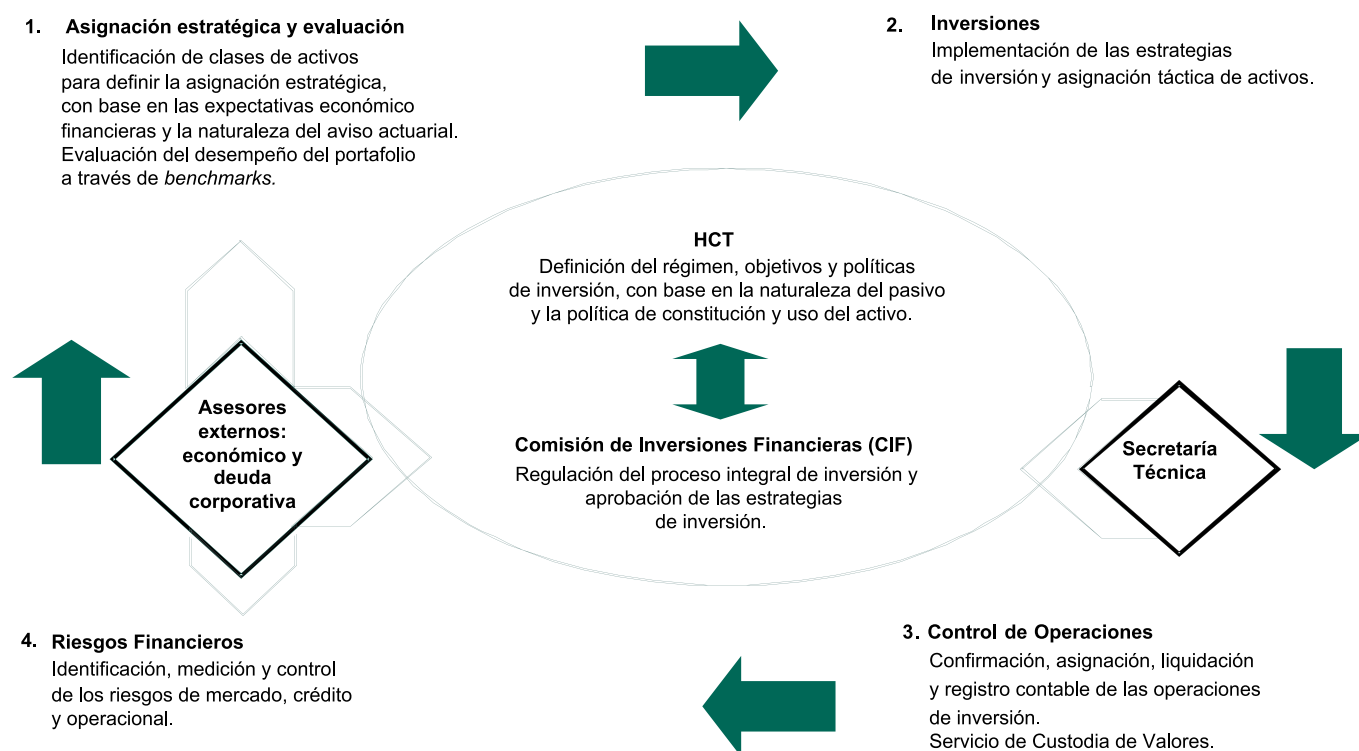
En segundo término, el Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS (Reglamento), emitido por el Ejecutivo Federal, establece que la CIF regula el proceso integral de inversiones, pues tiene las facultades de proponer al H. Consejo Técnico las políticas y directrices para esta inversión; analizar y dictaminar los montos a invertir y los intermediarios financieros a contratar; determinar las operaciones de inversión; evaluar y opinar sobre los criterios y lineamientos para la administración de los riesgos financieros y supervisar el proceso integral, entre otras.

En tercer lugar, en lo operativo la LSS establece que el Instituto deberá contar con una unidad administrativa, la UIF, que de manera especializada se encargará de la inversión de los recursos del IMSS y de atender los mecanismos para ello. La UIF realiza sus actividades organizándolas en etapas complementarias que involucran a sus coordinaciones integrantes, así como a la Coordinación de Riesgos y Evaluación (CRE). De acuerdo con lo anterior, considerando la estructura organizacional, el proceso integral de inversión se describe en la gráfica I.1.

Políticas

Las principales políticas establecidas en la propia Ley y en la NIF son: i) la inversión de los recursos financieros institucionales debe hacerse bajo criterios de prudencia, seguridad, rendimiento, liquidez, diversificación de riesgo, transparencia y respeto a las sanas prácticas y usos del medio financiero nacional e internacional con instrumentos y valores de alta calidad crediticia; ii) se debe procurar una revelación plena de la información mediante dispositivos para difundirla al público en general de manera que, de forma periódica, oportuna y accesible, se dé a conocer la composición y situación financiera de las inversiones del Instituto, remitiéndose esta información trimestralmente a la SHCP, al Banco de

GRÁFICA I.1. PROCESO INTEGRAL DE INVERSIÓN DE LAS RESERVAS Y EL FONDO PARA EL CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES DE CARÁCTER LEGAL O CONTRACTUAL



Fuente: IMSS.

México (Banxico) y al Congreso de la Unión; iii) la CIF revisa las políticas y estrategias de inversión, supervisar y dar puntual seguimiento a las inversiones institucionales y elaborar los reportes periódicos y especiales para su envío a las instancias correspondientes de acuerdo con la normatividad vigente, y iv) se debe cumplir con los límites y requisitos de inversión establecidos en la NIF.

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

Asignación Estratégica de Activos

La UIF propone a la CIF el establecimiento de la Asignación Estratégica de Activos (AEA) para la RGFA, las RFA y las subcuentas del Fondo Laboral considerando sus objetivos de creación, constitución y usos, así como la naturaleza de sus obligaciones, las políticas y estrategias de inversión autorizadas y las expectativas del comportamiento del mercado, a través de diversos escenarios. En cada caso se determinan los porcentajes que se propone asignar a las diferentes clases y subclases de activos de inversión.

La AEA revisa en forma anual o cuando se prevea un cambio en los supuestos económicos y en las políticas de uso y constitución de las reservas y las subcuentas del Fondo Laboral; de igual forma, se alinea a lo considerado en los estudios actuariales y las proyecciones financieras del Instituto. En particular, la AEA debe procurar los activos y pasivos para la Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

Inversiones

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

Las operaciones de inversión se llevan a cabo a través de sistemas telefónicos que garantizan la grabación de sus condiciones de cierre y en las inversiones de corto plazo, mediante sistemas de posturas electrónicas, a fin de resguardar evidencia de las condiciones del mercado en el momento de la operación.

Control de operaciones

Con el propósito de controlar adecuadamente las inversiones de las reservas, las subcuentas del FCOLCLC y otros recursos financieros institucionales, la UIF establece –entre otros y de acuerdo con la normatividad aplicable– la verificación del cumplimiento de la documentación y registro de cada una de las operaciones de inversión.

La administración de la liquidación y verificación de los vencimientos de los instrumentos financieros se apoya en los servicios de custodia de valores, con el objeto de fortalecer el ambiente de control interno y minimizar los riesgos implícitos en el sistema de entrega contra pago, aplicando sistemas y procedimientos centralizados que protejan las inversiones del Instituto.

El registro contable de las inversiones se realiza de forma automática por medio del módulo de Inversiones Financieras del Sistema *Peoplesoft/Oracle* y el control se ejecuta por medio del análisis de las pólizas diarias y de los movimientos de las operaciones, lo que permite llevar a cabo un registro eficiente, ágil y transparente

y un control interno de las operaciones de inversión, así como la elaboración de las conciliaciones de las cuentas contables de las reservas, del Fondo Laboral y de algunos recursos ajenos al Instituto administrados por éste.

Riesgos financieros

A través de la CRE se da seguimiento a los riesgos de mercado y de crédito de las inversiones institucionales mediante la utilización de metodologías apegadas a las mejores prácticas en la materia. Esto permite estimar la posibilidad de variaciones del valor de mercado estimado de los activos financieros del IMSS.

Cabe señalar que el riesgo de mercado se mide mediante el cálculo del valor en riesgo (VaR), utilizando métodos cuantitativos y estocásticos que modelan, a través de simulación Monte Carlo, el efecto de cambios en los factores o variables de riesgo sobre el valor de mercado estimado de los portafolios de inversión. Asimismo, se analiza el cambio en el valor de mercado de las RFA, la RGFA y las Subcuentas del FCOLCLC considerando escenarios extremos en los factores de riesgo (pruebas de estrés) y su sensibilidad ante fluctuaciones en las tasas de interés.

Por otro lado, el riesgo de crédito se establece con el fin de controlar las pérdidas potenciales por la falta de cumplimiento del pago de los emisores de instrumentos de deuda corporativa de las RFA, la RGFA y el Fondo Laboral. Para estimar el riesgo de crédito se considera la probabilidad de que en un periodo determinado el papel emitido migre de la calificación asignada hacia la calificación de incumplimiento. La CRE da seguimiento a la calificación crediticia de las emisiones de deuda corporativa en los portafolios institucionales y se apoya en la opinión de un asesor externo en la materia; igualmente, se informa a la CIF cualquier cambio en el perfil de riesgo de crédito.

Evaluación del desempeño

La evaluación del desempeño de los portafolios tiene el objetivo de explicar variaciones en el valor estimado de mercado y el impacto de las decisiones de inversión. Para ello, la CIF ha aprobado portafolios de referencia (*benchmarks*) con los que la UIF compara el desempeño a valor de mercado de los portafolios estratégicos midiéndolo a través de indicadores estadísticos. Los *benchmarks* se definen de acuerdo con la naturaleza, objetivos y régimen de inversión de los portafolios y capturan las características y movimientos representativos de los diferentes mercados a fin de reflejar una medida de rendimiento que este conjunto de activos presenta durante un periodo determinado. Los indicadores de medición del desempeño se establecen para la evaluación de periodos de corto plazo y tienen el objetivo de explicar cambios en el desempeño originados por las decisiones estratégicas y tácticas de inversión y por variaciones en el comportamiento del mercado en dichos periodos.

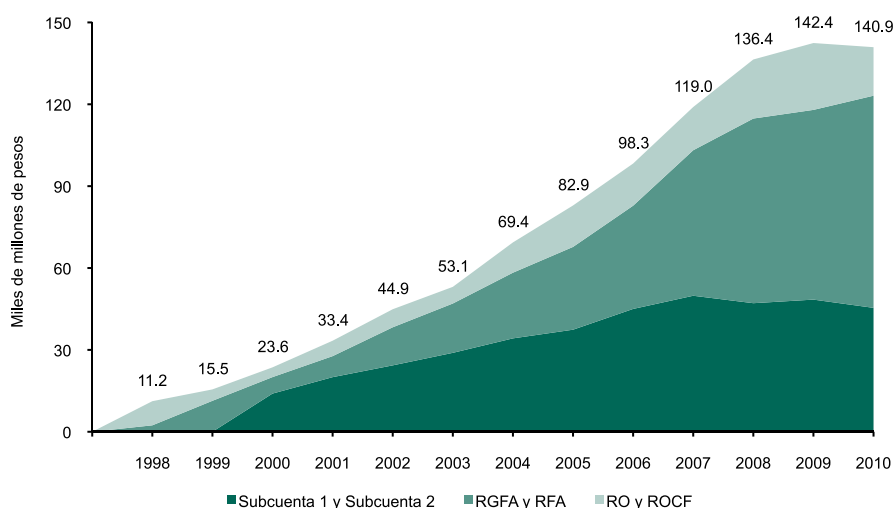
Evolución de los saldos de las reservas y fondo

En la gráfica I.2 se presenta la evolución del saldo contable de las RO, la ROCF, las RFA, la RGFA y el FCOLCLC que incluye la Subcuenta 1 y la Subcuenta 2.

Como se puede apreciar, desde su creación hasta 2010, el saldo de las reservas y subcuentas del FCOLCLC creció, en términos nominales, 129.7 miles de mdp, resultado del esfuerzo de constitución de reservas aprobado por el H. Consejo Técnico a través de fondeos anuales a las RFA y al FCOLCLC, ratificados en los PEF, en los términos de la LSS, y de los productos financieros generados por medio de la inversión de los recursos.

En la siguiente sección se comenta la variación entre 2009 y 2010, y más adelante se muestran las proyecciones de corto plazo de los saldos de las reservas y el Fondo Laboral.

GRÁFICA I.2. EVOLUCIÓN DEL SALDO CONTABLE DE LAS RESERVAS Y EL FONDO LABORAL
(MILES DE MILLONES DE PESOS AL CIERRE DE CADA AÑO)



Fuente: IMSS.

Considerando la reciente creación de la Subcuenta 2, en la gráfica I.3 se presenta la evolución mensual del saldo contable. Desde su creación hasta 2010 el saldo de la Subcuenta 2 creció, en términos nominales, 11.5 miles de mdp, resultado de las aportaciones quincenales y del rendimiento de las inversiones financieras.

INVERSIÓN DE LAS RESERVAS Y FONDO

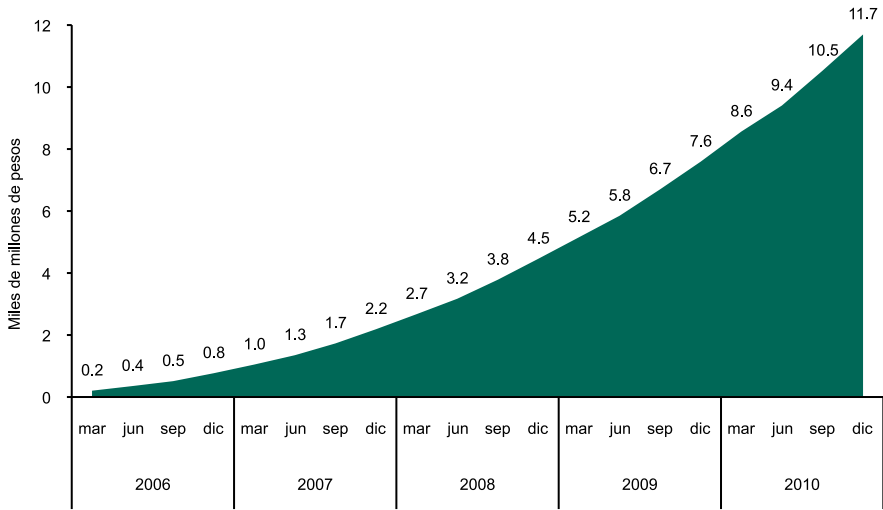
Posición del portafolio de inversión

Al cierre de 2010, la posición de las reservas y del Fondo Laboral del IMSS sumó 140,925 mdp, lo que representa un decremento de 1,523 mdp, es decir, 1.1 por ciento con respecto a la cifra de diciembre de 2009, tal y como se muestra en la tabla I.10.

Las variaciones de las reservas y del Fondo Laboral obedecen a múltiples movimientos en el año, aportaciones, pago de intereses, traspasos y otros, destacando en 2010 el uso de 9,900 mdp de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para el pago de las pensiones del RJP, así como la utilización de 6,300 mdp de la ROCF para apoyar el gasto del Programa de Inversión Física, en los términos de la LSS.

Al cierre de 2010, la posición de las reservas y del Fondo Laboral del IMSS sumó 140,925 mdp, lo que representa un decremento de 1.1 por ciento con respecto a diciembre de 2009.

GRÁFICA I.3. EVOLUCIÓN DEL SALDO CONTABLE DE LA SUBCUENTA 2 DEL FONDO LABORAL
(MILES DE MILLONES DE PESOS AL CIERRE DE CADA AÑO)



Fuente: IMSS.

TABLA I.10. POSICIÓN DE LAS RESERVAS Y EL FONDO LABORAL^{1/}
(MILLONES DE PESOS)

Reserva/Fondo	2009	2010
Reserva Operativa ^{2/}	15,059	10,783
Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento	9,443	6,997
Reserva Financiera y Actuarial	67,707	75,634
Reserva General Financiera y Actuarial	1,816	2,108
Fondo Laboral	48,423	45,403
Subcuenta 1	40,829	33,706
Subcuenta 2 ^{3/}	7,594	11,697
Total	142,448	140,925

^{1/} En 2010 el Instituto realizó trimestralmente análisis comparativos del valor de mercado estimado de las inversiones financieras versus su valor contable. Derivado de los resultados, al 31 de diciembre de 2010, se realizó el reconocimiento del deterioro contable (no materializado) de diversas inversiones en la RFA del SRT por 130.8 mdp; la RFA del SIV por 176.5 mdp; la Subcuenta 1 del Fondo Laboral por 365 mdp, y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral por 22.6 mdp; en total fueron 694.9 mdp.

^{2/} En el SIV se incluyen los valores invertidos en la Afore XXI, S. A. de C. V. Por lo que respecta a las RO, la diferencia contra Estados Financieros se refiere a los fondos fijos en delegaciones y Unidades de Medicina de Alta Especialidad (UMAЕ), así como a otros fondos ajenos y disponibilidades que no se tipifican como inversiones financieras.

^{3/} El saldo de la Subcuenta 2 del RJP no incluye los intereses devengados no cobrados del pago de tres cupones por 4.4 mdp de la emisión COMM270300327 de Comercial Mexicana por incumplimiento en marzo y septiembre de 2009 y marzo de 2010. Dicho monto se registró en la cuenta contable "Inversiones en Litigio Subcuenta 2 del Fondo Laboral".

Fuente: IMSS.

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

Régimen de inversión

Los porcentajes de cada reserva o de las subcuentas del Fondo Laboral que se pueden invertir en cada clase de activo se detallan en la tabla I.11. Además de lo ya señalado en la sección sobre los límites de las deudas gubernamental, bancaria y corporativa, así como de otros valores corporativos, también se muestra que en la RGFA, las RFA y el Fondo Laboral es factible invertir en notas estructuradas, notas de mercado

accionario y en activos denominados en moneda extranjera. Adicionalmente, hay límites con relación a la duración de las inversiones, los cuales se señalan en la misma tabla. Estos límites del régimen de inversión se establecen en el Reglamento y en la NIF con base en los ordenamientos generales de la LSS.

Además, las inversiones deben observar límites de calificaciones crediticias mínimas, los cuales se establecen por separado para el corto y el largo plazos, para bancos en directo, en escalas nacional y global y para bancos y casas de bolsa, en reporto.

Adicionalmente, se establecen límites de inversión para la banca de desarrollo con prerrequisitos para realizar las inversiones. Con respecto a la deuda corporativa, se establecen límites por calificación, de corto y largo plazos; por emisor, por emisión, y por sector económico. Con respecto a las notas estructuradas, se contemplan sublímites.

TABLA I.11. PORCENTAJES Y LÍMITES MÁXIMOS DE INVERSIÓN
(PORCENTAJES, LÍMITES)

Clase de activo	RO	ROCF	RGFA	RFA	RJPS1	RJPS2
Deuda gubernamental	100	100	100	100	100	100
Deuda bancaria	100	100	100	100	100	100
Deuda corporativa	25	25	25	25	25	25
Notas estructuradas			15	15	15	15
Mercado accionario						
Moneda extranjera			30	30	30	30
Plazo máximo (límite)	Determina la DF ^{1/}					
Horizonte de inversión (límite)	1 año					
Duración máxima (límite)	5 años 4 años s/límite					

^{1/}La DF instruye el plazo a la UIF de acuerdo con sus proyecciones del flujo de efectivo.

Fuente: IMSS.

Asignación estratégica de activos

La estrategia de inversión de las reservas y del Fondo Laboral para 2010 fue autorizada por la CIF en octubre de 2009 y revisada en marzo de 2010. La asignación propuesta tomó en consideración el programa de usos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para 2010. Derivado de la contingencia sanitaria por la Influenza A H1N1 que provocó una caída en los ingresos y un incremento en los gastos; del problema estructural en los seguros de SEM, GMP y SSFAM que está llevando a un déficit creciente en las RO de esos seguros, así como del cumplimiento de compromisos institucionales como la cobertura de las Pensiones en Curso de Pago (PCP), el H. Consejo Técnico autorizó, el 27 de agosto de 2009, el uso de hasta un máximo de 23,367 mdp de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral en 2010, para hacer frente al gasto del RJP.

Adicionalmente, el H. Consejo Técnico autorizó, el 25 de noviembre de 2009, el traspaso de instrumentos financieros de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral a las RFA, con el fin de que éstas pudieran apoyar los requerimientos de liquidez en 2010 de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, sin necesidad de realizar la venta de sus activos a mercado.

Se consideraron los bajos niveles de las tasas de interés, con la expectativa de que se incrementaran en el mediano plazo. Para reactivar la actividad económica después de la crisis, a finales de 2008 y durante 2009 las autoridades monetarias de Estados Unidos, México y el mundo, tomaron medidas que redujeron de manera importante las tasas de interés. Sin embargo, la expectativa era que al reactivarse la economía y comenzar a presentarse presiones inflacionarias, las tasas aumentarían de manera importante.

Finalmente, se tomaron en cuenta las medidas prudenciales ante la crisis. Lo anterior, con el objetivo de reducir y contener el riesgo de crédito de los portafolios institucionales después de la crisis financiera de 2008 y su posterior impacto en la economía real. La CIF estableció diversas medidas y se determinaron algunos cambios en la NIF, entre los cuales destacan: no realizar inversiones en el sector hipotecario, en emisiones de la banca extranjera, ni en deuda corporativa; ajustes a los límites y referencia del valor en riesgo de mercado y de crédito, y clasificación de activos bajo el criterio de riesgo de crédito del emisor, entre otros.

Estos factores determinaron, en general, una asignación estratégica de activos para las inversiones financieras durante 2010 que privilegiara el incremento de la posición invertida en corto plazo y una menor diversificación de los portafolios por clase y subclase

de activos, lo que a su vez se reflejaría en menores rendimientos financieros.

En la tabla I.12 se resume la asignación estratégica de activos autorizada para 2010 para cada una de las reservas y fondos (para las RO y la ROCF los plazos de las inversiones se determinan por las necesidades de flujo de efectivo del Instituto tomándose las clases de activos más convenientes según las condiciones de mercado).

**TABLA I.12. ASIGNACIÓN ESTRATÉGICA DE
ACTIVOS DE LA RESERVA GENERAL
FINANCIERA Y ACTUARIAL, LAS
RESERVAS FINANCIERAS
Y ACTUARIALES, Y LAS SUBCUENTAS
1 Y 2 DEL FONDO LABORAL,
VIGENTE PARA 2010
(PORCENTAJES)**

Clase de activo	RGFA	RFA	RJPS1	RJPS2
Deuda Gubernamental	20.0	52.0	37.0	80.0
Deuda Bancaria	80.0	35.6	46.5	9.0
Deuda Corporativa	-	12.4	16.5	11.0

Fuente: IMSS.

Para la RGFA la estrategia se concentró en las clases de activos de deuda bancaria y gubernamental a tasas nominales y a plazos menores a un año dado que es el máximo de inversión establecido para el portafolio.

En el caso de las RFA, la CIF aprobó que el portafolio se concentrara en deuda gubernamental a tasas nominales y reales con diversificación del mediano y largo plazos; la segunda clase de activo con mayor proporción en el portafolio corresponde a deuda bancaria, considerando tasas fijas nominales de corto y mediano plazos, y menores proporciones en tasas variables, reales y revisables en plazos preestablecidos.

Respecto a la posición en deuda corporativa, sólo se consideró la posición ya existente en este tipo de instrumentos, es decir, sin hacer nuevas inversiones, con lo cual se daría cumplimiento a las medidas

prudenciales respecto a no incrementar el riesgo de crédito corporativo.

Para la Subcuenta 1 del FCOLCLC la estrategia se concentró en cubrir la deuda bancaria en inversiones de tasa nominal a corto plazo y fondeo, con el fin de tener recursos líquidos para hacer frente a las contingencias. También se asignó una parte importante del portafolio a deuda gubernamental a mediano y largo plazos; sin embargo, estas posiciones corresponden a instrumentos adquiridos anteriormente y que aún se conservaban en el portafolio. Al igual que en las RFA, la posición en deuda corporativa cumplió con las medidas prudenciales establecidas por la CIF.

En el caso de la Subcuenta 2 del FCOLCLC las inversiones propuestas se concentraron en deuda gubernamental a largo plazo con tasas nominales y reales, y en la asignación de deuda bancaria que únicamente consideraba posiciones a corto plazo a tasa nominal, mismas que se reinvertirían en deuda gubernamental conforme a las condiciones del mercado para lograr la tasa objetivo de 3.7 por ciento real establecida para este fondo. La asignación en deuda corporativa sólo consideró las posiciones adquiridas previamente, sin inversiones nuevas.

La actualización de las estimaciones de usos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para el financiamiento del RJP a inicios de 2010 consideró 14,626 mdp a partir de junio y hasta noviembre. Para 2011 las estimaciones de usos planteaban 29,174 mdp para la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, distribuidos de marzo a noviembre. Tomando en cuenta lo anterior, en marzo de 2010 la CIF determinó mantener la asignación estratégica de activos propuesta en octubre de 2009 y aprobó la inversión escalonada de los vencimientos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC y de las RFA. Esta estrategia de inversión tomó en cuenta los plazos que maximizaran los rendimientos, de acuerdo con las mejores condiciones del mercado y bajo el supuesto de que los requerimientos de liquidez para 2011 de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, en caso de ser necesario, serían apoyados por las RFA a

través del traspaso de algunos de sus activos financieros en posición, previo acuerdo del H. Consejo Técnico.

En el segundo semestre de 2010 se realizó otro ajuste a las estimaciones de usos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para 2011 a fin de fijarlas en 20,197 mdp distribuidos en noviembre y diciembre de ese año. En marzo de 2010 la CIF mantuvo la estrategia de inversión autorizada.

Rendimientos financieros obtenidos

La tabla I.13 presenta los ingresos obtenidos por productos financieros durante 2010, en mdp, así como las correspondientes tasas de interés en porcentaje. Tal y como se explica en la siguiente sección, la política del Instituto consiste en mantener las inversiones financieras hasta su vencimiento, por esta razón los rendimientos reportados no toman en cuenta las

fluctuaciones de corto plazo en el valor de mercado de los títulos de deuda⁴.

Es evidente que las tasas de rendimiento obtenidas en 2010 fueron inferiores a las de 2009 en las reservas de corto plazo (RO, ROCF y RGFA). Esto se debe a la disminución general en las tasas de interés de referencia, con motivo de las políticas monetarias implantadas en todo el mundo: en el periodo 2009-2010 la tasa de Cetes a 28 días cayó de 5.4 a 4.4 por ciento, en promedio, y la Tasa de Interés Interbancario de Equilibrio (TIIE) se redujo de 5.9 a 4.9 por ciento, en promedio.

Registro contable

El Instituto clasifica los instrumentos financieros en que invierte como “conservados a vencimiento”, de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados en las NIF, por lo que el registro y la valuación contable de las posiciones de inversión se realizan a su costo de adquisición actualizado⁵.

Además, con base en lo establecido en la NIF, trimestralmente se presenta a la CIF el comparativo entre los valores de mercado y contable de las inversiones para cada una de las reservas y las subcuentas del Fondo Laboral en las que se presentan diferencias, por clase de activo⁶. En la tabla I.14 se muestra un resumen de este comparativo al cierre de 2010. Como se puede

TABLA I. 13. PRODUCTOS FINANCIEROS POR TIPO DE RESERVA Y FONDO LABORAL ^{1/ 2/}
(MILLONES DE PESOS, TASAS NOMINALES)

Reservas y Fondo Laboral	2009		2010	
	Mdp	Tasas	Mdp	Tasas
RO	532	5.3	422	4.1
ROCF	1,052	5.9	943	4.9
RFA	4,631	6.9	4,821	6.9
RGFA	136	6.2	99	5.1
Fondo Laboral	3,285	6.7	3,261	6.5
Subcuenta 1	2,840	6.6	2,521	6.2
Subcuenta 2	445	7.6	740	8.0
Total	9,635	6.6	9,546	6.3

^{1/} Incluye rendimiento en dólares acumulados en el año y también la provisión contable por revaluación de posiciones del principal en moneda extranjera.

^{2/} Incluye los productos financieros de la Afore XXI, S. A. de C. V. por incremento de su capital contable, pero no el pago de dividendos cobrados en cada año por la participación accionaria del Instituto.
Fuente: IMSS.

⁴ Para las reservas y fondos de largo plazo las fluctuaciones en su valor por condiciones de mercado pueden ser muy importantes. Por ejemplo, durante 2010, si se hubieran tomado en cuenta las plusvalías, el rendimiento de las RFA habría sido 7.7 por ciento, y el de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 13.8 por ciento.

⁵ El costo de adquisición actualizado se basa en el valor nominal y la amortización por diferencia entre el precio de compra y el nominal, la actualización de capital por efecto de la Unidad de Inversión (UDI), la fluctuación cambiaria para inversiones en moneda extranjera, las primas y demás conceptos financieros, así como rendimientos.

⁶ El registro contable a valor de mercado es el criterio seguido por las AFORE, por ejemplo, para los portafolios que administran, porque éstas no mantienen los instrumentos financieros a vencimiento.

TABLA I.14. COMPARATIVO VALOR DE MERCADO *VERSUS* VALOR CONTABLE ^{1/ 2/}
(MILLONES DE PESOS, PORCENTAJES)

Portafolios: RGFA, RFA, RJPS1 y RJPS2	Valor		Variación Valor	
	Mercado	Contable	Mercado	vs. Contable
Gubernamental	39,545	36,247	3,298	8.3
Bancario	69,800	71,158	-1,358	-1.9
Corporativo	14,764	14,972	-208	-1.4
Mercado Accionario	36	275	-239	-664.1
Total	124,144	122,652	1,492	1.2

^{1/} El Valor Contable no incluye el valor invertido en la Afore XXI.

^{2/} El Valor de Mercado es obtenido del Proveedor Integral de Precios PiP.

Fuente: IMSS.

apreciar, la estimación del valor de mercado de las reservas y fondos del IMSS es de 1,492 mdp, superior al registro contable, es decir, presenta una plusvalía de 1.2 por ciento.

Otros indicadores de desempeño financiero

El IMSS mantiene sus inversiones financieras a vencimiento por lo que en la contabilidad no suma a sus rendimientos las plusvalías obtenidas por fluctuaciones del mercado. No obstante, regularmente tiene la práctica de dar seguimiento al valor de mercado de sus activos y de evaluar en el corto plazo los rendimientos obtenidos por la inversión de sus portafolios, tomando en cuenta las plusvalías o minusvalías obtenidas. Esta evaluación del desempeño, a valor de mercado y de corto plazo, se encuentra normada en la NIF.

Con el fin de realizar esta evaluación, la CIF ha aprobado *benchmarks*⁷ para la RGFA, las RFA, y las Subcuentas 1 y 2 del Fondo Laboral. Estos *benchmarks*

fueron autorizados por la CIF a partir de octubre de 2007 y los vigentes fueron modificados en abril de 2010 para que tomen en cuenta diversas medidas prudenciales de inversión establecidas, además de que observen criterios generales y particulares para el cumplimiento de requisitos, reglas de ponderaciones y rebalanceo, así como exclusiones, entre otras características.

El desempeño de los portafolios de las reservas y subcuentas del Fondo Laboral del IMSS durante el 2010 se muestra en las gráficas I.4 a I.7⁸.

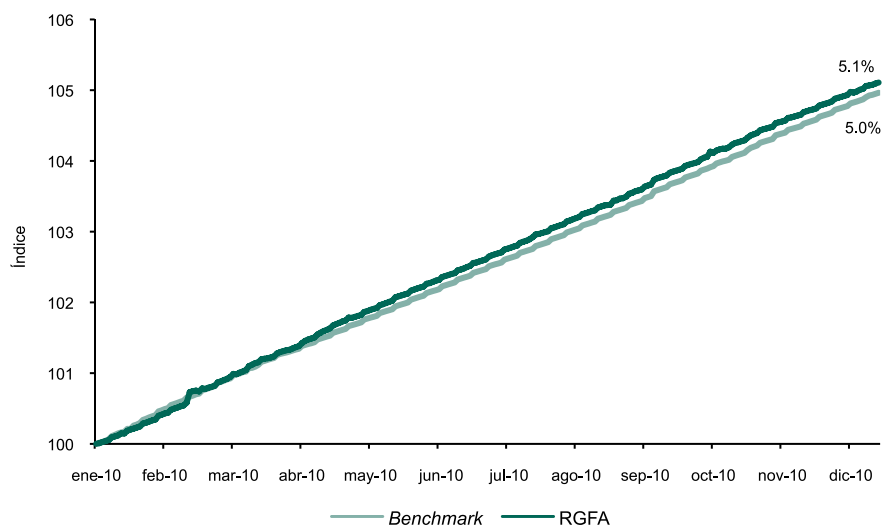
La ligera ventaja que acumuló el índice de la RGFA durante el año se debe a que tuvo un mayor peso en inversiones a tasa fija de corto plazo, las cuales aumentaron su valor de mercado, dadas las condiciones financieras de tasas de interés a la baja.

Aunque el índice de las RFA y su *benchmark* permanecen cercanos durante el primer semestre del año, en el segundo semestre se abre una diferencia a favor del *benchmark*, explicada principalmente por la reincorporación de las posiciones de inversiones en

⁷ El término *benchmark*, en inglés, es de uso común en la terminología financiera y significa "punto de referencia". En este caso, un *benchmark* es un índice del valor de mercado de un portafolio hipotético de activos financieros que cumple con el régimen, restricciones y perfil del portafolio institucional con el que se le contrasta. El objetivo es evaluar cómo se compara la evolución del *benchmark* con el índice del valor de mercado de la reserva o fondo del IMSS.

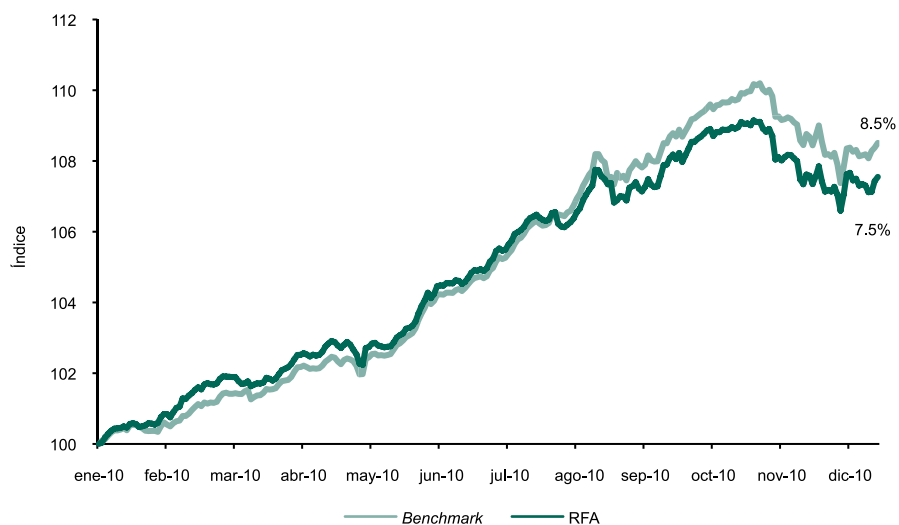
⁸ Se muestran los *benchmarks* con vigencia hasta el 31 de marzo de 2010, con base inicial en enero, a partir de los cuales los *benchmarks* vigentes son reportados desde el 5 de abril de 2010. Para fines comparativos, se ajustaron los índices de la RGFA, las RFA y la Subcuenta 2 para que se calculen sobre los mismos días en que hubo datos para los correspondientes *benchmarks*, por lo cual su rendimiento nominal en las gráficas puede diferir ligeramente con respecto al rendimiento a valor de mercado de otros reportes.

GRÁFICA I.4. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE CORTO PLAZO DE LA RGFA
(ÍNDICE DEL *BENCHMARK* VS. ÍNDICE DEL VALOR DE MERCADO DE LA RESERVA)



Fuente: IMSS.

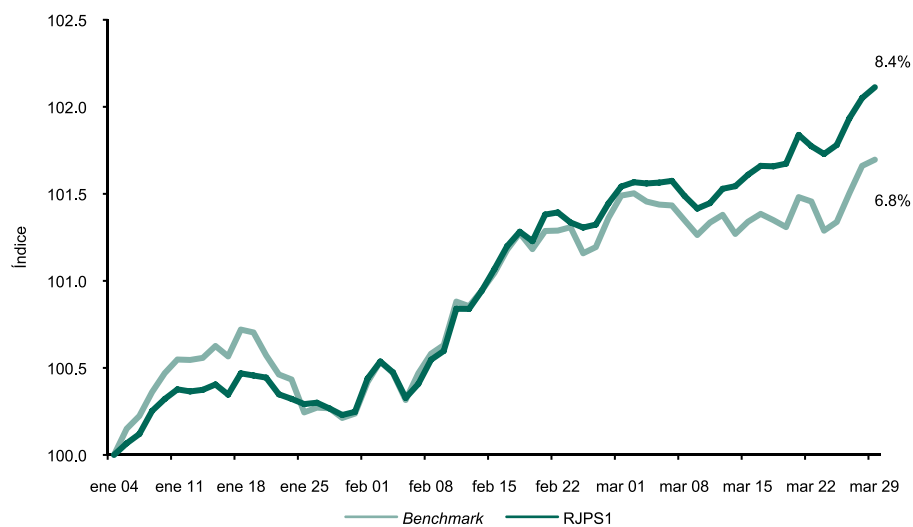
GRÁFICA I.5. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE CORTO PLAZO DE LAS RFA
(ÍNDICE DEL *BENCHMARK* VS. ÍNDICE DEL VALOR DE MERCADO DE LA RESERVA)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.6. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE CORTO PLAZO DE LA SUBCUENTA 1 DEL FONDO LABORAL

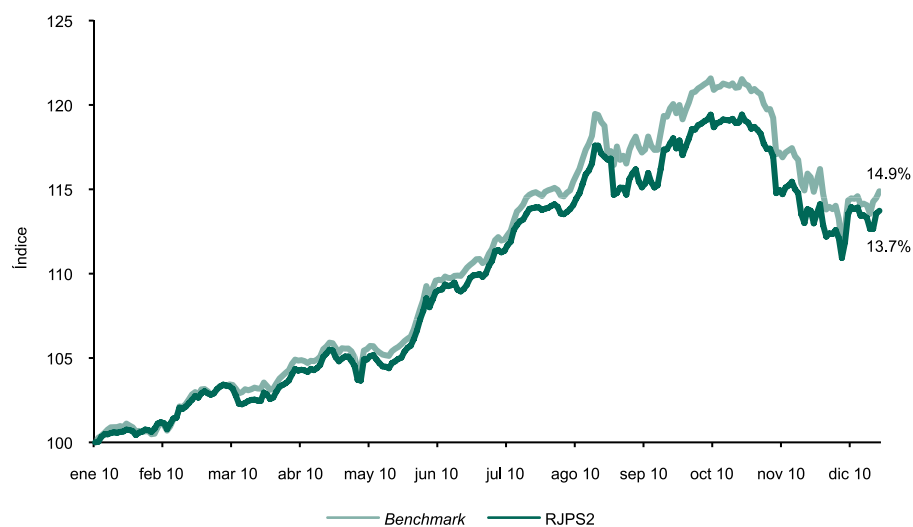
(ÍNDICE DEL *BENCHMARK* VS. ÍNDICE DEL VALOR DE MERCADO DE LA SUBCUENTA)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.7. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE CORTO PLAZO DE LA SUBCUENTA 2 DEL FONDO LABORAL

(ÍNDICE DEL *BENCHMARK* VS. ÍNDICE DEL VALOR DE MERCADO DE LA SUBCUENTA)



Fuente: IMSS.

Metrofinanciera en las RFA. Una vez reestructurada la deuda de esta hipotecaria, se incorporó a estas reservas durante el mes de agosto pero con una valuación a mercado muy baja, por lo que la diferencia en rendimiento entre los índices creció de manera importante. A finales del año, cuando perdieron valor los portafolios de largo plazo debido al aumento de las tasas de interés, la posición bancaria a corto plazo de las RFA le ayudó a disminuir la diferencia entre índices.

El mayor crecimiento del índice de valor de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral en comparación con su portafolio teórico durante el primer trimestre de 2010 se explica principalmente por el mayor peso de la Subcuenta en deuda bancaria de tasa fija a corto plazo, lo que le ayudó a contrarrestar la pérdida de valor de la deuda en tasas reales. El portafolio teórico de la Subcuenta 1 fue derogado a partir de abril de 2010 y dejó de realizarse la evaluación del desempeño porque, ante los usos proyectados del fondo, los cuales se explican más adelante, las nuevas inversiones han sido en instrumentos totalmente líquidos.

El portafolio de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral y su *benchmark* presentan un comportamiento

similar en el periodo reportado. En el último trimestre ambos índices mostraron una tendencia decreciente ante el alza promedio de las tasas nominales y reales del periodo; sin embargo, la diferencia entre ellos se redujo debido al menor deterioro de la Subcuenta 2 en deuda gubernamental de largo plazo y a que mantiene inversiones en deuda bancaria de corto plazo. Al cierre del año se revirtió la tendencia y se observa un comportamiento creciente en ambos índices.

Las tasas de rendimiento anualizadas de los portafolios institucionales y las de sus *benchmarks* se muestran en la tabla I.15. En el caso de las RFA y las Subcuentas del Fondo Laboral, las tasas presentadas se expresan en términos reales y se calculan tomando en cuenta el rendimiento obtenido descontando la inflación durante el mismo periodo. Para el portafolio del IMSS se muestran diversas medidas de los rendimientos contables en las columnas agrupadas bajo los encabezados "Últimos años" y "Año actual". El formato de la tabla está normado por las disposiciones de la NIF.

TABLA I.15. DESEMPEÑO DE RESERVAS Y DEL FONDO LABORAL^{1/}
(TASAS DE RENDIMIENTO ANUALES, REALES Y NOMINALES)

Portafolio	Tasa	Tasa ref.	Histórico	Rendimientos registrados a vencimiento						Rendimientos valuados a mercado			
				Últimos				Año actual		Desempeño base abril 2010 ^{1/}			
										IMSS	Benchmark	Inflación	
				5 años	3 años	2 años	12 meses	Acumulada	Efectiva	Inflación			
RGFA	nominal		7.02	6.69	6.34	5.69	5.11	5.11	5.11	-	4.89	4.74	-
RFA	real	3.5	2.91	2.47	2.17	2.75	2.37	2.37	2.37	4.40	4.24	5.93	2.57
RJPS1 ^{2/}	real	3.5	3.07	2.40	1.69	2.29	1.70	1.70	1.70	4.40	-	-	-
RJPS2	real	3.7	3.19		3.18	3.56	3.37	3.37	3.37	4.40	10.15	10.75	2.57

^{1/} Los rendimientos son calculados con base en abril de 2010, de acuerdo con la autorización de la CIF derivado de la modificación de los *benchmarks*.

^{2/} La CIF aprobó la exclusión del *benchmark* de RJPS1 a partir de abril de 2010.

Fuente: IMSS.

Usos de las reservas

En el ejercicio 2009 se utilizaron recursos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para el pago de la nómina del RJP y de la ROCF para sufragar parte del gasto de inversión del Instituto, así como para financiar las RO. La ROCF también recibió el pago del capital y los costos financieros de préstamos anteriores a las RO, además de que les otorgó nuevo financiamiento. En ambos casos, el uso de los recursos estuvo fundado en lo establecido en la LSS y tuvo la correspondiente autorización del H. Consejo Técnico.

Subcuenta 1 del Fondo Laboral

Con el fin de enfrentar el gasto del RJP, y con la autorización del H. Consejo Técnico, en 2010 se realizaron transferencias de la Subcuenta 1 del FCOLCLC hacia las RO, para el pago de esta nómina, por un monto total de 9,900 mdp⁹, en los meses de noviembre y diciembre, tal y como se detalla en la tabla I.16. Antes, en enero y febrero, se habían realizado las transferencias de efectivo que afectaron presupuestalmente al ejercicio 2009.

Fondeos y transferencias de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF)

Con relación a la ROCF, en la tabla I.17 se muestran con detalle los fondeos y transferencias realizados durante el 2010. Destacan el uso de los fondos para apoyar el gasto en el Programa de Inversión Física, por 6,300 mdp, en los términos de la LSS; una reclasificación de ingresos excedentes a las RFA del SIV por 2,270 mdp, y los movimientos netos por los préstamos otorgados a las RO, también de acuerdo con la Ley.

Programa de usos futuros de las reservas y fondo

De acuerdo con las proyecciones de corto plazo del IMSS, se tiene contemplado que en los años siguientes sea necesario continuar con el uso de las reservas y el Fondo Laboral para hacer frente a la operación institucional, en los términos de la LSS.

TABLA I.16. FONDEOS Y TRANSFERENCIAS DE LA SUBCUENTA 1 DEL FONDO LABORAL
(MILLONES DE PESOS)

Oficio	Fecha	Origen	Destino	Concepto	Monto
78	29-ene-10	RJPS1	RO	Usos de recursos financieros apoyo al gasto del RJP de 2009	1,749
129	19-feb-10	RO	RJPS1	Devolución obligaciones laborales del FCOLCLC y costos financieros de 2009	4
858 bis	24-nov-10	RJPS1	RO	Usos de recursos financieros apoyo al gasto del RJP de 2010	7,800
934	24-dic-10	RJPS1	RO	Usos de recursos financieros apoyo al gasto del RJP de 2010	2,100
Total					11,653

Fuente: IMSS.

⁹ Los 9,900 mdp se integran por la suma de los montos de los oficios 858 bis y 934, señalados en la tabla I.116.

TABLA I.17. FONDEOS Y TRANSFERENCIAS DE LA RESERVA DE OPERACIÓN PARA CONTINGENCIAS Y FINANCIAMIENTO
(MILLONES DE PESOS)

Oficio	Fecha	Origen	Destino	Concepto	Monto
3	05-ene-10	RO	ROCF	Pago préstamo	7,402
5	05-ene-10	RO	ROCF	Costos financieros	7
76	28-ene-10	RO	ROCF	Pago parcial préstamo	1,782
77	28-ene-10	RO	ROCF	Costos financieros	24
151	25-feb-10	RO	ROCF	Pago parcial préstamo y costos financieros	1,516
220	30-mar-10	RO	ROCF	Pago parcial préstamo y costos financieros	1,514
300	29-abr-10	RO	ROCF	Pago parcial préstamo y costos financieros	1,406
567	02-ago-10	ROCF	RO	Préstamo	6,000
644	31-ago-10	RO	ROCF	Costos financieros	21
635	26-ago-10	ROCF	RO	Inversión Física Art. 277 C, LSS	2,000
717	29-sep-10	RO	ROCF	Costos financieros	24
790	28-oct-10	RO	ROCF	Costos financieros	21
852	23-nov-10	RO	ROCF	Pago parcial préstamo	3,000
882	29-nov-10	RO	ROCF	Costo financiero	22
853	23-nov-10	ROCF	RO	Inversión Física Art. 277 C, LSS	2,800
933	24-dic-10	ROCF	RO	Inversión Física Art. 277 C, LSS	1,500
955	29-dic-10	ROCF	RFA-IV	Reclasificación ingresos excedentes de SIV 2009 y costos financieros	2,270
954	29-dic-10	RO	ROCF	Pago préstamo y costos financieros	3,011
951	29-dic-10	ROCF	RO	Préstamo	8,567
Total					42,886

Fuente: IMSS.

La tabla I.18 muestra los usos ejercidos por la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, así como las estimaciones para los siguientes cinco años. También detalla los usos proyectados de las RFA, las cuales serán

sujetas de transferencias entre seguros, en los términos que se explican en la siguiente sección. Por último, también se proyectan las disposiciones de la ROCF.

TABLA I.18. USO 2010 Y PROYECCIONES 2011-2015 DE LAS RESERVAS Y DEL FONDO LABORAL
(MILLONES DE PESOS)

Tipo de uso	2010	2011	2012	2013	2014	2015
RFA	-	-	9,958	30,674	28,952	-
Subcuenta 1 del FCOLCLC	9,900	20,585	13,121	-	-	-
ROCF Art. 277 A	-	-	4,645	-	8,441	-
Utilización de la ROCF Art. 277 C	5,562	2,735	-	-	-	-

Fuente: IMSS.

Las proyecciones de corto plazo del IMSS contemplan que en los años siguientes se continúe con el uso de las reservas y del Fondo Laboral para hacer frente a la operación institucional.

Ley de Ingresos 2011 y Rebalanceo de las Reservas Financieras y Actuariales entre Seguros

En el Artículo 1º de la LIF para el ejercicio fiscal de 2011 se estableció que *“El Instituto Mexicano del Seguro Social, podrá transferir a la RFA del SEM el excedente de las reservas del SIV y el SRT de acuerdo con las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros”*.

Para atender lo señalado en este ordenamiento legal, en 2010 el IMSS contrató al despacho externo Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V. para que determinara el nivel recomendado que deberían mantener las RFA del SRT y SIV, así como el monto excedente de su saldo actual que pudiera ser susceptible de transferirse a la RFA del SEM.

Las conclusiones del trabajo desarrollado por este despacho externo, las cuales se resumen en la tabla I. 19, fueron las siguientes: i) para enfrentar las obligaciones futuras del SRT y SIV por el pago de prestaciones, así como por sus costos administrativos y operativos, no se requiere reservar ningún monto en sus correspondientes RFA, y ii) con objeto de prever los efectos adversos de los ciclos económicos sobre estos seguros, se sugiere reservar un monto de 4,752 mdp en las RFA del SRT y otro de 6,592 mdp en las RFA del SIV, los cuales representan 20 por ciento de sus respectivos ingresos presupuestados para el ejercicio 2011.

En el Artículo 1º. de la Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011 se estableció que el IMSS podrá transferir a la Reserva Financiera y Actuarial del SEM el excedente de las reservas del SIV y el SRT.

Por lo anterior, el excedente del saldo actual de la RFA del SRT susceptible de ser transferido a la del SEM ascendería a 24,828 mdp, mientras que el excedente en las RFA del SIV correspondería a un monto de 36,394 mdp. El total a transferir a la RFA del SEM sumaría entonces 61,222 mdp.

TABLA I.19. MONTO DE LAS RESERVAS FINANCIERAS Y ACTUARIALES DEL SRT Y DEL SIV SUSCEPTIBLE DE TRANSFERIRSE A LA RESERVA FINANCIERA Y ACTUARIAL DEL SEM^{1/}

Concepto	SIV	SRT	Total
a) Saldo de las Reservas Financieras y Actuariales al 31 de diciembre de 2010	42,986	29,580	72,566
b) Reserva a conservar para enfrentar ciclos económicos (20 por ciento de las cuotas esperadas en 2011)	6,592	4,752	11,344
c) Reservas del SIV y del SRT susceptibles de transferirse a la reserva del SEM (a-b)	36,394	24,828	61,222

^{1/} El saldo de las reservas actuariales presentado en esta tabla incluye productos financieros efectivamente cobrados. Por esa razón difiere del saldo registrado en los estados financieros, en los cuales se consideran los productos financieros devengados.
Fuente: IMSS.

Es importante aclarar que, si bien se ha determinado el monto que podría transferirse para atender lo establecido en la LIF 2011, actualmente el Instituto no tiene contemplado utilizar los recursos por transferir a las RFA del SEM sino que, tal y como se muestra en el apartado anterior, las proyecciones indican que su uso para apoyar el gasto médico sería necesario a partir de 2012.

Las estimaciones de suficiencia financiera arrojan un total de 61,222 mdp a transferir a la RFA del SEM.

Proyecciones de los saldos de las reservas y fondos

En la gráfica I.8 se proyecta la evolución de los saldos de las reservas y subcuentas correspondientes al Fondo Laboral. Desde su creación y hasta 2009 la evolución de los saldos ha mostrado una tendencia ascendente; sin embargo, a partir del 2010 los saldos mostrarán un decremento, debido básicamente al programa de usos

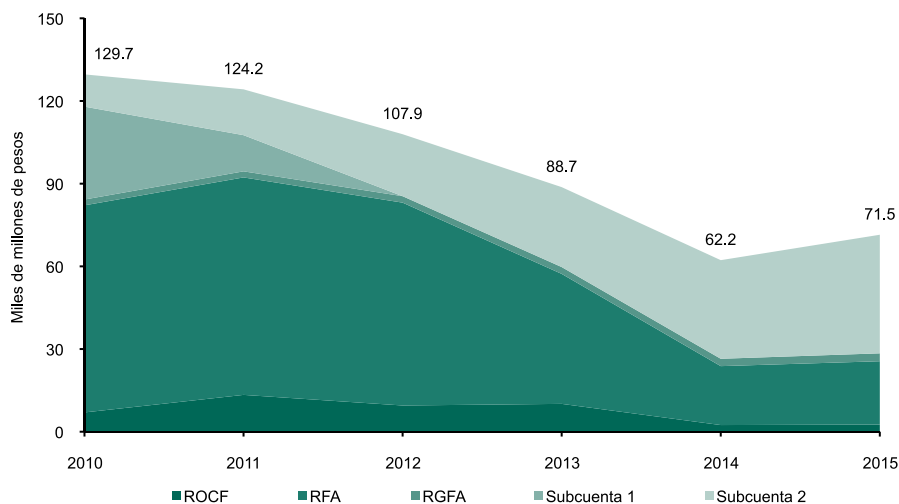
de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para los próximos años, así como a los usos estimados de las RFA en 2012, 2013 y 2014. Por otro lado, el aumento que se registra en 2015 se debe a las aportaciones y al crecimiento de los productos financieros de la Subcuenta 2 de FCOLCLC.

La proyección indica que los recursos para transferir a la RFA del SEM, se utilizarán para apoyar el gasto médico a partir de 2012.

Riesgos financieros de las inversiones institucionales

Uno de los procesos en la inversión de los recursos financieros del Instituto corresponde a la administración de riesgos financieros de inversión de las RFA, la RGFA y las subcuentas del Fondo Laboral. El objetivo de este proceso puede expresarse en dos sentidos: asegurarse que el Instituto no sufra pérdidas económicas

GRÁFICA I.8. PROYECCIONES DE LOS SALDOS DE LAS RESERVAS Y FONDOS ^{1/ 2/}
(MILLONES DE PESOS)



^{1/} Se excluye el saldo de las RO.
^{2/} Proyecciones para los años 2011-2015.
Fuente: IMSS.

inaceptables, y mejorar su desempeño financiero, lo cual se logra identificando los riesgos, cuantificándolos y controlándolos.

Dentro de los riesgos cuantificables se encuentran: el riesgo de mercado, el cual es la pérdida potencial ante cambios en los factores de riesgo que son las variables económicas, tales como tasas de interés nominales y reales, tipos de cambio, inflación, índices de precios, entre otros, cuyos movimientos pueden generar cambios en los rendimientos o en el valor de los portafolios de inversión, y el riesgo de crédito, el cual es la pérdida potencial producto del incumplimiento de la contraparte en una operación que incluye un compromiso de pago.

El IMSS cuantifica estos riesgos de inversión por medio del indicador de VaR, que es la medida estadística que estima la pérdida máxima esperada de una inversión o de un portafolio para cierto horizonte de tiempo, con determinado nivel de confianza.

El control y monitoreo de los riesgos de mercado y de crédito de las inversiones de las RFA, la RGFA y las subcuentas del Fondo Laboral se realiza diariamente, mediante los límites y referencias del VaR establecidos en la NIF. Los valores de riesgo de mercado y crédito de cada cartera registrados en el 2010 estuvieron dentro de los límites establecidos; excepto el de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, en virtud de la modificación que sufrieron los límites en la NIF ante el próximo uso de los recursos de esta subcuenta del Fondo Laboral, por lo cual la CIF no ha considerado necesaria ninguna acción adicional para reducir el nivel de riesgo.

La posición del VaR de mercado de las RFA, la RGFA y las subcuentas del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2010 se presenta en la tabla I.20, mientras que en las gráficas I.9.1 a I.9.4 se puede apreciar la evolución de la posición o nivel del VaR de mercado durante el 2010, con respecto a los límites y referencias establecidos en la NIF.

**TABLA I.20. VALOR EN RIESGO DE MERCADO
AL CIERRE DE 2010**
(LÍMITES, REFERENCIAS Y POSICIÓN)

Concepto	Posición al 31 de diciembre			
	Porcentaje sobre el valor de mercado de cada reserva			
	RGFA	RFA ^{1/}	RJPS1 ^{2/}	RJPS ^{3/}
Límite	0.5	-	-	-
Referencia	-	-	1.0	-
Udibonos A/B	-	5.10	-	5.80
Posición	0.05	1.40	2.20	3.70

^{1/} Udibonos A, con todas las emisiones disponibles en el mercado.

^{2/} Udibonos B, con las emisiones disponibles en el mercado mayores a cinco años.

^{3/} Exceso de referencia por modificación de límites en la NIF.

Fuente: IMSS.

La posición del VaR de crédito de las RFA, la RGFA y las Subcuentas del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2010 se presentan en la tabla I.21, mientras que en las gráficas I.10.1 a I.10.4 se puede apreciar la evolución de la posición del VaR de crédito durante el 2010, con respecto a los límites establecidos en la NIF.

**TABLA I.21. VALOR EN RIESGO DE CRÉDITO
AL CIERRE DE 2010**
(LÍMITES Y POSICIÓN)

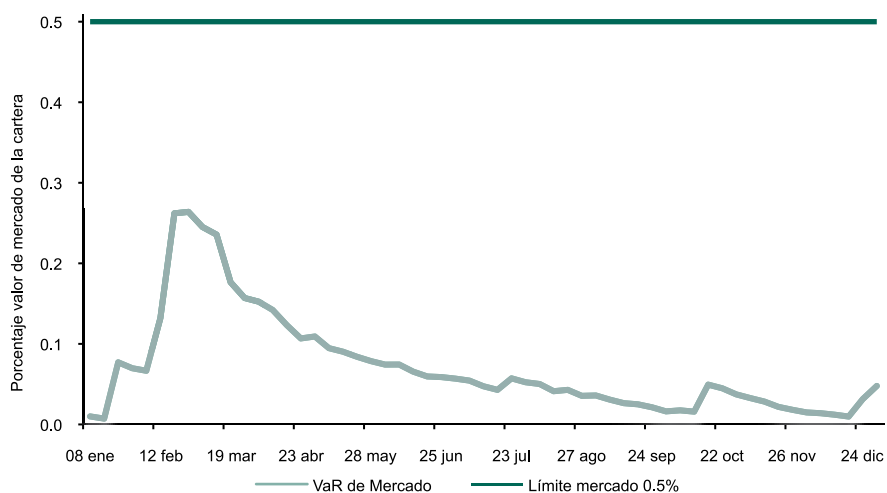
Concepto	Posición al 31 de diciembre			
	Porcentaje sobre el valor de mercado de cada reserva			
	RGFA	RFA	RJPS1 ^{1/}	RJPS2
Límite	2.5	6.5	2.0	2.0
Posición	1.1	2.1	7.8	0.6

^{1/} Exceso de límite por cambio de NIF, autorizado por la CIF mediante acuerdo 8-433/10.

Fuente: IMSS.

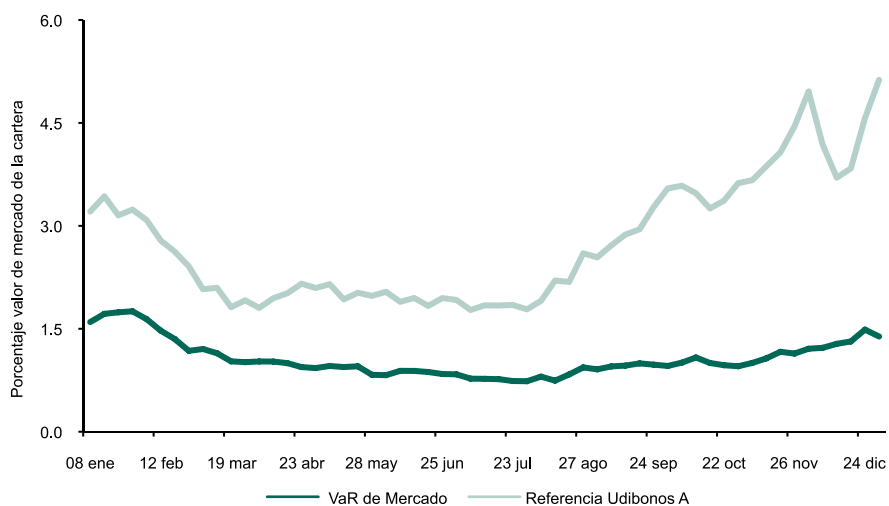
GRÁFICA I.9. EVOLUCIÓN DEL VALOR EN RIESGO DE MERCADO DURANTE 2010

GRÁFICA I.9.1. RESERVA GENERAL FINANCIERA Y ACTUARIAL (LÍMITES Y POSICIONES)



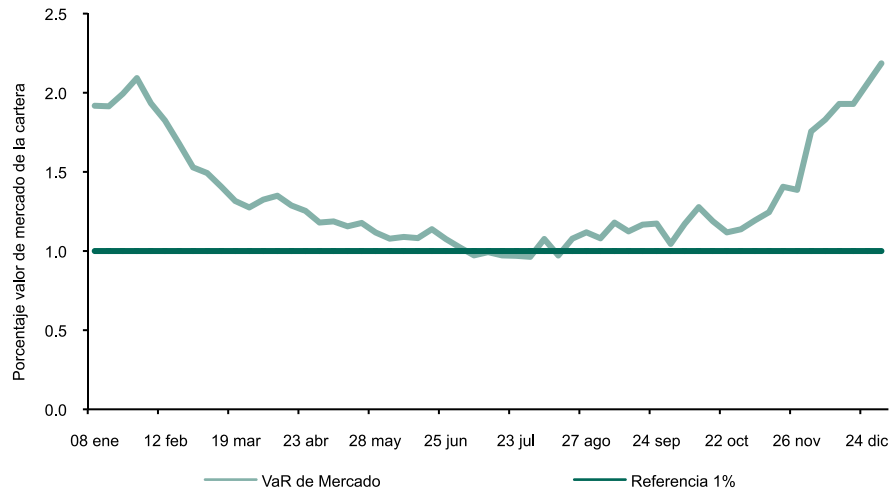
Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.9.2. RESERVAS FINANCIERAS Y ACTUARIALES (REFERENCIAS Y POSICIONES)



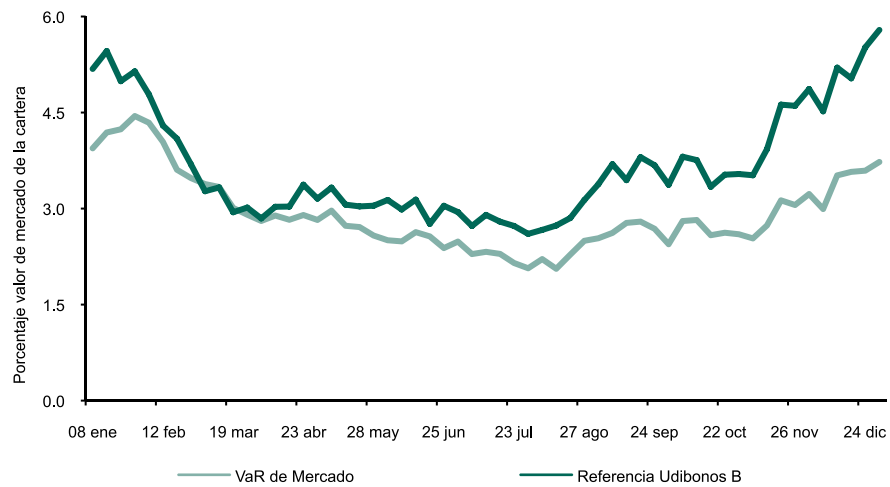
Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.9.3. RÉGIMEN DE JUBILACIONES Y PENSIONES SUBCUENTA 1
(REFERENCIAS Y POSICIONES)



Fuente: IMSS.

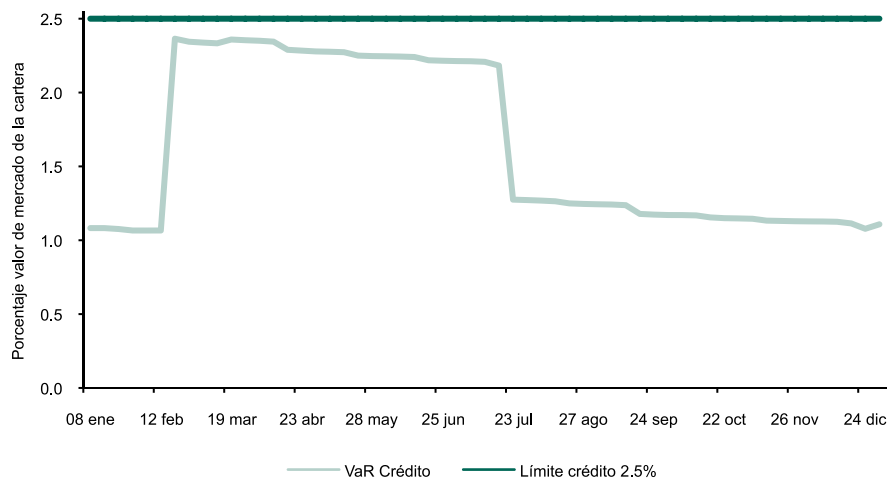
GRÁFICA I.9.4. RÉGIMEN DE JUBILACIONES Y PENSIONES SUBCUENTA 2
(REFERENCIAS Y POSICIONES)



Fuente: IMSS.

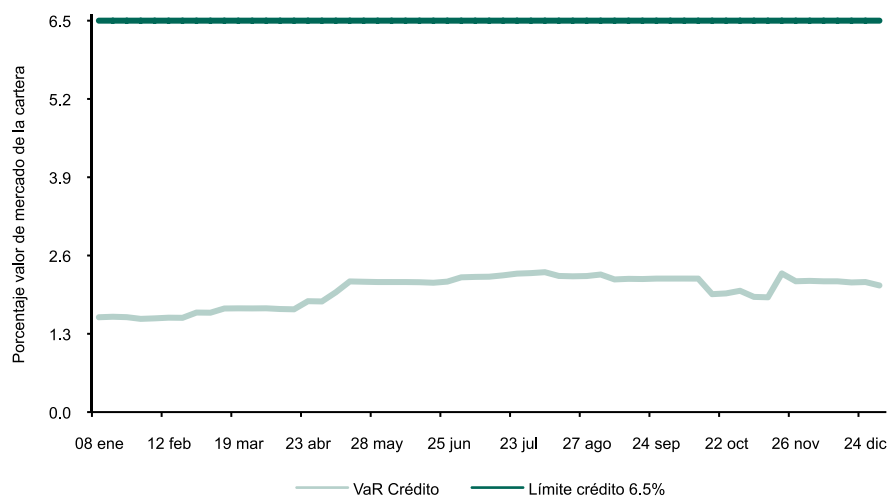
GRÁFICA I.10. EVOLUCIÓN DEL VALOR EN RIESGO DE CRÉDITO DURANTE 2010

GRÁFICA I.10.1. RESERVA GENERAL FINANCIERA Y ACTUARIAL (LÍMITES Y POSICIONES)



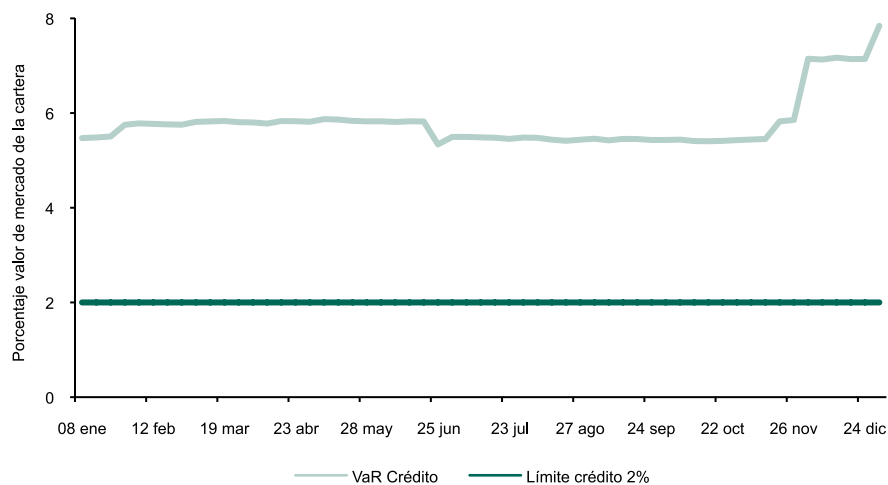
Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.10.2. RESERVAS FINANCIERAS Y ACTUARIALES (LÍMITES Y POSICIONES)



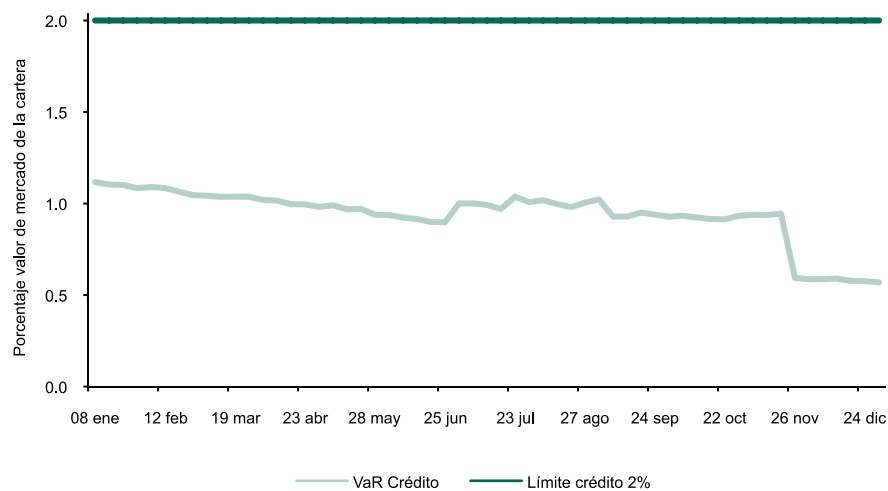
Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.10.3. RÉGIMEN DE JUBILACIONES Y PENSIONES SUBCUENTA 1
(LÍMITES Y POSICIONES)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.10.4. RÉGIMEN DE JUBILACIONES Y PENSIONES SUBCUENTA 2
(LÍMITES Y POSICIONES)



Fuente: IMSS.

El control y el monitoreo de los riesgos de inversión se realizan periódicamente conforme a los límites de inversión establecidos en la NIF y se presentan cada semana a la CIF. Los límites se agrupan de la siguiente manera: i) límites de inversión por clase de activo y moneda extranjera: deuda gubernamental, bancaria, corporativa y mercado accionario, además de los límites de inversión de notas estructuradas; ii) límites por contrapartes, conforme a su calificación, en operaciones en directo para contrapartes nacionales, de corto y largo plazos, y contrapartes extranjeras, de largo plazo, así como límites en directo para banca de desarrollo, y en operaciones de reporto, para contrapartes bancarias y casas de bolsa nacionales, y iii) límites de deuda corporativa: por calificación, de corto y largo plazos, por sector económico, por emisor y por emisión de deuda corporativa.

LA INVERSIÓN DE LAS RESERVAS A PARTIR DE LA CRISIS FINANCIERA DE 2008-2009

Medidas prudenciales adoptadas

A partir de 2007 la economía de Estados Unidos comenzó a dar señales de una crisis en el sector hipotecario y de posibles consecuencias en las instituciones financieras. En virtud de lo anterior, la CIF tomó la decisión de implementar medidas que atenuaran en lo posible el efecto de este evento en los portafolios de inversión institucionales. Inicialmente se solicitó al asesor externo de deuda corporativa un análisis del portafolio institucional, en el mismo se detectaron problemas por el incremento en la cartera vencida de algunas instituciones que financiaban el sector de la vivienda en México, lo que dio como resultado que la CIF acordara reducir en forma gradual las posiciones que los portafolios institucionales mantenían en este sector, así como evitar inversiones en el sector hipotecario a corto plazo a excepción de Hipotecaria Comercial América e Hipotecaria Su Casita.

Adicionalmente, en abril de 2008 se decidió suspender totalmente las inversiones en instituciones financieras internacionales, ya que algunas mostraban deterioro en sus activos precisamente por una excesiva exposición al sector hipotecario.

En julio de 2008 la CIF acordó tomar medidas prudenciales dirigidas a acotar el riesgo de crédito relacionado con las inversiones en deuda corporativa, así como a actuar con mayor cautela en las emisiones bancarias evitando la concentración por emisor. Dichas medidas son las siguientes: i) se fijó un límite en la inversión con contrapartes bancarias locales de acuerdo con su nivel de captación en el mercado, los cuales no podrán exceder lo que resulte menor entre 10 por ciento del monto de su captación y 4,000 mdp; ii) el límite para la inversión en contrapartes bancarias extranjeras de acuerdo con su capital contable se estableció en lo que resulte menor entre 0.25 por ciento del monto de su capital contable y 4,000 mdp; iii) el límite para la inversión en casas de bolsa nacionales se fijó en lo que resulte menor entre 30 por ciento de su capital contable y 2,000 mdp; para casas de bolsa extranjeras el límite fue lo que resulte menor entre 0.125 por ciento de su capital contable y 2,000 mdp; iv) se establecieron condiciones en la operaciones de reporto relativos a los títulos objeto del reporto y se establece un límite de plazo máximo de 180 días; v) se eleva la calificación crediticia mínima de deuda corporativa en escala local de BBB a A, considerando la distribución del mercado y el plazo de las emisiones; adicionalmente, se solicita que la calificación sea emitida por al menos dos agencias calificadoras en lugar de una sola; vi) se sustituye el límite anterior de 30 por ciento del total del programa de emisión por un límite de acuerdo con el plazo de 85 por ciento de la colocación en el corto plazo y de 35 por ciento en el caso de largo plazo; vii) límite máximo de 20 años como plazo máximo a vencimiento de las inversiones en instrumentos de deuda no gubernamental, y viii) se establece normativamente la “política de análisis legal de prospectos de inversión”, revisando detalladamente las condiciones de las emisiones, tanto bursátiles como fiduciarias, para asegurar el cumplimiento de la normatividad y de las medidas prudenciales adoptadas.

Las medidas prudenciales relativas a deuda corporativa se han modificado ajustándose a la situación actual y han sido incorporadas como límites de inversión en la NIF.

POSICIÓN INSTITUCIONAL EN EL SECTOR CORPORATIVO

Inversiones en el sector hipotecario al momento de la crisis y posición al cierre de 2010

La NIF especifica el límite de 25 por ciento de cada uno de los portafolios para inversiones en instrumentos de deuda corporativa.

Como se mencionó anteriormente, como parte de las medidas prudenciales la CIF estableció la reducción de la exposición al sector corporativo y especialmente en empresas dedicadas al financiamiento a la vivienda, estableciendo un sublímite de 7.5 por ciento en emisiones de este tipo.

Tal y como se aprecia en la tabla I.22, al cierre de 2010, la exposición al sector hipotecario se había reducido en 3,393.8 mdp con respecto a octubre de 2007, lo que representa 43.7 por ciento de la posición original; asimismo, en 2011 se han presentado amortizaciones anticipadas de Hipotecaria Su Casita y de Crédito Inmobiliario por un total de 241.2 mdp adicionales.

Las inversiones en el sector hipotecario se han realizado a través de tres esquemas, los cuales representan diferentes niveles de riesgo: i) emisiones de deuda quirografaria, que consisten en instrumentos sin una garantía específica; ii) bursatilizaciones de derechos de crédito a desarrolladores, en las que la empresa cede a un fideicomiso una canasta de créditos a desarrolladores inmobiliarios que forman el patrimonio del fideicomiso, el cual emite certificados bursátiles que se colocan entre los inversionistas y que están garantizados por

TABLA I.22. MONTOS INVERTIDOS EN DEUDA DEL SECTOR HIPOTECARIO
(MILLONES DE PESOS)

Emisora	Oct-07	Oct-08	2009	2010
Bancomer	-	434.0	353.4	288.4
Cinmobi	1,045.9	895.0	895.0	895.0
Crédito y Casa	537.0	137.5	109.4	64.2
Fincasa	250.0	100.0	-	-
Gmac Financiera	1,693.5	820.0	200.0	200.0
Gmac Hipotecaria	881.8	280.0	100.0	100.0
HICOAM	342.2	774.7	427.8	427.8
HSBC	-	45.4	38.3	32.3
Infonavit	201.1	669.9	600.1	528.4
Metrofinanciera	1,607.8	960.0	460.0	996.7
Patrimonio	200.0	100.0	100.0	-
Scotiabank	-	92.2	77.5	65.4
Su Casita	1,008.8	850.9	850.7	776.1
Total	7,768.0	6,159.4	4,212.1	4,374.2

Fuente: IMSS.

el patrimonio del fideicomiso, y iii) bursatilizaciones de créditos individuales (bonos respaldados por hipotecas o Borhis), en las que la empresa cede a un fideicomiso una canasta de créditos individuales a la vivienda que forman el patrimonio del fideicomiso, el cual a su vez emite certificados bursátiles que se colocan entre el público inversionista y que están garantizados por el patrimonio del fideicomiso (tabla I.23).

Inversiones en otros sectores corporativos al momento de la crisis y posición al cierre de 2010

Además de las medidas prudenciales relativas al sector hipotecario, la CIF determinó que se detuvieran las inversiones en las emisiones del sector corporativo en general, permitiendo únicamente que se continuara invirtiendo en deuda emitida por empresas paraestatales como Petróleos Mexicanos (PEMEX) y la Comisión Federal de Electricidad (CFE), con la autorización previa de la CIF. La posición de las inversiones en estos

TABLA I.23. MONTOS INVERTIDOS POR TIPO DE DEUDA DEL SECTOR HIPOTECARIO
(MILLONES DE PESOS, PORCENTAJES)

Tipo de deuda/Emisor	2008	Porcentaje de participación sobre portafolio total	2010	Porcentaje de participación sobre portafolio total
Deuda Directa	3,472.8	2.6	2,065.9	1.5
Hipotecaria Comercial América	627.9	0.5	427.8	0.3
Crédito Inmobiliario	745.0	0.6	745.0	0.5
Patrimonio	100.0	0.1	-	-
Hipotecaria Su Casita	300.0	0.2	300.0	0.2
Gmac Financiera	820.0	0.6	200.0	0.1
Gmac Hipotecaria	280.0	0.2	100.0	0.1
Fincasa	100.0	0.1	-	-
Metrofinanciera	500.0	0.4	293.2	0.2
Bursatilizaciones de derechos de crédito a desarrolladores	962.2	0.7	857.4	0.6
Crédito Inmobiliario	150.0	0.1	150.0	0.1
Hipotecaria Su Casita	250.0	0.2	250.0	0.2
Crédito y Casa	102.2	0.1	28.9	0.0
Metrofinanciera	460.0	0.3	428.5	0.3
Bursatilizaciones de Hipotecas Individuales	1,567.4	1.2	1,175.9	0.9
Bancomer	426.8	0.3	288.4	0.2
HSBC	44.6	0.0	32.3	0.0
Infonavit	669.9	0.5	528.4	0.4
Scotiabank	90.0	0.1	65.4	0.0
Hipotecaria Su Casita	300.8	0.2	226.1	0.2
Crédito y Casa	35.4	0.0	35.3	0.0
Mercado Accionario	-	-	275.1	0.2
Metrofinanciera	-	-	275.1	0.2
Total	6,002.4		4,374.2	3.2
Portafolio Total	133,197.6		136,274.7	-

Fuente: IMSS.

sectores corporativos ha evolucionado de 2008 a 2010 (tabla I.24).

Desde 2008 la posición en emisiones corporativas distintas al sector hipotecario se ha reducido en 2,067.4 mdp. Esta cifra incluye las nuevas inversiones en PEMEX y CFE durante el periodo reportado en la tabla

por 1,921 mdp, por lo que la reducción es de 3,988 mdp si no se consideran estas operaciones, lo que representa un decremento de más de 30 por ciento respecto a la posición del cierre de 2008.

Es importante mencionar que en enero de 2011 se realizó el vencimiento anticipado de dos emisiones

TABLA I.24. MONTOS INVERTIDOS EN DEUDA DEL SECTOR CORPORATIVO NO HIPOTECARIO
(MILLONES DE PESOS, PORCENTAJES)

Emisor	2008	Porcentaje de participación sobre portafolio total	2010	Porcentaje de participación sobre portafolio total
AMX	1,290.9	1.0	1,242.5	0.9
ARMEC	242.5	0.2	-	-
Cemex	2,758.0	2.1	2,149.9	1.6
CFE	164.6	0.1	615.6	0.5
CIE	79.2	0.1	-	-
Comerci	215.1	0.2	33.7	0.0
Estado de Michoacán	98.9	0.1	96.8	0.1
FEMSA	907.7	0.7	907.7	0.7
Ferromex	374.6	0.3	374.6	0.3
Fonacot	762.5	0.6	251.8	0.2
Ford	100.5	0.1	-	-
GE Capital	129.8	0.1	-	-
GFamsa	50.0	0.0	-	-
Kimberly	300.0	0.2	300.0	0.2
KOF	90.1	0.1	90.1	0.1
Liverpool	469.5	0.4	469.5	0.3
Navistar	483.3	0.4	-	-
NRF	549.3	0.4	-	-
Pemex	-	-	1,871.0	1.4
Sigma	471.3	0.4	471.3	0.3
Televisa	331.5	0.2	331.5	0.2
Telfm	1,378.4	1.0	23.9	0.0
Telmex	718.8	0.5	718.8	0.5
Tiendas Comercial Mexicana	-	-	189.5	0.1
Toyota	325.0	0.2	325.0	0.2
VW	239.3	0.2	-	-
VW Lease	450.0	0.3	450.0	0.3
Xignux	252.8	0.2	252.8	0.2
Total	13,233.2		11,165.8	8.2
Portafolio Total	133,197.6		136,274.7	-

Fuente: IMSS.

de Cemex, por un total de 2,000 mdp, así como un vencimiento por 400 mdp de VW Leasing, con lo que la exposición al sector corporativo se reduce en total 6,388 mdp, es decir, casi 50 por ciento del saldo de 2008.

Reestructura de las inversiones en emisiones corporativas

En 2008 el Instituto mantenía dentro de sus portafolios de inversión emisiones de deuda de las empresas Metrofinanciera y Controladora Comercial Mexicana. La primera, ante un difícil escenario en el sector hipotecario que elevó en forma importante sus niveles de cartera vencida, aunado a un desvío de fondos que debían ser depositados en los fideicomisos y que fueron usados para incrementar su banco de tierras, enfrentó un deterioro financiero hasta llegar a presentar problemas de liquidez que no le permitieron cumplir con los compromisos de pago de su deuda. Después de diversas negociaciones, la asamblea de tenedores de deuda de Metrofinanciera decidió aceptar la propuesta de reestructura de la empresa, la cual consistió en intercambiar la deuda por bonos de largo plazo y acciones de la empresa. El 11 de agosto de 2009 el H. Consejo Técnico autorizó la participación del Instituto en el plan de reestructura de Metrofinanciera mediante un mecanismo de implementación a través de concurso mercantil con plan de reestructura previo de acuerdo con la Ley de Concursos Mercantiles. Dicho planteamiento consideró el apoyo financiero de la Sociedad Hipotecaria Federal.

El 30 de julio de 2010 se realizó la reestructura de la posición METROFI 00509, por un monto de 500 mdp, mediante un intercambio de 100 por ciento de los títulos por 49 por ciento de acciones nominativas de la empresa, 34 por ciento por certificados bursátiles subordinados a plazo de 10 años con una tasa de interés fija de 4 por ciento, y 17 por ciento por certificados bursátiles no subordinados a 10 años con una tasa de interés revisable de TIIE 90 más 100 puntos básicos.

En el caso de Controladora Comercial Mexicana el Instituto mantenía dos posiciones, una en un certificado bursátil quirografario a plazo de 180 días, por 181.4 mdp, y una segunda posición por 33.7 mdp en bonos emitidos en Estados Unidos (eurobonos), con vencimiento en 2027.

En octubre de 2008, Controladora Comercial Mexicana dio a conocer súbitamente un importante adeudo como consecuencia de la depreciación del peso con respecto al dólar, ya que su Tesorería mantenía importantes posiciones en productos derivados, situación que causó el incumplimiento del pago de sus vencimientos de deuda. El 13 de agosto de 2009 presentó un plan de reestructura a los tenedores de certificados bursátiles quirografarios, que consistía en un intercambio de 100 por ciento de la deuda por una emisión de Tiendas Comercial Mexicana, a plazo de siete años, con amortizaciones de capital a partir de 2012 y una tasa de interés revisable mensualmente igual a TIIE de 28 días. El H. Consejo Técnico aprobó el 30 de septiembre de 2009 la participación del Instituto en la reestructura propuesta.

El 4 de mayo de 2010 se efectuó el intercambio de 100 por ciento de los títulos emitidos por Controladora Comercial Mexicana, equivalentes a 181.4 mdp por títulos emitidos por Tiendas Comercial Mexicana, por 189.4 mdp, importe que incluyó los intereses no pagados, con las condiciones mencionadas en la propuesta de reestructura.

Con relación a la inversión por 33.7 mdp en un bono emitido en el extranjero, Controladora Comercial Mexicana propuso a los tenedores el intercambio de cada 100 títulos de esta deuda por 63.7 títulos en un bono emitido por Controladora Comercial Mexicana a ocho años con amortización al vencimiento, garantía real y una tasa de rendimiento de 9.25 por ciento pagadera semestralmente y, adicionalmente, pagar en efectivo al momento del intercambio de deuda, una prima en efectivo de 100 puntos básicos del adeudo original, con lo que la recuperación total sería de 64.7 por ciento.

El H. Consejo Técnico autorizó el 10 de junio de 2010 la participación del Instituto en esta reestructuración, misma que se llevó a cabo en las condiciones mencionadas el 17 de enero de 2011.

Riesgos actuales de las inversiones en el sector hipotecario

Durante los últimos años el sector hipotecario experimentó un importante deterioro en su actividad, como consecuencia principalmente de los mayores niveles de desempleo en el país, lo que lo ha llevado a un fuerte incremento en sus carteras vencidas, incrementando el riesgo de crédito para este sector.

Como se mencionó anteriormente, el Instituto mantenía una posición en el sector hipotecario al cierre de 2010 de 4,374 mdp, invertidos en instrumentos que representan diferentes tipos de riesgo: primero, los Bonos Respaldados por Hipotecas (Borhis), los cuales son los instrumentos más sólidos del sector y dado el plazo, la diversificación de sus activos y la garantía del fideicomiso no representan un riesgo importante, teniéndose en este grupo una posición de 1,176 mdp; el segundo grupo es el de bursatilizaciones de derechos de crédito a desarrolladores (créditos puente), en el cual se mantienen inversiones por 857 mdp y cuyo riesgo de crédito se puede considerar como mediano, ya que si bien presenta un alto índice de cartera vencida que podría dificultar los pagos, todas las emisiones son efectuadas por un fideicomiso, con una serie de activos que representan la garantía en caso de un incumplimiento en el pago; por último, se mantienen inversiones en certificados bursátiles quirografarios, los cuales no presentan una garantía específica y el pago depende totalmente de la empresa hipotecaria emisora en este grupo que se mantienen inversiones por 2,066 mdp, diversificados en ocho empresas, de las cuales dos, Hipotecaria Su Casita y Metrofinanciera, representan un riesgo de incumplimiento. En emisiones de este par de hipotecarias se tienen invertidos 300 mdp y 500

mdp, respectivamente. En el caso de Metrofinanciera la deuda fue reestructurada a 10 años, por lo que actualmente se le da un estrecho seguimiento al desempeño de la empresa. En el caso de Hipotecaria Su Casita, al momento de prepararse este Informe se tiene conocimiento de importantes problemas financieros, ya que hasta el 31 de diciembre de 2010 había pagado en forma los intereses, pero se esperaba que para 2011 no continuará haciéndolo y propusieran un plan de reestructura de su deuda.

Adicionalmente a las anteriores emisiones, se mantienen posiciones en otras empresas con problemas financieros, como es la hipotecaria Crédito y Casa, en la cual el Instituto originalmente tenía una posición de bursatilización de créditos puente por 100 mdp, que no obstante los problemas financieros de la empresa ha ido pagando mensualmente amortizaciones de capital, cerrando el 2010 con un saldo de únicamente 29 mdp; asimismo, se tiene una inversión en Borhis con vencimiento en 2037 (tabla I.25).

UNA PERSPECTIVA SOBRE LOS RESULTADOS DE LA INVERSIÓN EN EL SECTOR CORPORATIVO

Si bien hasta diciembre de 2010 se habían presentado incumplimientos de los emisores Metrofinanciera y Controladora Comercial Mexicana, en lo global las inversiones en deuda corporativa han pagado importantes rendimientos al IMSS.

Las inversiones en el sector corporativo no hipotecario han generado productos financieros por 3,554.3 mdp, lo que representa una tasa de interés promedio de 8.3 por ciento, superior al rendimiento de 6.2 por ciento que hubiera redituado en Cetes a 28 días.

TABLA I.25. INVERSIONES EN EL SECTOR HIPOTECARIO CON MAYORES NIVELES DE RIESGO DE CRÉDITO
(MILLONES DE PESOS AL CIERRE DE 2010)

Emisor	Calificación	Reserva	Inversión (mdp)	Cartera Vencida ^{1/}
Mayor probabilidad de pago				8.0
Crédito y Casa	CCC+	RFA	35.26	0.8
Gmac Financiera	CC	RJPS1	200	4.8
Gmac Hipotecaria	CC	RJPS1	100	2.4
Probabilidad de pago mayor plazo				15.3
Su Casita	BBB+	RJPS1	196.97	4.7
Metrofinanciera	S/C	RJPS1	96.41	2.3
Metrofinanciera	S/C	RFA	96.41	2.3
Metrofinanciera	S/C	RJPS1	48.45	1.2
Metrofinanciera	S/C	RFA	48.45	1.2
Crédito Inmobiliario	BB-	RFA	150	3.6
Menor probabilidad de pago				20.2
Su Casita	D	RFA	40.69	1.0
Crédito y Casa	D	RFA	40.62	1.0
Metrofinanciera	C	RJPS1	410	9.8
Metrofinanciera	C	RJPS1	50	1.2
Su Casita	D	RFA	300	7.2
Total			1,813.3	43.5

^{1/} Cartera de Créditos Vencida entre Cartera de Créditos Total.
Fuente: IMSS.

En la tabla I.26 se aprecia que las inversiones en el sector corporativo no hipotecario han generado productos financieros por 3,554.3 mdp, lo que representa una tasa de interés de 8.3 por ciento en promedio. Si estos recursos se hubieran invertido en instrumentos gubernamentales (Cetes a 28 días), la tasa de rendimiento hubiera sido de 6.2 por ciento, con lo que se hubieran generado 2,775.6 mdp, es decir, 778.7 mdp menos que los obtenidos a la fecha mediante inversiones en el sector corporativo. Nótese que, incluso con su incumplimiento y posterior reestructuración, Controladora Comercial Mexicana ha pagado en total 31.8 mdp¹⁰ al IMSS por las inversiones hechas en la deuda de este emisor.

Las inversiones en el sector hipotecario le han generado al IMSS productos financieros por 1,275.9 mdp, lo que representa una tasa de interés promedio de 8.96 por ciento, superior al rendimiento de 6.3 por ciento que hubieran redituado en Cetes, a 28 días.

Por otro lado, las inversiones en el sector hipotecario le han generado al IMSS productos financieros por 1,275.9 mdp (tabla I.27), lo que representa una tasa de interés de 8.96 por ciento en promedio. Si estos recursos se hubieran invertido en instrumentos gubernamentales (Cetes a 28 días), la tasa de rendimiento hubiera sido

¹⁰ La suma de los intereses históricos de los emisores Comerci y Tiendas Comercial Mexicana.

TABLA I.26. INTERESES OBTENIDOS POR LAS INVERSIONES EN EL SECTOR CORPORATIVO POR EMISOR
(MILLONES DE PESOS, PORCENTAJES)

Emisor	Intereses históricos obtenidos		Rendimiento de inversión en Cetes ^{1/}	
	Mdp	Tasa %	Mdp	Tasa %
AMX	332.4	8.5	242.3	5.8
ARMEC	239.6	7.9	118.3	6.9
Cemex	768.3	8.2	666.5	6.0
CFE	57.4	7.2	34.9	5.9
CIE	3.5	9.4	2.9	7.9
Comerci	17.8	6.2	13.0	6.7
Estado de Michoacán	30.5	10.3	17.4	5.7
FEMSA	242.3	9.2	159.8	5.7
Ferromex	95.3	7.4	69.3	5.6
Fonacot	138.6	7.8	115.8	5.9
Ford	17.3	8.5	9.2	6.2
GE Capital	5.7	8.7	5.0	7.7
GFamsa	2.6	11.2	1.6	6.9
Kimberly	70.8	6.5	65.5	6.0
KOF	23.0	6.6	21.1	6.0
Liverpool	88.1	6.3	78.5	5.5
Navistar	28.7	9.2	24.1	7.7
NRF	98.0	8.2	86.1	7.3
Pemex	217.8	8.2	141.2	4.6
Sigma	126.1	9.1	80.8	5.6
Televisa	99.8	9.2	75.4	5.9
Telfm	392.8	7.5	381.2	6.0
Telmex	187.0	8.3	160.7	5.8
Tiendas Comercial Mexicana	14.0	9.2	6.6	4.3
Toyota	87.0	8.5	61.8	5.8
VW	19.0	9.2	15.9	7.7
VW Lease	83.1	6.2	76.2	5.6
Xignux	67.7	9.0	44.9	5.7
Total	3,554.3	8.3	2,775.6	6.2

^{1/} El rendimiento de inversión en Cetes se refiere al que se pudo haber obtenido invirtiendo los recursos en Cetes a 28 días en lugar de emisiones corporativas.

Fuente: IMSS.

TABLA I.27. INTERESES OBTENIDOS POR LAS INVERSIONES EN EL SECTOR HIPOTECARIO POR EMISOR
(MILLONES DE PESOS, PORCENTAJES)

Emisor	Intereses históricos obtenidos		Rendimiento de inversión en Cetes ^{1/}	
	Mdp	Tasa	Mdp	Tasa
Hipotecaria Comercial América	127.64	8.82	92.55	6.30
Crédito Inmobiliario	87.21	9.03	68.05	6.97
Patrimonio	15.56	8.34	11.68	6.26
Hipotecaria Su Casita	224.13	7.99	187.88	5.90
Gmac Financiera	210.56	9.52	147.85	7.09
Gmac Hipotecaria	87.06	9.48	60.39	6.48
Fincasa	8.75	9.38	7.18	7.70
Metrofinanciera	165.85	9.59	133.40	6.89
Crédito y Casa	35.64	9.90	31.93	6.03
Bancomer	109.30	7.78	61.32	5.42
HSBC	9.73	8.24	7.40	5.65
Infonavit	172.51	9.22	120.62	5.68
Scotiabank	21.93	9.15	15.12	5.65
Total	1,275.9	9.0	945.4	6.3

^{1/} El rendimiento de inversión en Cetes se refiere al que se pudo haber obtenido invirtiendo los recursos en Cetes a 28 días en lugar de emisiones corporativas.

Fuente: IMSS.

de 6.31 por ciento, con lo que se hubieran generado 945.4 mdp, es decir, 330.5 mdp menos que los obtenidos a la fecha. Se debe señalar que, incluso con su incumplimiento y posterior reestructuración, Metrofinanciera le ha pagado al Instituto 165.9 mdp en intereses por sus inversiones en esta empresa.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

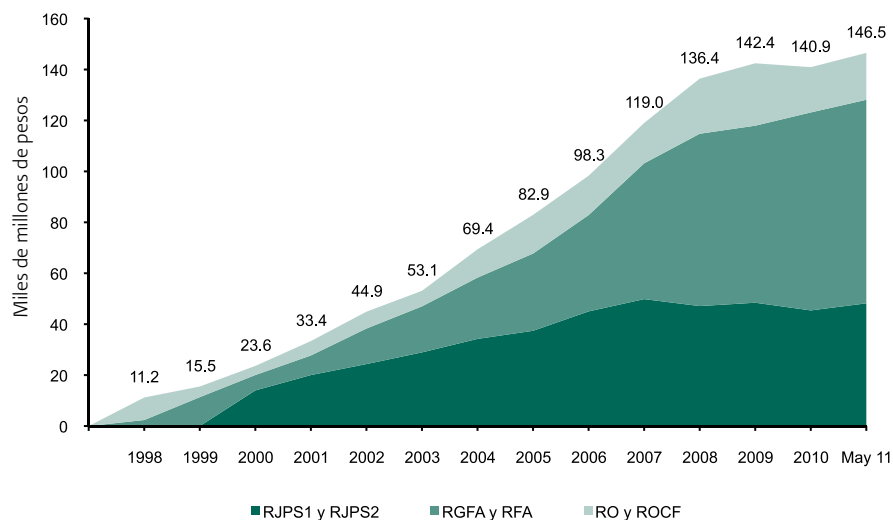
Al cierre de 2010, la posición contable de las Reservas y el Fondo Laboral fue de 140,924.8 mdp, e incluye la recuperación de una de las inversiones en litigio por 561.4 mdp. Por primera vez y con el acuerdo previo de los auditores externos y de la CIF, se ha aplicado el registro de deterioro por algunas emisiones por un total de 695 mdp. Los rendimientos obtenidos fueron de 9,674.9 mdp, incluyendo el dividendo por 129.0 mdp

recibido por la participación del Instituto en Afore XXI. Estos rendimientos equivalen a una tasa nominal anualizada de 6.32 por ciento. Del saldo de la posición, 7.65 por ciento corresponde a la RO; 4.97 por ciento a la ROCF; 53.67 por ciento a la RFA; 1.50 por ciento a la RGFA, y 32.21 por ciento al RJPS1 y 2.

A mayo de 2011, el saldo contable fue de 146,524.3 mdp (gráfica I.11), e incluye la recuperación de una de las inversiones en litigio por 20.8 mdp. Los rendimientos obtenidos durante los primeros cinco meses del año sumaron 2,978.4 mdp, que representan una tasa nominal anualizada de 5.07 por ciento, incluyendo el dividendo de 190 mdp recibido por la participación en Afore XXI.

En los últimos días del mes de mayo, la UIF tuvo conocimiento de una conversión forzosa de los certificados bursátiles subordinados en acciones representativas del capital social de Metrofinanciera, debido a que

GRÁFICA I.11. EVOLUCIÓN DEL SALDO CONTABLE DE LAS RESERVAS Y EL FONDO LABORAL (MILES DE MILLONES DE PESOS AL CIERRE DE CADA AÑO)



Fuente: IMSS.

se cumplió la condición del índice de capitalización, el cual cayó por debajo del mínimo especificado en el prospecto. Como consecuencia, la posición en acciones de Metrofinanciera en tenencia del Instituto aumentó en 19'797,118 para llegar a un total de 47'305,723 de acciones, con un valor total de 473'057,230 pesos.

Es importante aclarar, que si bien esta situación no tiene impacto en el flujo de los intereses cobrados por el Instituto, debido a que los intereses eran capitalizables, el intercambio forzoso disminuirá el saldo de inversión en 2.3 mdp debido a que el Aviso de Conversión Forzosa se publicó en noviembre del año pasado. Al inicio del mes de junio del actual, se informó de dicho evento a la CIF; a la fecha está en trámite la conversión forzosa.

Con la autorización del H. Consejo Técnico para el uso de recursos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, se realizó el traspaso de 9,900 mdp a las RO en el último trimestre del año 2010.

En abril de 2011, la CIF aprobó la propuesta de Asignación Estratégica de Activos, misma que se determinó considerando los usos de la RJPS1; las expectativas de tasas de rendimiento; las medidas prudenciales adoptadas ante las condiciones de

volatilidad financiera que incrementó el riesgo de los portafolios institucionales a partir de 2008 y 2009, y el traspaso de recursos de la RFA del SRT, SIV, y SEM que se contempla en la LIF 2011.

Con el propósito de aplicar las mejores prácticas en materia de administración de riesgos financieros, durante el segundo semestre de 2010 la CRE, mediante el proceso de licitación correspondiente, se inició el proyecto de Implantación de la Administración del Riesgo Operativo en la UIF y la CRE, del cual se obtuvieron los primeros resultados; entre los principales se encuentran el catálogo de riesgos operativos, la matriz de riesgos y controles de estas entidades, así como los planes de acción para mitigar la exposición a este tipo de riesgo.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Debido a que los usos estimados de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para el segundo semestre del presente año son superiores a los recursos líquidos con los que contará dicha Subcuenta, se ha propuesto a la CIF y al H. Consejo Técnico realizar ventas de instrumentos financieros de la Subcuenta o intercambiar instrumentos financieros de la Subcuenta 1 del Fondo

Laboral a cambio de efectivo de las RFA o Subcuenta 2 del Fondo Laboral, con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos de liquidez. Lo anterior implicará modificar el régimen del registro contable de los instrumentos financieros a vender o intercambiar dado que a la fecha se encuentran clasificados para su registro y valuación como “Conservado a vencimiento” a “Disponible para su venta”, lo cual implica que estas inversiones deberán valuarse al valor de mercado con base en los vectores de precios que provee la empresa especializada contratada por el Instituto. Asimismo, se realizará un proyecto para automatizar el proceso de registro y valuación contable bajo la modalidad de “Disponible para su venta” y que se cumpla con las normas establecidas en los principios contables generalmente aceptados para tales casos.

En la segunda Adecuación al Presupuesto 2011 del IMSS, el H. Consejo Técnico autorizó el uso de hasta un máximo de 20,585 mdp de la RJPS1 para hacer frente al gasto del RJP. Con el fin de cumplir con los requerimientos de uso, se propondrá a la Comisión y al H. Consejo Técnico la autorización de una estrategia de venta e intercambio de instrumentos para el segundo semestre de 2011, en caso de que la autorización de usos para ese año supere las condiciones de liquidez de la subcuenta. Asimismo, se dará continuidad al proyecto de Implantación de la Administración del Riesgo Operativo a través de la construcción de una base de datos para el registro histórico de eventos; se elaborarán los Manuales de Administración de Riesgo de Crédito, de Mercado y de Riesgo Operativo, y se revisará permanentemente la Norma, con la finalidad de que ésta sea reformada de acuerdo con las necesidades de los portafolios institucionales.

Con respecto a la solventación de las observaciones número 026, 027 y 028 de la auditoría 112/2010, se han realizado las siguientes acciones al 6 de julio de 2011:

- i) Observación 026: algunos de los instrumentos financieros del Instituto presentaron deterioro al comparar su valor contable contra el valor de mercado. Las acciones realizadas fueron las siguientes: se encuentra en proceso de revisión la actualización de la NIF, y al 31 de diciembre de 2010, se realizó el reconocimiento contable del deterioro, no materializado, de las inversiones por un monto total de 694.9 mdp.
- ii) Observación 027: se tienen inversiones en notas estructuradas que incluyen un cupón cero y un derivado implícito incorporado en la estructura del bono, al respecto no se tiene establecido el procedimiento para calcular los efectos de estos derivados implícitos. Las acciones realizadas fueron las siguientes: se encuentra en proceso de revisión la actualización de la NIF, y a partir de septiembre de 2010 y hasta la fecha, se realiza mensualmente el análisis y evaluación del derivado implícito de las notas estructuradas referenciadas a mercado accionario.
- iii) Observación 028: modificar la estrategia de inversión del Instituto, en cuyo caso, se tendría que evaluar si la clasificación de los instrumentos financieros “Conservados a vencimiento” sigue siendo adecuada o eventualmente tiene que cambiar a “Disponibles para su venta”. Las acciones realizadas fueron las siguientes: la UIF continúa en proceso de actualización de la NIF; la CIF, en la sesión ordinaria 493 del 22 de junio de 2011, acordó tomar nota de la presentación “Venta de instrumentos financieros de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral y/o su intercambio por efectivo de las Reservas Financieras y Actuariales y/o de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral” y autorizó que la información contenida en ésta, además del proyecto de acuerdo propuesto, sean sometidos a la consideración del H. Consejo Técnico.

I.4. MODELOS DE COSTOS

Ante la necesidad institucional de conocer los costos de las actividades sustantivas y de los productos o servicios que se proporcionan, y en virtud de que se contaba únicamente con costos unitarios promedios de conceptos médicos en forma general, tales como día estancia, consultas, estudios de diagnóstico, pero sin especificar el padecimiento del que se tratara, en 2008 se decidió la metodología de Costeo Basado en Actividades (ABC) y con ello iniciar los trabajos para el cálculo de los costos de los productos y servicios generados en las áreas sustantivas: Prestaciones Médicas, Prestaciones Económicas y Sociales, e Incorporación y Recaudación.

Lo anterior permitirá la determinación de costos actualizados permanentemente para el cobro a no derechohabientes, elaboración de proyecciones actuariales, inclusión en la metodología de asignación presupuestal y la determinación de tarifas de intercambio interinstitucional.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

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

El modelo de costeo de prestaciones médicas abarca los costos del producto hospitalario, definido a través de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Para cada uno de los GRD, se elaboró una Cédula Médico Económica (CME) para su costeo, en la cual se detallan los insumos y la capacidad instalada necesaria para brindar la atención médica para cada GRD.

Durante el segundo semestre de 2010 y el primero de 2011 se ha continuado el trabajo de costeo respecto a los estudios auxiliares de diagnóstico, con el fin de determinar los costos de las CME del 2007. Asimismo, se inició la revisión y actualización del catálogo de centros de costos del área médica, con el objetivo de tener toda la información lista en cuanto se inicie la actualización y mejora del modelo de costeo con GRD de 2007 y 2008.

Modelo de Costeo por actividad de las áreas de Incorporación y Recaudación

Durante el segundo semestre de 2010 se trabajó en la liberación y extracción de la información del modelo de costos 2008 para la generación de los reportes ejecutivos correspondientes.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para el segundo semestre de 2011, se trabajará en la migración del Modelo de Costeo a la nueva herramienta tecnológica de Oracle –Hyperion Profitability and Cost Management–. Durante el primer semestre de 2012 se actualizarán y mejorarán los modelos de costeo en conjunto con las áreas involucradas.

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

Simultáneamente a la migración del sistema se trabajará en la actualización del modelo, esto incluye considerar las CME 2007 de 509 GRD con presupuesto 2007, así como adicionar las CME 2008 con 700 GRD.

Modelo de Costeo por actividad de las áreas de Prestaciones Económicas, Sociales, e Incorporación y Recaudación

A lo largo de 2011 se concluirá la migración y actualización de los modelos de costeo. Esto implica la actualización del periodo de costeo al 2009 y 2010, así como la actualización de actividades, productos y servicios, y de los ponderadores.

I.5. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES

En el periodo que se informa, la administración de riesgos financieros e inmobiliarios se orientó hacia cuatro vertientes principales: i) elaboración del Programa de Administración de Riesgos Institucionales (PARI) 2010, el cual está orientado a identificar, evaluar y medir el impacto de los principales riesgos financieros que enfrenta el Instituto; ii) atlas de los principales riesgos inmobiliarios del IMSS; iii) valuaciones actuariales de los seguros con los que protege el IMSS a su población derechohabiente, así como del RJP de los trabajadores institucionales; iv) Programa de Aseguramiento Integral (PAI) 2010, con el cual se protege el patrimonio institucional mediante pólizas de seguros. Los avances registrados en las tres primeras vertientes se informan en este apartado, mientras que los correspondientes a la cuarta vertiente se reporta en el apartado I.6.

Programa de Administración de Riesgos Institucionales

En cumplimiento del Artículo 25 del Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS, se elabora cada año el PARI, en el cual se identifican los riesgos que enfrenta el Instituto y que pueden tener un impacto importante en sus finanzas

y en la prestación de los servicios a la población derechohabiente.

Las actividades que se desarrollaron entre mayo de 2010 y mayo de 2011 para integrar el Programa, así como para evaluar los riesgos contenidos en el mismo, se describen a continuación.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Durante el trimestre junio-agosto, con base en el PARI que se elaboró a inicios de 2010, se integró el documento “Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2010”, mismo que se sometió en el mes de septiembre del mismo año a la aprobación del H. Consejo Técnico, para su posterior publicación en la página de Internet del Instituto. En dicho documento se evaluaron diez riesgos clasificados en cuatro grupos: i) riesgos de salud; ii) riesgos operativos; iii) riesgos en las prestaciones económicas otorgadas, y iv) otros riesgos (tabla I.28).

Con la finalidad de dar cumplimiento a la acción de mejora comprometida por el Órgano Interno de Control (OIC), en enero de 2011 se integró el Grupo de Trabajo de Riesgos Institucionales (GTRI), con un representante propietario y un representante suplente de cada una de las Direcciones Normativas, la Unidad de Vinculación y el OIC.

En mayo de 2011 se aprobó el PARI 2011, el cual se somete en julio a la autorización del H. Consejo Técnico. Cabe mencionar que el PARI 2011 estará integrado por 10 riesgos clasificados de acuerdo con cuatro nuevas categorías, mismas que permitirán diferenciarlos de los riesgos operativos que dan cumplimiento al Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 12 de julio de 2010.

TABLA I.28. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES 2010

i) Riesgos en salud	i.1. Enfermedades de alto impacto financiero. i.2. La automedicación en las enfermedades respiratorias y su impacto en las finanzas institucionales. i.3. Análisis costo-beneficio del programa de consulta en Medicina Familiar en sexto y séptimo día.
ii) Riesgos operativos	ii.1. Transferencia de reservas para proporcionar servicios de atención a la salud de pensionados y sus familiares derechohabientes, establecida en el artículo 142 de la Ley del ISSSTE. ii.2. Creación del Seguro de Desempleo.
iii) Riesgos en las prestaciones económicas otorgadas	iii.1. Reglas de operación de los seguros de pensiones.
iv) Otros riesgos	iv.1. Reforma fiscal 2010: Cambios en el Impuesto al Valor Agregado. iv.2. Impacto financiero de la siniestralidad registrada por robo y daños en equipo electrónico, de cómputo, filmación y equipo médico nombrado. iv.3. Análisis del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Fuente: IMSS.

Las nuevas categorías en las que están clasificados los riesgos del PARI 2011 (tabla I.29) son: i) riesgos en los seguros de salud; ii) riesgos en los seguros de pensiones; iii) riesgos en los seguros no pensionarios, y iv) otros riesgos. Los resultados de la evaluación financiera que se realicen a estos riesgos se informarán al H. Consejo Técnico en julio de 2011.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En el mes de junio y la primera mitad de julio de 2011 se concluirá la evaluación de los riesgos que, con el consenso del GTRI, fueron identificados e incluidos en el PARI 2011. Los resultados de la evaluación se reportarán a finales de julio al HCT, en el documento

TABLA I.29. PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES 2011

i) Riesgos en los seguros de salud	i.1 Enfermedades crónicas. i.2 Enfermedades de atesoramiento lisosomal. i.3 Enfermedades crónicas asociadas al tabaquismo. i.4 Incremento en la esperanza de vida de la población derechohabiente del IMSS.
ii) Riesgos en los seguros de pensiones	ii.1 Riesgos de trabajo terminados no incorporados a la casuística laboral. ii.2 Utilización de tasas de referencia variable y de los factores de mejora poblacional en el cálculo de los montos constitutivos.
iii) Riesgos en los seguros no pensionarios	iii.1 Cobertura de la demanda potencial máxima esperada en el servicio de Guardería. iii.2 Diferencia salarial por género.
iv) Otros riesgos	iv.1 Desafiliación al régimen obligatorio en periodos de recesión económica. iv.2 Interrupción no programada de los servicios aplicativos y técnicos del Centro Nacional de Tecnologías de la Información Monterrey.

Fuente: IMSS.

Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2011. Se dará continuidad a las sesiones del GTRI, con la finalidad de que en el mes de septiembre se inicie el proceso de identificación de los riesgos que estarán incluidos en el PARI 2012, y que van a evaluarse el próximo año. Asimismo, se revisarán las metodologías que se han elaborado en materia de costos unitarios, a efecto de enriquecer y complementar los trabajos que se han realizado en esta materia. Por otra parte, a lo largo del segundo semestre del año se continuarán evaluando, desde el punto de vista del impacto financiero en el Instituto, las iniciativas de reforma a la LSS que sean presentadas por los diputados y senadores de las diferentes fracciones parlamentarias.

Atlas de Riesgos Inmobiliarios

Desde el año de 1999 se ha realizado el proceso de identificación de los inmuebles del Instituto que presentan algún grado de exposición a riesgos, y se ha realizado una evaluación periódica de aquellos que por su alto grado de exposición requieren de atención prioritaria. Actualmente se cuenta con un inventario de 398 inmuebles, denominado Atlas de los Principales Riesgos Inmobiliarios del IMSS, mismo que se actualiza cada año.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En noviembre de 2010 se participó en los Programas Maestro y Emergente para la Identificación de Riesgos Inmobiliarios en el IMSS en Zonas de Alta Sismicidad. Estos dos programas comprenden 481 y 100 inmuebles, respectivamente, que presentan algún riesgo de daño estructural, y que conforman un Atlas

de Riesgo Institucional, para lo cual se proporcionó el Atlas de los Principales Riesgos Inmobiliarios del IMSS y la Cédula de Inspección para la Identificación de Riesgos en el IMSS (CIIRI), a fin de identificar y complementar la información del Atlas de Riesgos Institucionales.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Durante el segundo semestre de 2011 se prevé realizar las siguientes actividades: i) Revisar el diseño de la CIIRI e implantar esta cédula en todas las delegaciones del país, con objeto de actualizar el Atlas de los Principales Riesgos Inmobiliarios del IMSS; ii) Revisar y actualizar la normatividad interna, a efecto de fortalecer el proceso de identificación de los riesgos inmobiliarios del Instituto, y iii) Revisar y actualizar la metodología de evaluación de riesgos inmobiliarios, e informar los resultados obtenidos de las Coordinaciones Normativas involucradas con la administración de los inmuebles institucionales.

Valuaciones y estudios actuariales

Las valuaciones y estudios actuariales se efectúan conforme a lo estipulado en los siguientes artículos:

Artículo 76 de la LSS: establece la obligación de revisar cada tres años la fórmula de cálculo de la prima del SRT, para asegurar que se mantenga o, en su caso, se restituya el equilibrio financiero de este seguro, tomando en cuenta a todas las empresas del país.

Artículos 245, 261 y 262 de la LSS: señalan la obligación de elaborar anualmente un informe financiero y actuarial en el que se analice la suficiencia de los recursos para todos y cada uno de los siguientes seguros: SRT, SEM, SIV y SGPS, así como el de SSFAM y adicionales.

Artículo 273 de la LSS: se establece que el Instituto deberá presentar en junio de cada año al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión un informe dictaminado por auditor externo, que incluya al menos los siguientes elementos: i) la situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto, y actuarial de sus reservas; ii) los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se están tomando en cada seguro y la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos en función de sus ingresos y las reservas; iii) estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas obrero-patronales y a las cuotas, contribuciones y aportaciones del Gobierno Federal de cada seguro, que en su caso se puedan prever para mantener la viabilidad financiera del Instituto, y iv) la situación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal.

Artículo Tercero Transitorio de la LSS: se estipula que para dar cumplimiento a lo señalado por el Artículo 277 D de la LSS, en el sentido de que el Instituto asegure que en todo momento esté plenamente financiado el FCOLCLC para cubrir los costos derivados del RJP de las contrataciones que se realicen después del 12 de agosto de 2004, se llevarán a cabo los estudios actuariales correspondientes, cuyos resultados se darán a conocer a los trabajadores y al Congreso de la Unión a través del informe a que se refiere el Artículo 273 de la LSS.

Artículo 33 del Impuesto Sobre la Renta y Artículo 60 de su Reglamento: se preceptúa para todas las empresas del país la obligación de realizar una valuación de sus pasivos laborales bajo las Normas de Información Financiera, emitidas por el Consejo Mexicano de Normas de Información Financiera, A. C.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Durante el trimestre mayo-agosto de 2010 se concluyeron las valuaciones actuariales al 31 de diciembre de 2009 de los SRT y SIV, así como de la

cobertura de GMP y del RJP. Las cuatro valuaciones fueron auditadas por un despacho actuarial externo, y los resultados de las tres primeras se publicaron en el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010, así como en el Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2009. Asimismo, fueron publicadas en la página de Internet del IMSS, en donde se pueden consultar tanto las proyecciones demográficas y financieras, como las hipótesis y las bases de información utilizadas para elaborar las valuaciones, y las notas técnicas de las mismas. El objetivo de las valuaciones actuariales del SRT, el SIV y de la cobertura de GMP es determinar el grado de suficiencia financiera de sus primas de contribución establecidas en la LSS para hacer frente a sus obligaciones de largo plazo; el de la valuación del RJP es medir el pasivo laboral que tiene el Instituto en su carácter de patrón.

Durante el trimestre octubre-diciembre de 2010 se desarrolló por parte de un despacho actuarial externo el Estudio Actuarial para Determinar la Reserva Óptima del SRT y del SIV. El Instituto participó en el proceso licitatorio de este estudio, elaborando el anexo técnico de las bases de licitación, así como supervisando en todo momento la elaboración del mismo. Los resultados del estudio han sido de gran importancia para la toma de decisiones en materia de reservas. Asimismo, durante los cinco primeros meses de 2011, se elaboraron ocho valuaciones actuariales, dos de las cuales fueron realizadas por dos despachos actuariales externos, y seis por parte del Instituto.

Las dos valuaciones realizadas por despachos externos, previo proceso licitatorio mediante el cual resultaron adjudicados, fueron: la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS, Bajo la NIF D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2010 y Proyecciones para 2011, y el Estudio

Actuarial para Determinar la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del FCOLCLC al 31 de diciembre de 2010. Los resultados de estas dos valuaciones se publicaron en el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010-2011. En el caso de la valuación actuarial del RJP, los resultados se refieren al monto de las obligaciones laborales que debe revelarse en los estados financieros del IMSS, de acuerdo con la NIF D-3, y en el caso del estudio de la Subcuenta 2, se refieren a la suficiencia que tiene esta Subcuenta para financiar en su momento, con los recursos que se estima llegarán a acumularse en ella, las jubilaciones y pensiones de los trabajadores del IMSS que fueron contratados entre el 16 de octubre de 2005 y el 28 de junio de 2008 bajo las condiciones del Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso.

Las valuaciones realizadas por el Instituto, y auditadas fueron la del SRT, la del SIV, la de la cobertura de GMP, y la del RJP bajo el método de proyecciones demográficas y financieras. Los resultados de las tres primeras se publicaron en el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010-2011.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En el bimestre de junio-julio se integró la información que servirá de base para la elaboración del Estudio de la Revisión de la Fórmula de Cálculo de la Prima del SRT por parte del despacho actuarial externo que resultó adjudicado con el contrato para realizar dicho estudio. En cumplimiento del Artículo 76 de la LSS, éste se presentará al final del año al Comité Consultivo de Riesgos de Trabajo para su conocimiento y efectos que procedan.

En paralelo, se preparan los documentos y las notas técnicas de las valuaciones actuariales del SRT, el SIV, la cobertura de GMP y el RJP, para su publicación en la página de Internet del IMSS.

A partir del mes de agosto se preparará el proceso licitatorio para contratar los servicios profesionales de despachos actuariales externos que realicen durante el año 2012 los siguientes estudios: i) Valuación Actuarial del RJP y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS, Bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados" al 31 de diciembre de 2011 y Proyecciones para 2012; ii) Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del FCOLCLC al 31 de diciembre de 2011, y iii) auditoría a la Valuación Financiera y Actuarial del Instituto Mexicano del Seguro Social al 31 de diciembre de 2011.

En el último trimestre del año se desarrollará, tomando en cuenta los resultados del Estudio de la Revisión de la Fórmula de Cálculo de la Prima del SRT, un modelo matemático actuarial que permita prever la prima de contribución del SRT para un periodo de 25 años, con objeto de realizar las valuaciones actuariales de este seguro con primas acordes con las expectativas de siniestralidad de las empresas.

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

Programa de Aseguramiento Integral (PAI)

Se administra anualmente un PAI con fundamento en las siguientes disposiciones: i) Capítulo IV del Acuerdo por el que se Regulan las Disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales, publicado

en el DOF el 16 de julio de 2010; ii) Artículo 5 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP), que estipula la obligación de asegurar el patrimonio de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, considerando que el no aseguramiento sólo puede darse cuando el costo de asegurar los bienes no guarde relación directa con el beneficio que pudiera obtenerse; iii) Artículo 43 del Reglamento de Resguardo Patrimonial del Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS que establece la obligatoriedad de que los bienes que integran el patrimonio del Instituto se encuentren resguardados mediante la contratación de pólizas de seguro, y iv) Norma 6000-001-006, referente a las Disposiciones para integrar y autorizar el Programa de Aseguramiento Integral del IMSS.

El PAI tiene dos propósitos principales: i) proteger el patrimonio institucional mediante pólizas de seguros, que garantizan la restitución de las pérdidas que pueden generarse en los activos institucionales a causa de siniestros de diversa índole que llegaran a ocurrir, y ii) contar con un instrumento que permita recuperar los adeudos de los créditos hipotecarios, a mediano plazo y de enganche para casa habitación, otorgados a trabajadores que llegan a fallecer o causan invalidez o incapacidad permanente. Actualmente, el Programa está conformado por 19 pólizas de aseguramiento, de las cuales 16 son patrimoniales y 3 no patrimoniales (tabla I.30).

Las pólizas patrimoniales dan cobertura a los siguientes activos institucionales: i) más de 6,000 inmuebles, incluyendo los del Régimen Ordinario y los de IMSS-Oportunidades; ii) 462 inmuebles arrendados;

TABLA I.30. PÓLIZAS QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO INTEGRAL DEL IMSS

Patrimoniales
Integral de Incendio (esquema de administración de la pérdida).
Integral de Incendio (esquema exceso de pérdida).
Robo y daños de equipo electrónico de cómputo y equipo médico nombrado (administración de la pérdida).
Robo y daños de equipo electrónico de cómputo y equipo médico nombrado (esquema exceso de pérdida).
Robo de contenidos (esquema de administración de la pérdida).
Robo de contenidos (esquema exceso de pérdida).
Parque vehicular (administración de la pérdida).
Vehículos residentes (esquema tradicional).
Robo de efectivo y/o valores.
Marítimo y transporte nacional.
Obras de arte en exposición.
Responsabilidad civil en centros vacacionales.
Marítimo y transporte avión.
Marítimo y transporte helicóptero.
Seguro de incendio a inmuebles en garantía de créditos hipotecarios.
Responsabilidad y Asistencia Legal.
No patrimoniales
Vida e invalidez, trabajadores con crédito hipotecario.
Vida, trabajadores con crédito a mediano plazo o para enganche de casa habitación.
Vida e invalidez para trabajadores adscritos a la nómina de mando.

Fuente: IMSS.

iii) 30,014 inmuebles otorgados en garantía por los trabajadores del IMSS que cuentan con crédito hipotecario que les otorgó el Instituto; iv) más de 1'600,000 bienes muebles capitalizables, y v) 5,273 vehículos, un avión y un helicóptero.

Por su parte, las pólizas no patrimoniales dan la cobertura de fallecimiento e invalidez a 30,014 trabajadores a quienes el Instituto les otorgó un crédito hipotecario, así como a 1,673 trabajadores adscritos a la nómina de mando y a 5,799 trabajadores que cuentan con un crédito a mediano plazo o para enganche de casa habitación otorgado por el Instituto.

Las actividades que se desarrollaron entre mayo de 2010 y mayo de 2011 para administrar el PAI en cuanto a la atención de los siniestros reportados por las delegaciones, las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y las normativas de nivel central, así como en materia de recuperación de las indemnizaciones pagadas por las aseguradoras por los daños causados por los siniestros, se describen enseguida.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En julio-noviembre de 2010 se prepararon dos procesos de licitación pública nacional para la formalización de los contratos de seguros patrimoniales y no patrimoniales que están dando cobertura al IMSS a partir del primero de enero de 2011. El número de contratos adjudicados fue de 19, con un costo de 489.2 mdp. Los resultados de los dos procesos licitatorios se dieron a conocer al H. Consejo Técnico en su sesión ordinaria del 26 de enero de 2011.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En paralelo, entre julio y octubre se integrará la información necesaria para preparar los dos procesos de licitación pública nacional para la contratación de

las pólizas patrimoniales y no patrimoniales que darán cobertura al patrimonio institucional en el ejercicio 2012. Asimismo, se revisarán las condiciones técnicas de dichas pólizas.

En el mismo lapso se preparará la reunión del Grupo de Trabajo de Seguros, en la cual se someterán a aprobación de las instancias normativas institucionales, las propuestas de cambio a las condiciones de los contratos del Programa.

Atención de siniestros

En el periodo mayo 2010-mayo 2011 las delegaciones, las UMAE y el nivel central reportaron en conjunto 1,428 siniestros con afectación al patrimonio institucional por un importe de 367.6 mdp. Del número total de siniestros reportados, 1,105 fueron procedentes de reclamación de pago de indemnizaciones a las compañías aseguradoras, por un importe de pérdidas de 362.9 mdp.

Los siniestros más importantes, de acuerdo con la causa que les dio origen, fueron: i) daños por lluvia o inundaciones, con 64 casos y 76.6 mdp en pérdidas; ii) huracanes, con 10 casos y 74.4 mdp en pérdidas; iii) robos, con 551 casos y 50.5 mdp en pérdidas, y iv) variaciones de voltaje y cortos circuitos, con 62 casos y 38 mdp en pérdidas (tabla I.31).

Por tipo de póliza, los siniestros con mayor severidad se reportaron en la póliza conocida comúnmente como Integral de Incendio, la cual da cobertura a grandes riesgos tales como terremotos, huracanes, inundaciones y otros fenómenos hidrometeorológicos. Al amparo de esta póliza, se registraron en el periodo que se informa 276 eventos que produjeron daños por 276.8 mdp, cifra que representó poco más de las tres cuartas partes de los daños totales reportados de mayo de 2010 a mayo de 2011 (tabla I.32).

TABLA I.31. TIPO DE SINIESTROS QUE SIGNIFICARON MAYORES PÉRDIDAS PARA EL IMSS
(MILLONES DE PESOS, PORCENTAJES, MAYO 2010-MAYO 2011)

Tipo de siniestro	Número de casos	Importe de las pérdidas	Porcentaje del total de las pérdidas
Lluvias o inundaciones	64	76.6	20.8
Huracanes	10	74.4	20.2
Robos	551	50.5	13.7
Variaciones de voltaje y cortos circuitos	62	38.0	10.3
Otros	418	128.1	34.8
Total	1,105	367.6	100.0

Fuente: IMSS.

TABLA I.32. SINIESTRALIDAD REPORTADA POR PÓLIZA DE ASEGURAMIENTO
(MILES DE PESOS, PORCENTAJES, MAYO 2010-MAYO 2011.)

Pólizas	Casos	Monto	Porcentaje del monto total
Pólizas patrimoniales	1,366	340,194.2	92.5
Incendio, calderas, recipientes sujetos a presión, rotura de máquina y responsabilidad civil arrendatario y responsabilidad civil general ^{1/}	276	276,775.9	75.3
Robo y daño de equipo electrónico (de cómputo y microfilmación y equipo médico nombrado) ^{1/}	404	29,636.9	8.1
Robo de contenidos ^{1/}	182	25,591.4	7.0
Parque vehicular esquema administración de la pérdida	136	762.2	0.2
Vehículos residentes ^{2/}	172	3,393.4	0.9
Robo de dinero y/o valores	17	42.7	0.0
Marítimo y transporte nacional	2	41.3	0.0
Todo riesgo en obras de arte	0	0.0	0.0
Responsabilidad civil en Centros Vacacionales	3	34.4	0.0
Marítimo y transporte (aviones)	0	0.0	0.0
Marítimo y transporte (helicópteros)	0	0.0	0.0
Incendio (Inmuebles otorgados en garantía por los créditos hipotecarios otorgados a los trabajadores)	174	3,916.0	1.1
Responsabilidad civil y asistencia legal sectores obrero y patronal del H. Consejo Técnico	0	0.0	0.0
Pólizas no patrimoniales	62	27,431.3	7.5
Fallecimiento, invalidez o incapacidad total y permanente (del personal que cuenta con crédito hipotecario)	51	15,623.1	4.2
Fallecimiento (del personal con préstamo a mediano plazo o enganche para casa habitación)	6	1,260.7	0.3
Fallecimiento o invalidez o incapacidad total y permanente del personal adscrito a la nómina de mando	5	10,547.5	2.9
Total pólizas patrimoniales y no patrimoniales	1,428	367,625.4	100.0

^{1/} Incluye la siniestralidad con cobertura en los contratos de administración de la pérdida y exceso de pérdida.

^{2/} Incluye ocho casos por 1.5 millones de siniestros por pérdidas totales.

Fuente: IMSS.

Las indemnizaciones pagadas por las aseguradoras con la que se tienen contratadas las pólizas de aseguramiento fueron de 396.8 mdp.

Las indemnizaciones pagadas por las aseguradoras con las que se tienen contratadas las pólizas de aseguramiento fueron de 396.8 mdp, de los cuales 13.7 mdp correspondieron a siniestros ocurridos en 2011; a los ocurridos en 2010, 371 mdp; a los de 2009, 11.7 mdp, y a los de 2008, 405 mil pesos.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En junio-diciembre de 2011 se continuará dando atención a los siniestros que ocurran en el Instituto y se realizarán las acciones necesarias para que las delegaciones, las UMAE y los órganos normativos de nivel central reporten y documenten los siniestros dentro de los plazos normados para tal efecto.

Adicionalmente, se actualizará el portal de Intranet de la División de Control de Seguros, y se concluirá con el material de capacitación sobre coberturas y proceso de recuperación de los siniestros que ocurran bajo el amparo de los contratos patrimoniales.

I.7. GESTIÓN PRESUPUESTAL

La gestión presupuestal incluye la programación, formulación, control, seguimiento, evaluación y rendición de cuentas del ejercicio presupuestario, armonizando las disposiciones que en la materia establece la LSS con la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) y la normatividad emanada de ésta.

El ámbito de evaluación de la gestión presupuestal es la calidad y la oportunidad en la consecución de las etapas del proceso presupuestario, las cuales están

sujetas a fechas y plazos establecidos en la normatividad institucional y federal, por lo que los esfuerzos se orientan hacia la adopción de mejores prácticas y políticas presupuestarias.

La estrategia definida para mejorar la calidad del gasto en el ámbito federal es el Presupuesto basado en Resultados y el Sistema de Evaluación del Desempeño (PbR-SED).

En este sentido, la estrategia definida para mejorar la calidad del gasto en el ámbito federal es el Presupuesto basado en Resultados y el Sistema de Evaluación del Desempeño (PbR-SED), la cual ha sido gradualmente incorporada por el Instituto en la determinación de sus programas, indicadores y metas que compromete anualmente en el Anteproyecto de Presupuesto que aprueba el Consejo Técnico y el PEF autorizado por la H. Cámara de Diputados.

Adicionalmente, se han implantado iniciativas tendientes a mejorar el esquema operativo del presupuesto y promocionar la ordenada transferencia de facultades y responsabilidades en materia presupuestaria hacia los órganos administrativos desconcentrados definidos en el Reglamento Interior.

Para el presente documento se destacan tres temas relevantes en la gestión presupuestal y un tema que detalla las actividades cotidianas e insoslayables para el cumplimiento de obligaciones establecidas en la normatividad federal e institucional, tales como: PbR-SED en el IMSS, nuevo esquema de operación presupuestaria, acuerdos de gestión, obligaciones reguladas por normas y leyes.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Como parte de la reforma hacendaria promovida por la actual Administración, a partir de la formulación del PEF para el ejercicio 2008 y en cumplimiento de la LFPRH, el Ejecutivo Federal inició los trabajos para la implantación del Presupuesto basado en Resultados y el Sistema de Evaluación del Desempeño (PbR-SED), en la cual intervinieron la SHCP y la Secretaría de la Función Pública (SFP), el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

Con el fin de armonizar la fracción II del Artículo 275 de la LSS, el Instituto utiliza la clasificación programática emitida por la SHCP, la cual servirá para dar cumplimiento al Artículo 276 del mismo ordenamiento e incorporar el presupuesto por programas al PEF que aprueba la H.

Cámara de Diputados, además de ser necesario para la integración de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

Por otro lado, los programas presupuestarios registrados por las normativas en el anteproyecto de presupuesto 2010 y aprobados por el H. Consejo Técnico se encuentran detallados en la tabla I.33.

Para valorar estos programas, las normativas consideraron un universo de 87 indicadores estratégicos y de gestión, de los cuales 17 se eligieron para seguimiento de la H. Cámara de Diputados y del H. Consejo Técnico. Al respecto, la tabla I.34 muestra los resultados obtenidos al cierre del ejercicio.

Para la programación 2011, las normativas responsables realizaron una revisión de sus elementos programáticos, con base en la experiencia observada en 2010, por lo que el universo de indicadores se determinó en 83, con los mismos 17 que se eligieron para seguimiento de la H. Cámara de Diputados y del HCT, los cuales, al mes de marzo de 2011, cuentan con los avances descritos en la tabla I.35.

TABLA I.33. PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS REGISTRADOS POR LAS NORMATIVAS EN EL ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO 2010 Y APROBADOS POR EL HCT

Clave ^{1/}	Denominación	Normativa responsable
E001	Atención a la Salud Pública	Dirección de Prestaciones Médicas
E002	Atención Curativa Eficiente	Dirección de Prestaciones Médicas
E003	Atención a la Salud en el Trabajo	Dirección de Prestaciones Médicas
E004	Investigación en Salud en el IMSS	Dirección de Prestaciones Médicas
E006	Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero Patronales	Dirección de Incorporación y Recaudación
E007	Servicios Guarderías	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
E008	Atención a la Salud Reproductiva	Dirección de Prestaciones Médicas
E009	Prestaciones Sociales Eficientes	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
E010	Mejoramiento de Unidades Operativas de servicios de Ingreso	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
J001	Pensiones en Curso de Pago Ley 1973	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
J002	Rentas Vitalicias Ley 1997	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
J004	Pagar oportunamente los subsidios a los asegurados con derecho	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

^{1/} Los programas presupuestarios con modalidad "E" son aquellos que generan bienes y servicios y con modalidad "J" aquellos relacionados con pensiones y jubilaciones.

Fuente: IMSS.

**TABLA I.34. PRINCIPALES INDICADORES QUE EVALÚAN LOS PROGRAMAS APROBADOS.
RESULTADOS AL MES DE DICIEMBRE 2010**

Programa Presupuestario	Indicador	Unidad de medida	Frecuencia	Nivel y tipo de indicador ^{1/2/}	Meta del periodo	Logro del periodo	Porcentaje de cumplimiento	
E001	Atención a la Salud Pública	1. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino	Tasa	Anual	Componente estratégico	Reducir a 7.1 defunciones por cáncer cérvico uterino por cada cien mil mujeres de 25 años y más adscritas a médico familiar.	6.9	102.8
		2. Derechohabientes con cobertura de atención integral del PREVENIMSS	Porcentaje	Trimestral	Propósito estratégico	Lograr que 52.5% de los derechohabientes adscritos a médico familiar reciban atención preventiva integrada.	56.0	106.7
		3. Cobertura de detección de cáncer cérvico uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje	Trimestral	Actividad gestión	Lograr que 28.5% de mujeres de 25 a 64 años de edad adscritas a médico familiar (menos estimación de histerectomizadas) tengan estudio de citología cervical. Para detección de cáncer cérvico uterino	29.1	102.1
E002	Atención Curativa Eficiente	4. Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel	Tasa	Trimestral	Propósito estratégico	Reducir a 3.7% los egresos hospitalarios por defunción en unidades de segundo nivel de atención.	3.9	94.1
		5. Porcentaje de surtimiento de medicamentos	Porcentaje	Trimestral	Propósito estratégico	Lograr que 96% de las recetas de medicamentos sean atendidas 100% en farmacias.	96.9	100.9
E003	Atención a la Salud en el Trabajo	6. Tasa de incapacidad permanente inicial por cada mil trabajadores asegurados de empresas afiliadas según delegación de origen	Tasa	Trimestral	Componente estratégico	Disminuir a 1.15 dictámenes de incapacidad permanente inicial por riesgos de trabajo por cada mil trabajadores inscritos en el Seguro de Riesgos de Trabajo.	1.17	98.3
E006	Recaudación eficiente de ingresos obrero-patronales	7. Incremento porcentual anual en los ingresos obrero-patronales del Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Propósito estratégico	Aumentar en 3.6% los ingresos obrero-patronales del Seguro Social con respecto al mismo mes del año anterior.	7.50	208.3
		8. Incremento porcentual en el número de cotizantes del Seguro Social	Porcentaje	Mensual (5)	Componente estratégico	Variar en -0.6% el número de cotizantes respecto al mismo mes del año anterior	4.01	104.6
		9. Incremento porcentual anual en el Salario Base de Cotización registrado en el Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Componente estratégico	Aumentar en 4.7% el Salario Base de Cotización nominal con respecto al mismo mes del año anterior.	3.20	67.4
E007	Servicio de Guarderías	10. Cobertura de la demanda del servicio de Guarderías	Porcentaje	Mensual	Propósito estratégico	Alcanzar a cubrir 24.5% de lugares que se demandan para el servicio de Guarderías	23.87	97.4
E008	Atención a la Salud Reproductiva	11. Tasa de atención de partos	Tasa	Anual	Componente estratégico	Lograr atender 51.1 partos por cada mil mujeres en edad fértil (15 a 49 años)	45.4	111.2
		12. Tasa de Mortalidad Materna	Tasa	Anual	Propósito estratégico	Descender a una tasa de 29.5 en mortalidad materna	29.9	98.6
E009	Prestaciones Sociales Eficientes	13. Afluencia de usuarios a los Servicios de Fomento a la Salud	Porcentaje	Trimestral	Componente estratégico	Lograr la atención de 93% de los usuarios previstos en los servicios de prestaciones sociales.	99.3	106.9
E010	Mejoramiento de Unidades Operativas de Servicios de Ingreso	14. Clientes atendidos en tiendas	Porcentaje	Mensual	Componente gestión	Variar -5.3% de los clientes atendidos en tiendas, respecto al año anterior.	-14.9	89.8
J001	Pensiones en Curso de Pago Ley 1973	15. Oportunidad en el trámite de las pensiones nuevas en la Ley del Seguro Social 1973	Porcentaje	Mensual	Componente gestión	Tramitar 88% de los casos presentados para nuevas pensiones, en 21 y 30 días naturales.	84.4	95.9
J002	Rentas Vitalicias Ley 1997	16. Oportunidad en el trámite de las Rentas Vitalicias de la Ley del Seguro Social 1997	Porcentaje	Mensual	Componente gestión	Tramitar 80% de los casos presentados, en 21 y 30 días naturales.	80.3	100.4
J004	Pagar oportunamente los subsidios a los asegurados con derecho	17. Oportunidad en el trámite para el pago de las incapacidades nominativas con pago	Porcentaje	Mensual	Componente gestión	Tramitar 98% de los casos nominativos para subsidio, en 7 días naturales	97.6	99.6

^{1/} Los indicadores se clasifican de acuerdo con el nivel de programa a indicadores de fin, propósito, componente y actividad.

^{2/} Los indicadores se clasifican en dos tipos: estratégicos (miden el logro de objetivos de las políticas públicas y de los programas presupuestarios) y de gestión (miden el avance y logro de los procesos y actividades en que los bienes y servicios públicos son generados y entregados).

Fuente: IMSS.

TABLA I.35. AVANCE AL MES DE MARZO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES QUE EVALÚAN LOS PROGRAMAS APROBADOS

Programa Presupuestario	Indicador	Unidad de medida	Frecuencia	Nivel y tipo de indicador 1/2/	Meta del período	Logro del período	Porcentaje de cumplimiento	
E001	Atención a la Salud Pública	1.Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino	Tasa	Anual	Componente Estratégico	Reducir a 6.6 defunciones por cáncer cérvico uterino por cada cien mil mujeres de 25 años y mas adscritas a médico familiar.	ND 1/	ND 1/
		2.Derechohabientes con cobertura de atención integral del PREVENIMSS	Porcentaje	Trimestral	Propósito Estratégico	Lograr que 41.9% de los derechohabientes adscritos a médico familiar reciban atención preventiva integrada.	39,9	95,2
		3.Cobertura de detección de cáncer cérvico uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje	Trimestral	Actividad Gestión	Lograr que el 7.2% de mujeres de 25 a 64 años de edad adscritas a médico familiar (menos estimación de histerectomizadas) tengan estudio de citología cervical para detección oportuna de cáncer cérvico uterino.	3.5	48,6
E002	Atención curativa eficiente	4.Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel	Tasa	Trimestral	Propósito Estratégico	Reducir al 4.26 los egresos hospitalarios por defunción en unidades de segundo nivel de atención.	4,6	93
		5.Porcentaje de surtimiento de medicamentos	Porcentaje	Trimestral	Propósito Estratégico	Lograr que el 95% de las recetas de medicamentos sean atendidas 100 por ciento en farmacias.	95,3	100,3
E003	Atención a la Salud en el Trabajo	6. Tasa de incapacidad permanente inicial por cada 1000 trabajadores asegurados de empresas afiliadas según delegación origen	Tasa	Trimestral	Componente Estratégico	Disminuir a 0,3 dictámenes de incapacidad permanente inicial por riesgos de trabajo por cada mil trabajadores inscritos en el seguro de riesgos de trabajo.	0,2	140
E006	Recaudación eficiente de Ingresos obrero-patronales	7.Variación porcentual anual en los ingresos obrero-patronales del Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Propósito Estratégico	Aumentar en 104.98% los ingresos obrero patronales del Seguro Social con respecto al mismo mes del año anterior.	113,2	107,8
		8.Variación porcentual anual en el número de cotizantes al Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Componente Estratégico	Aumentar en 102.5% el número de cotizantes promedio con respecto al mismo trimestre del año anterior.	105,1	102,5
		9.Variación porcentual anual en el Salario Base de Cotización registrado en el Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Componente Estratégico	Aumentar en 102.12% el Salario Base de Cotización nominal con respecto al mismo mes del año anterior.	104	101,9
E007	Servicio de Guarderías	10.Cobertura de la demanda del servicio de Guarderías	Porcentaje	Mensual	Propósito Estratégico	Alcanzar a cubrir el 24,04% de lugares que se demandan para el servicio de guardería.	23,9	99,3
E008	Atención a la Salud Reproductiva	11.Tasa de mortalidad materna	Tasa	Anual	Propósito Estratégico	Disminuir a 27,3 número de muertes maternas hospitalarias ocurridas por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio con relación a los nacidos vivos.	ND 1/	ND 1/
		12. Tasa de atención de partos	Tasa	Trimestral	Componente Estratégico	Lograr atender 46,8 partos por cada mil mujeres en edad fértil (15 a 49 años).	48,4	96,6
E009	Prestaciones Sociales Eficientes	13.Afluencia de usuarios de los servicios de fomento a la salud	Porcentaje	Trimestral	Actividad Gestión	Lograr la atención del 25% de los usuarios en los servicios de educación para la salud.	24	96,1
E010	Mejoramiento de unidades operativas de servicios de ingreso	14.Clientes atendidos en Tiendas	Porcentaje	Mensual	Componente Gestión	Incremento en 9,6% los clientes en tiendas, respecto al mismo periodo del año anterior.	-8,3	-86,5
J001	Pensiones en Curso de Pago Ley 1973	15.Oportunidad en el trámite de las pensiones nuevas en la Ley del Seguro Social 1973	Porcentaje	Mensual	Componente Gestión	Tramitar el 90% de los casos presentados para nuevas pensiones, en 21 y 30 días naturales.	88,9	98,8
J002	Rentas Vitalicias Ley 1997	16.Oportunidad en el trámite de las Rentas Vitalicias de la Ley del Seguro Social 1997	Porcentaje	Mensual	Componente Gestión	Tramitar el 90% de los casos presentados, en 21 y 30 días naturales.	92,8	103,1
J004	Pagar oportunamente los subsidios a los asegurados con derecho	17.Oportunidad en el trámite para el pago de las incapacidades nominativas con pago	Porcentaje	Mensual	Componente Estratégico	Tramitar el 98% de los casos nominativos para subsidio, en 7 días naturales.	98,7	100,8

1/ Cifra no disponible por la periodicidad del indicador.

Fuente: IMSS.

Evaluaciones y procesos de mejora

El primer antecedente de estos procesos se dio para el ejercicio 2008, con las observaciones de la SHCP y el CONEVAL a la información incorporada en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH).

A partir de entonces, las diferentes dependencias gubernamentales involucradas en el PbR-SED han efectuado evaluaciones, observaciones y recomendaciones a los programas presupuestarios institucionales. Asimismo, en el periodo que se informa se coordinaron cinco eventos, tres de los cuales tuvieron lugar durante el año 2010 y dos en 2011.

Evaluación específica de desempeño 2009, CONEVAL (agosto 2010)

El Programa Anual de Evaluación 2009 incorporó la evaluación de desempeño del ejercicio 2009 de los programas presupuestarios E001 Atención a la Salud Pública, E002 Atención Curativa Eficiente y E007 Servicios de Guardería.

El número de hallazgos y conclusiones ascendió a once por los tres programas presupuestarios, los cuales se orientan a la mejora e inclusión de indicadores de desempeño, precisiones de la población objetivo, incorporación de información detallada y uso de evaluaciones externas.

La atención de las recomendaciones se dará una vez concluido el proceso de elaboración del mecanismo de seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora que instrumenta actualmente el CONEVAL con el IMSS.

Fortalecimiento del Sistema de Evaluación del Desempeño, SFP-OIC (agosto 2010)

En junio y julio de 2010 se coordinó un grupo de trabajo con el OIC en el IMSS, para revisar la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) de los programas

presupuestarios institucionales, orientada a verificar su diseño y construcción, surgiendo recomendaciones y acciones de mejora.

En este periodo se trabajó con los responsables de los programas presupuestarios E001 Atención a la Salud Pública y E002 Atención Curativa Eficiente, previa a su modificación dentro del proceso presupuestario para 2011.

El universo de recomendaciones fue de 107, de las cuales 34 por ciento fueron catalogadas como procedentes y atendidas por las normativas responsables, observándose principalmente los aspectos metodológicos en la construcción de las matrices, centrando su análisis a la lógica horizontal, es decir, los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos.

Recomendaciones específicas para la Mejora de las MIR, SHCP-CEPAL (agosto 2010)

Para el proceso de actualización y registro de las matrices de indicadores para resultados, la SHCP en colaboración con el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), elaboró recomendaciones específicas a los programas presupuestarios del Instituto, las cuales fueron atendidas directamente en el sistema PASH.

En total se emitieron 203 recomendaciones de las cuales 66 por ciento fueron atendidas, involucrando principalmente aspectos metodológicos en la construcción de las matrices (objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos).

Recomendaciones a Programas Presupuestarios Cuenta Pública 2009, Auditoría Superior de la Federación (enero 2011)

Para la revisión de la Cuenta Pública 2009 la Auditoría Superior de la Federación (ASF) incluyó la Auditoría 1055 de desempeño a los seguros, servicios y prestaciones, la cual centró su análisis y evaluación en las matrices e indicadores de todos los programas presupuestarios asociados a los seguros que administra el IMSS.

El informe de resultados de fiscalización superior de la Cuenta Pública 2009 arrojó un total de 21 recomendaciones al desempeño relacionadas con las matrices e indicadores de los programas presupuestarios, las cuales se encuentran actualmente en proceso de resolución por parte del órgano fiscalizador.

Continuidad de mejoras y modificaciones de agosto 2010, SFP-OIC (febrero 2011)

En seguimiento de los trabajos y reuniones efectuadas en agosto de 2010 con la SFP y el OIC en el IMSS, el 25 y 26 de enero de 2011 se realizó el Taller de asesoría en el diseño e integración de la matriz de indicadores para resultados conforme a la metodología de marco lógico, en el que se revisó la construcción de las matrices de los programas presupuestarios E004 Investigación en Salud en el IMSS, E006 Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales, E009 Prestaciones Sociales Eficientes y E010 Mejoramiento de Unidades Operativas de Servicios de Ingreso.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Evaluación específica de desempeño 2010-2011, CONEVAL

El Programa Anual de Evaluación emitido para el año 2011 no consideró programas presupuestarios a cargo del IMSS para las evaluaciones específicas de desempeño. Sin embargo, con las facultades conferidas al CONEVAL, su Comisión Ejecutiva aprobó incluir en la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011 los programas presupuestarios E001 Atención a la Salud Pública, E002 Atención Curativa Eficiente y E007 Servicios de Guardería.

El programa mencionado considera que el CONEVAL deberá realizar una revisión y aprobación de las MIR de los nueve programas presupuestarios del Instituto registrados como proveedores de bienes y servicios, es decir, en la modalidad tipo "E".

Mecanismo de seguimiento de aspectos susceptibles de mejora, CONEVAL

El mecanismo de seguimiento de aspectos susceptibles de mejora es el proceso en donde las dependencias y entidades de la APF determinan los hallazgos, observaciones o recomendaciones derivados de informes y evaluaciones a los cuales se les dará atención, bajo ciertos criterios de elegibilidad, comprometiéndose a reportar avance e informar sobre su conclusión.

Por primera vez el Instituto ha iniciado este proceso tomando como base los hallazgos y recomendaciones derivados de la evaluación específica de desempeño, realizada por el CONEVAL en 2010. Se tiene previsto concluir en septiembre de 2011.

Resultados y avances de los programas presupuestarios 2011

Como parte del seguimiento y rendición de cuentas del Instituto, se tiene programado presentar al H. Consejo Técnico la segunda y tercera evaluaciones trimestrales durante los meses de agosto y octubre del 2011, documentos que incorporarán los avances que a la fecha presenten los 17 indicadores definidos para su seguimiento, así como su reporte mensual en los sistemas de la SHCP.

Formulación y programación del anteproyecto de presupuesto 2012

Con fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la LSS y el Reglamento de la LFPRH, el Director General presentó en julio 2011 al H. Consejo Técnico el Anteproyecto de Presupuesto de Ingresos y Egresos del IMSS 2012 y el Reporte de la Dirección General. Lo anterior, con la finalidad de que sea aprobado antes de que el Ejecutivo Federal haga llegar a la Cámara de Diputados la iniciativa de Ley de Ingresos y el Proyecto de PEF. En dicho Anteproyecto se integraron los programas, objetivos, metas e indicadores que las normativas definieron conforme los plazos, términos y sistemas determinados por la SHCP para la Administración Pública Federal, de acuerdo con las etapas de formulación.

Nuevo Esquema de Operación Presupuestaria

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Actualmente, el Instituto cuenta con el Sistema de Planeación de Recursos Institucionales denominado PREI-Millennium como la herramienta institucional para

la administración eficiente del ejercicio de los recursos financieros. Este sistema surge como resultado de un proyecto estratégico cuya implantación inició el 1º. de julio de 2004. El PREI está desarrollado en la plataforma de *PeopleSoft de Oracle*.

Actualmente, el Instituto cuenta con el sistema PREI-Millennium, el cual es una herramienta institucional para la administración eficiente del ejercicio de los recursos financieros.

En la etapa inicial del proyecto se implantaron los módulos de Presupuesto, Control de Compromisos, Cuentas por Pagar, Tesorería, Contabilidad, Activo Fijo, Control Presupuestal de Metas, Centros de Costos, Centros de Producción, Información Directiva y Marcador Balanceado. Posteriormente, se integraron Compras e Inventarios de Equipamiento y Mobiliario, de Proyectos de Construcción y el manejo de las Inversiones Financieras.

Para efecto de programación y control del presupuesto se utilizan los módulos de Presupuesto y Control de Compromisos. En el primero se establecen los límites autorizados por el H. Consejo Técnico, brindando accesos a las delegaciones y sus unidades, así como a las áreas normativas, para que adecuen su presupuesto conforme a sus necesidades específicas, con la garantía de respetar los límites. Por otra parte, el módulo de Control de Compromisos es en donde se registra el presupuesto ajustado, para validar dictámenes y comprobantes de pago garantizando de esta manera el respaldo presupuestario de los compromisos y obligaciones de pago a proveedores.

No obstante los beneficios obtenidos con PREI, en 2010 se detectaron áreas de oportunidad y mejora para atender y solucionar la siguiente problemática presentada en la operación cotidiana de la gestión presupuestaria:

- i. Presupuestos "Atrapados": son aquellos presupuestos que se encuentran en los periodos cerrados y que las delegaciones no pueden modificar, a pesar de que en el Control de Compromisos esta disponibilidad se acumula mes a mes.
- ii. Subejercicios Aparentes Recurrentes: en la variación presupuestal, mensual y trimestral correspondiente a las evaluaciones, se observa que los recursos programados no utilizados, son interpretados como subejercicios.
- iii. Inadecuada programación financiera: esto puede interpretarse fácilmente con el amplio margen de variaciones que se observan en la situación presupuestal, sobre todo en los primeros meses del año.
- iv. Generación de Pagos vencidos: la incidencia de esta problemática, pero sobre todo las repercusiones para el Instituto, motiva la inquietud de buscar formas alternativas de operación.

Las nuevas reglas de negocio definidas fueron el manejo de calendarios independientes para el presupuesto de operación y de control de compromisos, así como la flexibilización de los accesos al sistema, este último para adecuaciones en la programación de pago a proveedores, manteniendo requerimientos funcionales tales como: i) no excederse de los límites de presupuesto; ii) agilizar el pago de los compromisos con proveedores; iii) mantener sincronizado el presupuesto en cada uno de los momentos presupuestales, y iv) obtener la información de cada uno de los momentos presupuestales para cumplir con la normatividad de la materia.

Hasta el ejercicio 2010, el esquema de operación del presupuesto consistió en la preparación del sistema PREI-Millennium para la elaboración, modificación y control de los presupuestos de operación y control

de compromisos a través de un solo acceso por parte de los ejecutores de gasto.

El nuevo esquema en operación a partir del ejercicio 2011, separa ambos presupuestos desde su elaboración, por lo que las delegaciones, UMAE y oficinas de administración central entran al sistema de la siguiente manera: en diciembre, para programar las asignaciones de control de compromisos y en enero, para hacer lo correspondiente con las del presupuesto de operación (gráfica I.12).

Para el arranque de esta nueva forma de operar, durante el último trimestre de 2010, se realizaron actividades de difusión, capacitación, modificación normativa y asesoría a nivel nacional. Por otro lado, para 2011 la operación presupuestaria se ha intensificado al modificar la periodicidad del acceso al módulo de control de compromisos, al pasar de trimestral a mensual.

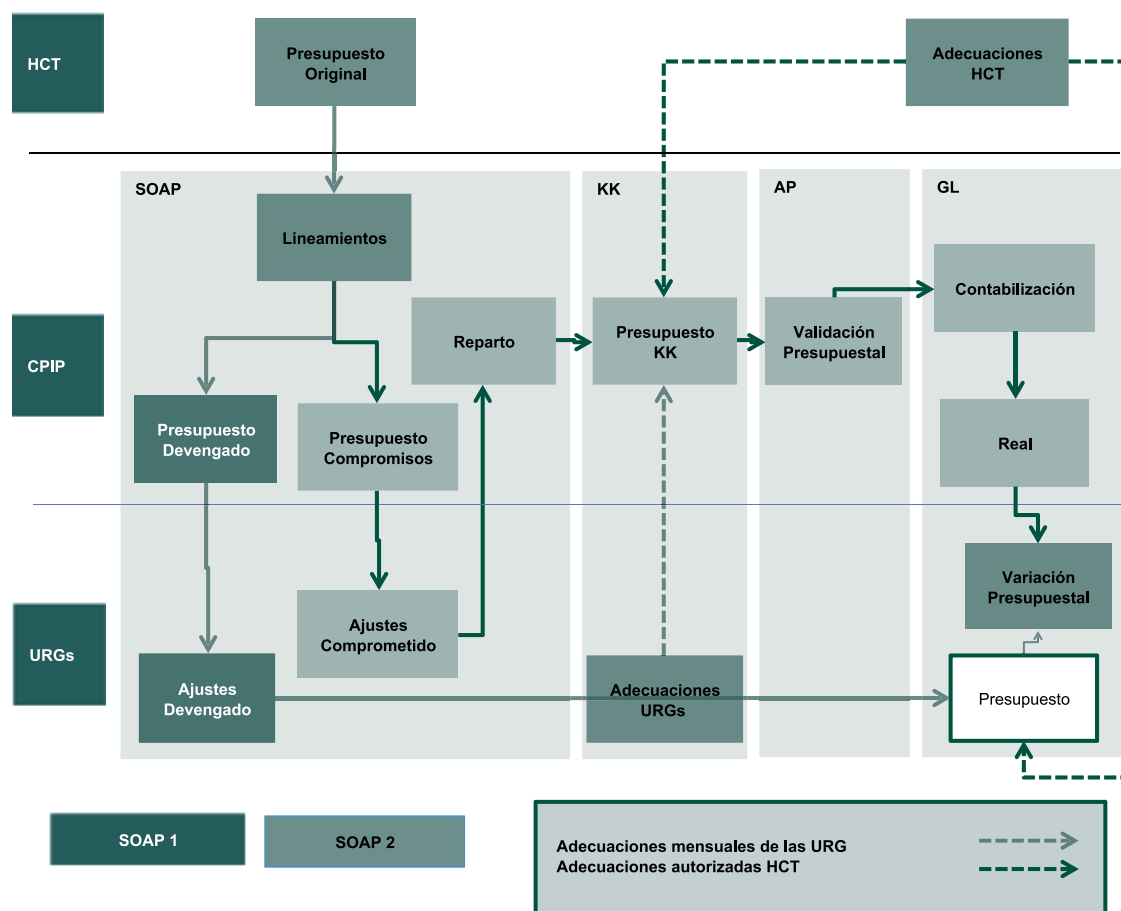
PROGRAMA DE ACTIVIDADES

La consolidación de esta nueva forma de operar el presupuesto en el Instituto, se logrará mediante la intensificación de la capacitación a los ejecutores de gasto en el manejo de dos presupuestos; aunado al monitoreo constante de otros indicadores, por ejemplo, variaciones presupuestarias, pagos vencidos y una mejor programación presupuestaria para 2012.

Derivado de lo anterior, el IMSS realizará los trabajos de migración de la versión 8.8 a la versión 9.1 del Sistema Financiero PREI-Millennium, de los módulos de Presupuesto y Control de Compromisos, para garantizar esta nueva y mejor práctica institucional.

Durante el segundo semestre de 2011 se revisará y actualizará la normatividad relacionada con este cambio operativo, principalmente la Norma de Disposiciones Presupuestarias que aprueba el H. Consejo Técnico del IMSS.

GRÁFICA I.12. NUEVO ESQUEMA DE OPERACIÓN PRESUPUESTARIA



El Presupuesto Comprometido y el Presupuesto Devengado se manejarán por separado y la única sincronización será en montos anuales en los límites presupuestales establecidos.

Presupuesto Control de Compromisos (KK): se tendrá un ajuste anual en el sistema SOAP, se realizarán transferencias a KK, las adecuaciones serán autorizadas por el HCT y se realizarán 11 ajustes mensuales por las URG.

Presupuesto Devengado: se tendrá un ajuste anual en el sistema SOAP, se realizarán las transferencias a Contabilidad y las Adecuaciones serán autorizadas por el HCT.

Fuente: IMSS.

Acuerdos de gestión

Los acuerdos de gestión son una iniciativa enmarcada en el Eje Rector de la Estrategia Institucional dictada por la Dirección General para "mejorar la capacidad de gestión y operación" de las unidades de servicio. Lo anterior, con el objetivo de elevar continuamente la calidad de atención y satisfacer las necesidades de salud de sus derechohabientes.

Considerando que el presupuesto constituye la herramienta financiera más importante para alcanzar mejores y mayores niveles de eficiencia operativa, el

Instituto ha decidido instrumentar acuerdos de gestión como un medio para incentivar la productividad y avanzar hacia un presupuesto basado en resultados.

Acuerdos de Gestión para Incentivar el Programa de Trasplantes

Ante el compromiso de buscar medidas para fortalecer la viabilidad financiera del Instituto, a través de la generación de un gasto más eficiente y transparente, se creó la necesidad de instrumentar estrategias que permitan asignar el presupuesto con base en resultados, en la productividad y el desempeño, así como fortalecer

programas que en un mediano plazo generen ahorros, como es el caso del trasplante renal. Esta estrategia abarca de 2010 a 2012, y su meta es duplicar el número de trasplantes en tres años, con 2,500 trasplantes renales anuales, a partir de 2012.

INFORME DE LABORES DE
MAYO DE 2010 A 2011

A partir de septiembre de 2010, se instrumentó la estrategia de pago de incentivos para el fortalecimiento del trasplante renal, el cual se obtiene por el crecimiento en el número de trasplante y el seguimiento de los pacientes.

Se proporcionó recursos a las UMAE por 38 mdp, destinados al fortalecimiento de las áreas de trasplante renal.

Esta estrategia proporcionó recursos a las UMAE por 38 mdp, destinados principalmente al fortalecimiento de las áreas de trasplante renal. Sin embargo, el acuerdo

otorga autonomía de gestión en la aplicación de estos incentivos. Los logros alcanzados en 2010 se reflejan en la gráfica I.13.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

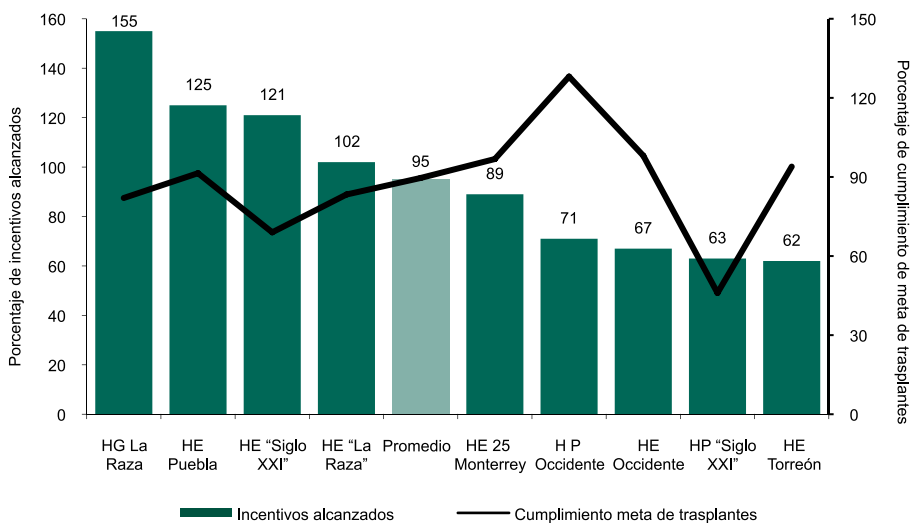
Los Acuerdos de Gestión fueron renovados para 2011 y lo mismo se hará para el 2012, para aquellas UMAE que logren incrementar el número de trasplantes y además que estos sean exitosos. Se considera incorporar cuatro unidades a los Acuerdos de Gestión y dejar fuera a las dos de menor productividad en 2010, colocando la meta de trasplantes en 1,724 para 2011.

Acuerdos de Gestión para el Fortalecimiento
Financiero y Administrativo de las UMAE

INFORME DE LABORES DE
MAYO DE 2010 A 2011

El Reglamento Interior del IMSS (RIIMSS), publicado en el DOF el 18 de septiembre de 2006, reguló por

GRÁFICA I.13. INCENTIVOS CONSEGUIDOS RESPECTO A LO ESPERADO Y CUMPLIMIENTO DE META DE TRASPLANTES POR UMAE (PORCENTAJES)



Fuente: IMSS.

primera vez las facultades y atribuciones de las UMAE, de sus Juntas de Gobierno y de sus Directores.

En dicho Reglamento se confirió a las UMAE la naturaleza de Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada con autonomía de gestión, en los aspectos técnicos, administrativos y presupuestarios.

Para apoyar este propósito, se impulsó la suscripción de Acuerdos de Gestión con las UMAE a fin de fortalecer sus procesos administrativos y presupuestarios. Al mismo tiempo se les otorga gradualmente la autonomía de gestión en estas materias, a la cual accederán con el cumplimiento de los indicadores y metas establecidos.

En principio, se han incorporado a esta iniciativa cinco UMAE: Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (CMN) de Occidente, Hospital de Gineco-Obstetricia 3 del CMN “La Raza”, Hospital de Oncología del CMN “Siglo XXI”, Hospital de Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes”, y Hospital de Especialidades de Puebla.

Los compromisos adquiridos por estas unidades se refieren a aspectos médicos, administrativos, operativos y financieros. Estos últimos tienen como objetivo regular, controlar y apoyar las actividades operativas y directivas de las UMAE, y están referidos al número de cuentas que tuvieron una desviación de entre menos 10 y más 10 por ciento del gasto programado. Fuera del parámetro establecido se considera una baja calidad en la planeación, programación, ejecución y control del presupuesto.

Con el fin de sensibilizar a las unidades médicas sobre el objetivo e importancia de los compromisos financieros, se realizaron visitas a cada una de ellas, en las que se comprometieron a apoyar las tareas de recalendarización del presupuesto de operación y de adopción de mejores prácticas en su ejercicio y control. Además, se visitaron las siguientes unidades que no se han incorporado a esta iniciativa: Hospital General del CMN “La Raza”, Hospital de Gineco-Obstetricia 4 San

Ángel, Hospital de Especialidades y de Pediatría, ambos del CMN “Siglo XXI”.

El sistema de evaluación para el cumplimiento de los Acuerdos de Gestión considera la ponderación de los compromisos, de tal manera que la calificación aprobatoria será de 80 de 100 puntos posibles. Asimismo, la tabla I.36 muestra la comparación de las evaluaciones del mes de marzo y mayo de 2011.

TABLA I.36. COMPARACIÓN DE EVALUACIONES
(MARZO DE 2011-MAYO DE 2011)

UMAE	Marzo	Mayo
Hospital de Pediatría del CMN de Occidente	67.8	90.4
Hospital de Especialidades de Puebla	69.0	77.7
Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 “La Raza”	66.8	83.4
Hospital de Oncología del CMN “Siglo XXI”	48.6	65.2
Hospital de Traumatología y Ortopedia “Lomas Verdes”	65.3	72.5

Fuente: IMSS.

En términos financieros, las UMAE con acuerdo de gestión han solicitado recursos por 116.5 mdp entre los capítulos de materiales y suministros, servicios generales y conservación del presupuesto de control de compromisos.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En lo que resta del ejercicio 2011, se tiene considerado lo siguiente: i) elevar la calidad de la programación presupuestaria de las cinco Unidades incorporadas y el cumplimiento de sus compromisos financieros, por lo que se continuará con el acercamiento a los jefes administrativos y de finanzas, así como propiciar el intercambio de experiencias y buenas prácticas que pudieran adoptar entre sí; ii) se gestionará con las UMAE y las normativas involucradas, el cumplimiento de la cláusula décima quinta del Acuerdo de Gestión para el Fortalecimiento Financiero y Administrativo de las UMAE, que refiere hacer equivalente el presupuesto 2011 al ejercido 2010, para que a más tardar el

mes de agosto cuenten con estos recursos, y iii) se revisarán y determinarán los criterios de selección para la incorporación de las 20 UMAE restantes, así como la resolución de eventualidades operativas que se presenten derivadas del Acuerdo de Gestión.

Obligaciones Reguladas por Normas y Leyes

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

El Instituto en su calidad de entidad de control presupuestario directo, cumple obligaciones establecidas en la normatividad federal, principalmente en el seguimiento y rendición de cuentas del ejercicio presupuestario del IMSS.

En este sentido, durante el periodo que se reporta, se proporcionó información mensual y trimestral sobre el IMSS para los informes respecto a la situación económica, las finanzas y la deuda pública que la SHCP presenta a la H. Cámara de Diputados. Asimismo, se elaboró el Informe de Avance de la Gestión Financiera y la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del Instituto para el ejercicio 2010 y se cumplió con el envío mensual de información financiera, presupuestaria, programática y económica a la SHCP.

En su relación con otras dependencias del Estado, el IMSS coordinó el seguimiento y atención de los Informes de Resultados de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2009 y del Informe de Avance de Gestión Financiera 2010, así como de los informes trimestrales emitidos hasta el mes de diciembre del 2010 por la Auditoría Superior de la Federación. Adicionalmente, elaboró notas y cuadros que conforman el Dictamen Presupuestal para el ejercicio 2010 que emitió el despacho de auditoría externa designado por la SFP.

Se elaboró el Anteproyecto de Presupuesto de Ingresos y Egresos del IMSS del ejercicio 2011, autorizado por el H. Consejo Técnico, la SHCP y la H. Cámara de Diputados, en sus respectivos ámbitos de competencia, publicándose el calendario mensual en términos de flujo de efectivo en el DOF. Asimismo, se distribuyó y comunicó a las Unidades Responsables del Gasto su presupuesto 2011, aprobado por el H. Consejo Técnico, y se presentó a dicho órgano de gobierno las evaluaciones trimestrales señaladas en el Artículo 277 de la LSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para el periodo de mayo a diciembre del 2011 se proporcionará la información mensual y trimestral institucional para los informes sobre la situación económica, las finanzas y deuda pública de los meses de junio a diciembre del 2011, y se publicará la información trimestral en el portal del IMSS. Además, se elaborará el Informe de Avance de Gestión Financiera correspondiente al periodo de enero a junio de 2011; y se proporcionará la información financiera, presupuestaria, programática y económica a través de los sistemas establecidos.

Se elaborarán las propuestas de adecuaciones al presupuesto de ingresos y egresos para su presentación al H. Consejo Técnico y los documentos correspondientes a las evaluaciones trimestrales de junio y septiembre de 2011, así como integrar la formulación del Anteproyecto de Presupuesto de Ingresos y Egresos 2012 del IMSS para aprobación del órgano de gobierno, envío a la SHCP y posterior autorización de la H. Cámara de Diputados.

I.8. EJERCICIO Y REGISTRO DEL GASTO

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

El IMSS efectuó pagos por un importe total de 147,247 mdp, de los cuales 8.97 por ciento fueron a través de cheque, por 13,211 mdp, y 91.03 por ciento vía transferencia electrónica, por 134,035 mdp.

El IMSS efectuó pagos por un importe total de 147,247 mdp.

Dentro del programa de Cadenas Productivas con Nacional Financiera S. A. (NAFINSA), el IMSS publicó 638,070 documentos por un monto de 33,804 mdp en el portal de NAFINSA. De estos documentos se negociaron 168,703 casos por un importe de 14,596 mdp, 26.44 por ciento de los documentos, y 43.18 por ciento del importe pagado, consolidándose como una de las principales Cadenas Productivas del Gobierno Federal.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

El Programa de Actividades contempla las siguientes acciones: i) mantener actualizada la normatividad y las guías funcionales de los módulos de contabilidad, trámite de erogaciones y activos fijos del sistema PREI; ii) preparar y presentar ante la SHCP, los libros diario y mayor, así como el de inventarios y balances, correspondientes al ejercicio de 2010; iii) adecuar el sistema financiero del IMSS (PREI-Millennium) para dar cumplimiento estricto a la nueva Ley General de Contabilidad Gubernamental, implantando el registro del gasto devengado de todos los servicios y bienes adquiridos por el Instituto, y iv) realizar a través de un Proveedor Autorizado de Comprobantes Fiscales

Digitales (PACFD), la obligación institucional de emitir, recibir y almacenar, los diversos Certificados Fiscales Digitales conocidos como "Factura Electrónica".

I.9. ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN DIRECTIVA

La necesidad de disponer de información que permita conocer el escenario actual del Instituto, deriva en la concentración e integración de datos e información institucional relevante para la toma de decisiones, así como para su difusión periódica a través del portal o la Intranet. Dentro de los productos y herramientas actuales se encuentra la Agenda del Consejero, el Reporte de Gestión, el Cubo de Información, el Informe de Población Derechohabiente, la Memoria Estadística y el Modelo de Indicadores de Planeación a través de tableros interactivos (MIP). Lo anterior facilita la integración y validación de diversos informes que por ley el IMSS debe presentar, como el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso (Artículo 273 de la LSS), el Informe de ejecución del Plan Nacional de Desarrollo y el Informe de Gobierno.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Se cumplió con los compromisos de información con el H. Consejo Técnico, mediante la elaboración de tres Reportes de Gestión Institucional y 12 Agendas del Consejero, documentos que contienen información sobre el desempeño y resultados en los distintos ámbitos del quehacer institucional.

Asimismo, se realizaron las siguientes actividades: i) se integró y cargó en el portal IMSS la Memoria Estadística 2010; ii) se consolidó en la Intranet el MIP en sus dos versiones: por Delegación y por Unidad de Información y Centro de Costo. Este último se divide a su vez en dos secciones: Modelo financiero, que permite

el análisis de información financiera por capítulo, cuenta y agrupaciones de ingreso y gasto de acuerdo con Estados Financieros; y el Modelo de servicios, que permite el análisis de servicios médicos, de guarderías, así como comparativos de servicios contra información financiera por unidad de información y centro de costo, y iii) se incorporó en la página de Intranet el Sistema de Evaluación Operativa Integral (SIEVOPIN), la cual es una base de datos a nivel de unidad de información de las áreas administrativa, financiera y médica, que muestra su comportamiento mediante cifras y gráficas y es alimentado por las delegaciones mensualmente en sus distintos indicadores.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para el segundo semestre de 2011 se trabajará en integrar la información proveniente de áreas normativas para la elaboración y publicación del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2010-2011.

Asimismo, se integrará la información para la elaboración y publicación del Informe Financiero y Actuarial.

Continuar la emisión periódica de los distintos reportes y documentos que se preparan para instancias internas y externas, en materia de información directiva, así como el mantenimiento de la base de datos en el Sistema PREI-Millennium.

Mantener la actualización permanente e innovación de la Intranet, para hacer más accesible y de fácil consulta los productos para los usuarios internos del Instituto.

Avanzar en el desarrollo que sustituirá las hojas de cálculo actuales de la Memoria Estadística para su consulta interactiva en alguna de las plataformas informáticas existentes.

I.10. SEGUIMIENTO A LAS OBSERVACIONES DERIVADAS DE AUDITORÍAS PRACTICADAS EN EL IMSS POR ÓRGANOS FISCALIZADORES

En cumplimiento al acuerdo del Comité de Control y Auditoría (COCOA), de diciembre de 2010, así como a los compromisos adoptados en la VI Reunión Nacional de Delegados y Directores de las UMAE de febrero de 2010, se desarrolló un programa para abatir el número de observaciones pendientes, dando prioridad a las de mayor antigüedad.

En abril de 2010 se celebraron reuniones entre las delegaciones, las UMAE y las Áreas de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del OIC en el Instituto (AAQR), en las que se revisaron 576 observaciones. Como resultado de estas reuniones, al término del segundo trimestre de 2010 se solventaron todas las observaciones que se tenían pendientes del 2006 y se redujo el número de las observaciones de los años de 2007 y 2008 en las delegaciones, al pasar de 223 al primer trimestre de 2010, a 112 al finalizar el segundo trimestre del mismo año.

Se redujo el número de las observaciones de los años de 2007 y 2008 en las delegaciones, al pasar de 223 al primer trimestre de 2010, a 112 al finalizar el segundo trimestre del mismo año.

Con el objetivo de continuar apoyando la solventación de observaciones, en agosto del 2010, se convocaron ocho reuniones de trabajo para revisar las 112 observaciones pendientes de los años 2007 y 2008. Como resultado de dichas reuniones quedaron pendientes de solventar, al tercer trimestre de 2010, 13 observaciones del 2007 y 40 del 2008. Cabe señalar que se dio seguimiento a los compromisos generados en

dichas reuniones, lo que permitió que al final del primer trimestre del 2011, ya no se tuvieran observaciones pendientes del 2007 en delegaciones, y sólo quedarán siete del 2008.

La tabla I.37 muestra que en el año 2010 se generaron 903 observaciones, de las cuales 604 correspondieron a delegaciones y 299 a nivel central. En este ejercicio se atendieron 1,495 observaciones (1,205 en delegaciones y 290 a nivel central), por lo que el saldo final del año 2010 fue de 710 observaciones (525 en delegaciones y 185 a nivel central).

Cabe destacar que el número de observaciones pendientes se redujo considerablemente, comparándolo con los años anteriores (tabla I.38).

En la VII Reunión Nacional de Delegados y Directores de UMAE celebrada en noviembre de 2010 se adoptó el acuerdo para abatir definitivamente las observaciones de los años 2007 y 2008, así como reducir sustancialmente las de 2009. Para dar cumplimiento a dicho acuerdo, se solicitó a las 35 delegaciones y a las 25 UMAE la información referente a las observaciones pendientes de solventar al 31 de marzo del presente año. Esta misma información se solicitó a las Direcciones Normativas a nivel central. Asimismo, se organizó una nueva ronda de reuniones en el mes de mayo del 2011, convocándose a 13 delegaciones en donde se analizaron las observaciones pendientes del ejercicio 2009, y las observaciones determinadas en el tercer trimestre de 2010, referente al tema de farmacias.

TABLA I.37. INVENTARIO DE OBSERVACIONES
(NÚMERO DE OBSERVACIONES, 2010)

	Saldo al 31 de diciembre de 2009	Solventadas	Generadas	Saldo al 31 de diciembre de 2010
Delegaciones	1,126	1,205	604	525
Nivel Central	176	290	299	185
Total	1,302	1,495	903	710

Fuente: IMSS.

TABLA I.38. INVENTARIO DE OBSERVACIONES PENDIENTES AL CUARTO TRIMESTRE
(NÚMERO DE OBSERVACIONES, 2006-2010)

	Saldo al cuarto trimestre de 2006	Saldo al cuarto trimestre de 2007	Saldo al cuarto trimestre de 2008	Saldo al cuarto trimestre de 2009	Saldo al cuarto trimestre de 2010
Total	1,293	1,714	1,521	1,302	710

Fuente: IMSS.

Estas reuniones se celebraron del 23 al 30 de mayo de 2011, y se revisaron 71 observaciones del 2009, 121 del tema de farmacias y 14 de otros años y temas, generándose 189 acuerdos.

La tabla I.39 muestra que en el primer trimestre de 2011 se determinaron 628 observaciones (461 en delegaciones y 167 en nivel central), lo que ocasionó que el número de observaciones pendientes se incrementara de 710 al finalizar el 2010, a un total de 1,123 al término de este primer trimestre de 2011. Si bien con el programa de abatimiento se ha reducido considerablemente la antigüedad de las observaciones sin solventar, se tiene que generar paralelamente, una estrategia que nos permita contener su crecimiento cuantitativo.

En la gráfica I.14 se detalla la distribución de las observaciones al primer trimestre de 2011 por delegaciones.

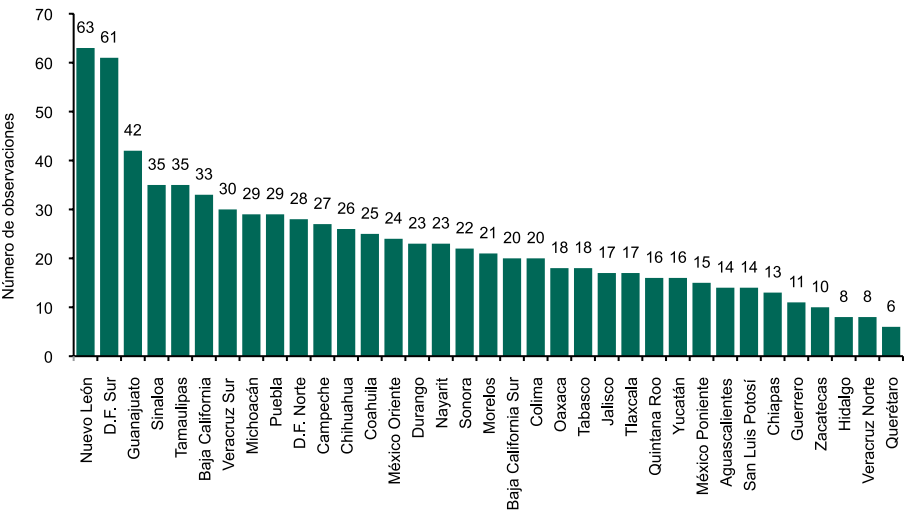
La firma Mancera S. C., designada por la SFP como auditor externo para dictaminar los estados financieros de 2009, determinó cuatro salvedades que de manera sintética se exponen a continuación: i) falta de soporte de los saldos iniciales del balance general; ii) indebida clasificación de las obras en proceso por un monto de 10,745 mdp, así como la falta de conciliación con los registros contables; iii) al 31 de diciembre de 2009 se tenía un importe de documentos y otras cuentas por cobrar de 892 mdp, correspondientes a cuentas por liquidaciones contractuales en litigios y por laudos, y iv) se tenía un saldo por cobrar de 592 mdp con Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C. V., monto que

TABLA I.39. INVENTARIO DE OBSERVACIONES
(NÚMERO DE OBSERVACIONES, PRIMER TRIMESTRE DE 2011)

	Saldo al cuarto trimestre de 2010	Solventadas	Generadas	Saldo al primer trimestre de 2011
Delegaciones	525	169	461	817
Nivel Central	185	46	167	306
Total	710	215	628	1,123

Fuente: IMSS.

GRÁFICA I.14. INVENTARIO DE OBSERVACIONES EN DELEGACIONES AL PRIMER TRIMESTRE DEL 2011
(INCLUYE UMAE)



Fuente: IMSS.

al no tenerse la certeza de su recuperabilidad, debía ser aprovisionado en la contabilidad institucional.

En cuanto a la atención de estas salvedades, el despacho Prieto, Ruiz de Velazco y Cía. S. C., designado como auditor externo por la SFP para dictaminar los estados financieros del ejercicio 2010, ya no reiteró las salvedades i) y iv), señaladas por el anterior auditor externo, por estimarlas atendidas. Al respecto, analizó la integración de todas las cuentas al 31 de diciembre del 2009, la información relativa a saldos iniciales 2010 de Inversiones Financieras; las Cuentas por Cobrar; las cuentas de Activo Fijo, y las Cuentas por Pagar, concluyendo que dichas cifras iniciales eran razonables. En cuanto a la salvedad iv), el Instituto registró en el mes de marzo de 2010 la reserva correspondiente al saldo por cobrar, por 592 mdp, a Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C. V., con lo cual se atendió esta salvedad.

Asimismo, la firma Mancera S.C. determinó 60 observaciones a los estados financieros de 2009. En el seguimiento a estas observaciones, el OIC en el IMSS reportó, con corte al 31 de marzo del 2011, que se habían solventado 40 de dichas observaciones, quedando pendientes 20.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En la VIII Reunión Nacional de Delegados y Directores de UMAE celebrada en mayo de 2011 se adoptó el acuerdo para que se emita en julio de 2011 un diagnóstico sobre las causas que ocasionan la determinación de observaciones y su recurrencia. Este diagnóstico es parte de la estrategia de contención en el crecimiento de las observaciones, y tendrá como propósito señalar los problemas en la normatividad, en los procesos y en los controles, que ocasionan la generación de observaciones.

En el mes de septiembre de 2011 se convocará a una ronda de reuniones, donde se analizarán las observaciones a nivel central en las observaciones del

ejercicio 2009 y anteriores, y las observaciones en materia de obra pública.

Asimismo, se tiene contemplada una ronda de reuniones con delegaciones y UMAE en septiembre, para revisar las observaciones pendientes del 2010 y las que se determinaron en el primer trimestre de 2011 en el tema de ingresos.

Por otra parte, se establecerán indicadores para medir el desempeño de las delegaciones y UMAE en la determinación y solventación de observaciones.

Incorporación y Recaudación

En el periodo que cubre este Informe, la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) continuó aplicando diversas estrategias destinadas a incrementar la afiliación de trabajadores, fortalecer la estrategia de fiscalización y reducir la cartera en mora a fin de aumentar la recaudación de ingresos obrero-patronales. Lo anterior se ha logrado mediante el otorgamiento de facilidades administrativas a los patrones y demás sujetos obligados para el cumplimiento voluntario de sus obligaciones, la realización de acciones para optimizar la gestión en materia de fiscalización y cobranza, la aplicación permanente de mejoras a la normatividad y la implementación de nuevos sistemas de información integrales.

II.1. EMISIÓN MENSUAL ANTICIPADA

La Emisión Mensual Anticipada (EMA) contiene las propuestas para el pago de las COP determinadas con base en el número de cotizantes afiliados ante el Instituto, su salario base de cotización (SBC) y el número de días trabajados. Por lo tanto, el análisis de su evolución refleja la dinámica de la situación económica nacional, su impacto en el empleo y los salarios, así como los esfuerzos que realiza el Instituto para incrementar la cobertura de la seguridad social.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Cotizantes

Como resultado de la recuperación económica observada durante 2010, en dicho año se registraron en promedio 14'402,235 cotizantes, cifra superior en 4.01 por ciento a la registrada durante 2009. Las tasas de crecimiento anual de los cotizantes presentaron signos positivos a partir de febrero de 2010, y alcanzaron su máximo en los meses de noviembre de 2010 a enero de 2011, con tasas que alcanzaron 5.7 por ciento anual.

A partir de febrero de 2011 se presentó una desaceleración en el ritmo de crecimiento económico, con lo cual durante el periodo de enero a mayo de 2011, el promedio de cotizantes registrados, 14'822,553, fue superior en 4.79 por ciento al promedio observado en el mismo lapso del año anterior.

De enero a mayo de 2011, el promedio de cotizantes registrados fue de 14'822,553, cifra superior en 4.79 por ciento al promedio registrado en el mismo lapso del año anterior.

Salario base de cotización

Durante 2010, el SBC promedió 239.16 pesos, cifra 3.24 por ciento superior a la registrada en el año anterior. La tasa de crecimiento del SBC durante 2010 se vio afectada por el impacto que tuvo el proceso de recuperación económica sobre los cotizantes de mayores salarios, principalmente.

A partir de marzo de 2011 se observó una recuperación en el ritmo de crecimiento del SBC, con lo cual en el periodo de enero a mayo de 2011 se alcanzó un valor promedio de 249 pesos diarios, lo que representa un incremento de 4.20 por ciento respecto del valor del indicador en el mismo periodo del año previo.

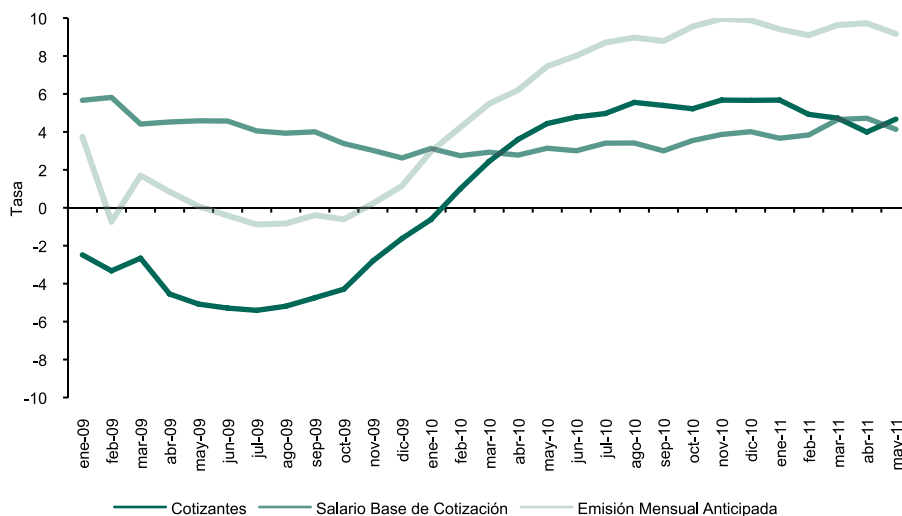
A partir de marzo de 2011 se observó una recuperación en el ritmo de crecimiento del SBC, alcanzándose de enero a mayo de 2011 un valor promedio de 249 pesos diarios.

Emisión Mensual Anticipada

La evolución de los cotizantes y del SBC ha impactado favorablemente en las tasas de crecimiento anual de la EMA. Al cierre de 2010 el importe acumulado de la EMA ascendió a 155,424.5 mdp, cifra superior en 7.54 por ciento a la observada en 2009.

De enero a mayo de 2011, la EMA alcanzó los 68,769.3 mdp, monto superior en 9.41 por ciento al registrado en el mismo periodo del año anterior. La disminución gradual en el ritmo de crecimiento de los cotizantes se ha compensado con la recuperación registrada en el SBC (gráfica II.1).

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



Fuente: IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

La meta autorizada por el H. Consejo Técnico del IMSS para 2011 es de 14'617,121 cotizantes registrados en promedio. Esto representa un incremento de 1.49 por ciento respecto al dato observado al cierre de 2010. Por su parte, la meta del SBC es de 244.05 pesos diarios, cifra superior en 2.04 por ciento al promedio de 2010. En el caso de la EMA, se considera una cifra acumulada de 161,064.1 mdp, monto superior en 3.63 por ciento al del año precedente.

II.2. META DE RECAUDACIÓN

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

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

El H. Consejo Técnico autorizó para 2010 una meta inicial de recaudación de ingresos obrero-patronales de 153,327.2 mdp. Posteriormente, ante el cambio favorable en las expectativas de ingresos por el mayor número de cotizantes registrados durante el año, autorizó modificaciones a la meta de recaudación en las evaluaciones trimestrales.

En la evaluación del primer trimestre se autorizó un aumento de 500 mdp en la meta de ingresos, en la segunda, uno de 1,500 mdp y finalmente, en la tercera evaluación, se determinó un incremento de 4,508 mdp (tabla II.1).

La recaudación registrada en Cuenta Pública al cierre de 2010 fue de 159,660.5 mdp, lo que representó un cumplimiento de 101.2 por ciento de la meta de la tercera evaluación y generó un excedente de 1,825.3 mdp respecto a esta meta modificada.

TABLA II.1. META DE INGRESOS 2010^{1/}
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	Monto	Variación respecto a la meta original
Original Ley de Ingresos	153,327.2	
Primera evaluación (abril)	153,827.2	500.0
Segunda evaluación (julio)	154,827.2	1,500.0
Tercera evaluación (noviembre)	157,835.2	4,508.0
Cuenta Pública	159,660.5	6,333.3

^{1/} No incluye las cuotas del IMSS como patrón.
Fuente: IMSS.

A mayo de 2011 se registraron contablemente ingresos obrero-patronales por un monto de 70,882.4 mdp sin incluir al IMSS como patrón, cifra que representa un aumento en términos reales de 7.40 por ciento con respecto a los observados durante el mismo periodo del año previo (tabla II.2).

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

El H. Consejo Técnico autorizó para 2011 una meta anual de recaudación de 163,799.5 mdp, lo cual

representa 2.59 por ciento por encima a la registrada al cierre del ejercicio de 2010, es decir, 4,139 mdp adicionales. Ante la evolución favorable en los cotizantes y el SBC, el H. Consejo Técnico autorizó en la revisión de la primera evaluación un incremento en la meta de COP en efectivo por 3,565.2 mdp, con lo que la meta anual de ingresos obrero-patronales se incremento a 167,364.6 mdp, cifra 4.83 por ciento superior a la del cierre de 2010 (tabla II.3).

La recaudación obrero-patronal al cierre de 2010 fue de 159,660.5 mdp, en tanto que de enero a mayo de 2011 estos ingresos alcanzaron un monto de 70,882.4 mdp, lo que representa un incremento de 7.4 por ciento con respecto al mismo periodo de 2010.

TABLA II.2. INGRESOS OBRERO-PATRONALES A MAYO DE 2011^{1/}
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	2010	HCT	Primera Evaluación	2011	Variación real anual (porcentaje)	Cumplimiento de la meta (porcentaje)
Cuotas en Efectivo	62,737.5	65,150.6	67,871.5	69,662.9	7.4	102.6
Capitales Constitutivos	30.7	34.1	34.1	49.4	55.5	145.0
Multas	217.3	214.0	214.0	203.2	-9.6	95.0
Recargos Moratorios	311.0	282.1	282.1	233.1	-27.5	82.6
Actualizaciones	68.0	70.7	70.7	262.1	272.9	370.5
Gastos por Ejecución	116.0	120.3	120.3	116.9	-2.5	97.1
Comisiones de Afore e Infonavit	346.4	366.4	366.4	354.7	-1.0	96.8
Total Ingresos	63,826.8	66,238.2	68,959.1	70,882.4	7.4	102.8

^{1/} No incluye las cuotas del IMSS como patrón.
Fuente: IMSS.

TABLA II.3. META DE INGRESOS 2011^{1/}
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	Monto	Variación respecto a la meta original
Original (Ley de Ingresos)	163,799.5	-
Primera evaluación (abril)	167,364.6	3,565.2

^{1/} No incluye las cuotas del IMSS como patrón.
Fuente: IMSS.

II.3. INCORPORACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE EMPRESAS

Durante el periodo que cubre este Informe se han realizado esfuerzos en materia de incorporación y clasificación de empresas para incrementar la calidad e integridad de la información institucional de patrones y derechohabientes, para lo cual se ha continuado con los procesos de análisis y mejora de la información contenida en las bases de datos institucionales. Entre las mejoras conseguidas se encuentra la incorporación de información clave para la identificación plena de patrones y asegurados, como son el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) y la Clave Unica de Registro de Población (CURP). Asimismo, se amplió significativamente la cobertura del Sistema de Acceso a los Derechohabientes (AcceDer) y se mejoró el marco normativo en materia de afiliación y clasificación de empresas.

El IMSS realiza esfuerzos en materia de incorporación y clasificación de empresas para incrementar la calidad e integridad de la información institucional de patrones y derechohabientes.

TABLA II.4. PADRÓN DE ASEGURADOS QUE CUENTAN CON CURP
(MILLONES DE PERSONAS AL 31 DE MAYO DE 2011)

Concepto	Total	Con CURP	Porcentaje con CURP
Asegurados	20.1	17.0	84.8
Familiares de Asegurados	17.6	11.9	67.8
Pensionados	2.6	2.0	79.6
Familiares de Pensionados	2.5	0.9	38.2
Total	42.7	31.9	74.8

Fuente: IMSS.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Calidad e integridad de las bases de datos institucionales

Se ha dado continuidad al proceso de identificación e incorporación del RFC y la CURP en la base de datos de patrones, con lo que se registra un avance sustancial. A mayo de 2011, 96.9 por ciento del total de patrones vigentes cuentan con información de RFC y 94.5 por ciento de los patrones personas físicas cuentan con información de la CURP.

Con relación al Padrón de Asegurados, a mayo de 2011 cuentan con CURP 84.8 por ciento de los 20.1 millones de asegurados únicos vigentes; 67.8 por ciento de los 17.6 millones de beneficiarios de asegurados vigentes; 79.6 por ciento de los 2.6 millones de pensionados vigentes, y 38.2 por ciento de los 2.5 millones de beneficiarios de pensionados vigentes (tabla II.4).

Registro de derechohabientes en la UMF

El Sistema de Acceso a los Derechohabientes opera, al cierre de mayo de 2011, en 1,231 de las 1,237 UMF, con lo que se alcanzó una cobertura de 99.5 por ciento, mientras que a mayo de 2010 se tenía 86.6 por ciento de cobertura. El proceso de certificación de la vigencia de derechos es más eficiente, al realizarse en línea y al incorporar la CURP para beneficiarios y la elección de médico, con lo que se mejora la atención a los derechohabientes.

Clasificación de empresas

El Catálogo de Actividades para la Clasificación de Empresas en el SRT, vigente desde 2002, es la base para determinar la clase de riesgo en que se ubican las empresas en función de su actividad económica. Para determinar con mayor precisión la clasificación de las empresas y con ello las clases de riesgo que efectivamente representan las actividades que éstas desarrollan, durante el lapso que se informa se continuó avanzando en el estudio para su actualización, tomando como referencia el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN).

Al mes de mayo de 2011 se cuenta ya con la versión del Nuevo Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el SRT, misma que se encuentra en proceso de revisión técnica por las áreas competentes del IMSS, así como con las equivalencias entre ambos clasificadores, aspecto fundamental para facilitar la transición al Nuevo Catálogo de Actividades Económicas.

Determinación de la Prima en el SRT

Con relación a la presentación de la Determinación de la Prima en el SRT correspondiente a la revisión de la siniestralidad del ejercicio 2010, a mayo de 2011

se recibieron 430,989 declaraciones. De este total, 250,298 declaraciones fueron presentadas vía Internet y 180,691 en las ventanillas de las subdelegaciones del Instituto.

Durante el proceso de Determinación de la Prima en el SRT se emitieron un total de 164,387 resoluciones por concepto de rectificación y determinación de la prima, cifra 5.9 por ciento superior respecto a las resoluciones emitidas en 2010, además de 30,418 multas a patrones omisos o con datos incompletos.

Cabe destacar que el Instituto ha continuado con sus acciones tendientes a incentivar el cumplimiento de esta obligación patronal, mediante el diseño y la ejecución de una estrategia de comunicación interna e implementando acciones de promoción a cargo de las unidades administrativas, las cuales están orientadas a los patrones obligados a presentar su Determinación; de estos, 97.2 por ciento cumplió con la presentación de la misma.

Se emitieron 164,387 resoluciones por concepto de Rectificación y Determinación de la Prima del SRT de enero a mayo de 2011, esta cifra es 5.9 por ciento superior a la emitida durante el mismo periodo de 2010.

Trabajadores eventuales del campo

El 24 de julio de 2007 se publicó en el DOF el "Decreto por el que se otorgan beneficios fiscales a los patrones y trabajadores eventuales del campo", cuya vigencia se ha prorrogado en tres ocasiones. La primera prórroga se concedió el 24 de enero de 2008; la segunda, el 30 de diciembre del mismo año; en tanto, la tercera se dio el 28 de diciembre de 2010. Esta última vence el 31 de diciembre de 2012.

El Decreto exime parcialmente a los patrones del campo, así como a los trabajadores eventuales del campo, de la obligación de pagar las COP hasta por un monto equivalente a la diferencia que resulte entre las cuotas que se calculen conforme al SBC respectivo y las que resulten de considerar 1.68 veces el salario mínimo general del área geográfica que corresponda, siempre y cuando el SBC sea superior a 1.68 veces el salario mínimo general.

Al respecto, cabe señalar que el 21 de septiembre de 2007 el IMSS publicó en el DOF las reglas para la aplicación del Decreto, las cuales facilitan la afiliación de los trabajadores eventuales del campo, amplían el periodo de presentación de los registros de inscripción, hasta los primeros ocho días del mes siguiente, y establecen el esquema de acceso a los servicios médicos y de guarderías en el periodo previo a la presentación del aviso de inscripción del trabajador.

Incentivos al cumplimiento voluntario

En el marco del Convenio de Colaboración Administrativa, firmado el 7 de septiembre de 2010 entre el Servicio de Administración Tributaria (SAT) y el IMSS, el Instituto se comprometió a reconocer la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) expedida por el SAT, como medio de autenticación en las transacciones llevadas a cabo por los patrones. El reconocimiento de la FIEL por parte del Instituto, en vigor a partir de enero de 2011, simplifica los trámites que tienen que realizar los patrones ante distintas instancias administrativas. Esta simplificación adquiere mayor relevancia debido a la ampliación de la vigencia de la Fiel a un periodo de cuatro años. Esta medida forma parte de las disposiciones administrativas incorporadas en el Decreto del 30 de junio de 2010 relativo a diversas facilidades administrativas. En conjunto, estas disposiciones reducirán los costos administrativos de las empresas y promoverán un mayor cumplimiento de las obligaciones patronales en materia de seguridad social.

Ahora el IMSS reconoce la FIEL como medio de autenticación para simplificar los trámites y reducir los costos administrativos.

El Instituto ha impulsado la operación del portal <http://www.tuempresa.gob.mx>, por medio del cual los empresarios pueden dar inicio al trámite del registro patronal ante el IMSS. Adicionalmente, se ha continuado incentivando la utilización de herramientas tecnológicas para la realización de transacciones electrónicas con el Instituto. A través del sistema IMSS Desde Su Empresa (IDSE) se ha facilitado a los patrones la administración de la información requerida para el pago de las contribuciones de seguridad social. Por medio del Sistema Único de Autodeterminación (SUA) se ha posibilitado la autodeterminación electrónica de las mismas.

El Instituto ha impulsado la operación del portal <http://www.tuempresa.gob.mx>, por medio del cual los empresarios pueden dar inicio al trámite del registro patronal ante el IMSS.

Durante 2010, del total de los movimientos afiliatorios presentados ante el Instituto 92.9 por ciento se realizaron vía el sistema IDSE. Durante el mismo año, un promedio de 141,079 patrones realizaron mediante el portal bancario pagos correspondientes a 8.1 millones de cotizantes. El importe pagado ascendió a 74.8 miles de millones de pesos, lo que significó 46.9 por ciento de la recaudación por ingresos obrero-patronales. La utilización de IDSE y del SUA ha permitido a las empresas reducir sus costos de operación, al utilizar medios electrónicos y contar con mayor seguridad para la realización de sus transacciones en materia de seguridad social.

Actualización del marco normativo

El 14 de diciembre de 2010 se publicó en el DOF el Acuerdo del H. Consejo Técnico, en el que se aprobó la utilización de la FIEL y el certificado digital expedidos por el SAT, así como los lineamientos para la adopción de esta Firma en los trámites electrónicos o actuaciones electrónicas ante el Instituto.

También se actualizaron nueve procedimientos en materia de clasificación de empresas y vigencia de derechos. Destacan los relativos a la emisión de multas a patrones omisos, la solicitud de autorización permanente para rechazar o suspender servicios en circunscripciones foráneas, el cambio de UMF y la certificación del derecho a la pensión de los seguros de RT, Invalidez y Vida y RCV.

Capacitación y formación de recursos humanos

Durante el periodo que abarca este Informe, 104 personas recibieron capacitación en materia de incorporación. Los temas que se abordaron en las sesiones de capacitación fueron, entre otros: registro patronal inicial e inscripción al SRT utilizando la FIEL y vía el portal *www.tuempresa.gob.mx*, Registro Patronal Único, asignación de Número de Seguridad Social (NSS), corrección de datos de asegurados, duplicidades y homonimias, consulta de movimientos afiliatorios, Seguro de Salud para la Familia, Seguros Voluntarios, Seguro para Estudiantes, Trabajadores Eventuales del Campo y Productores de Caña de Azúcar, y convenios con Entidades de la Administración Pública contemplados en la fracción V del Artículo 13 de la LSS. La capacitación en estas áreas contribuyó a actualizar y ampliar el conocimiento del personal que trabaja en las subdelegaciones del Instituto.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Calidad e integridad de las bases de datos institucionales

Entre junio y diciembre de 2011, la DIR dará continuidad a un conjunto de acciones encaminadas a mejorar la calidad e integridad de las bases de datos del Instituto. Entre estas acciones destaca la incorporación del RFC y la CURP resultantes de confrontar la información del Instituto, y otras bases externas, con las bases de datos del SAT y del Registro Nacional de Población (RENAPO). También se seguirá con la aplicación de criterios automatizados para la solución de inconsistencias de datos, así como con la puesta en práctica de reglas para la limpieza a los padrones de patrones y derechohabientes. Todas estas acciones coadyuvarán a promover la actualización de las bases de datos institucionales.

Complementariamente, se modificará el trámite de Alta Patronal e Inscripción en el SRT, para que los patrones que son personas físicas puedan efectuar su registro vía Internet, sin que se requiera su presencia ante la subdelegación u oficinas administrativas del Instituto.

Registro de derechohabientes en la UMF

En el marco del proceso de credencialización de los derechohabientes, que se lleva a cabo dentro del Programa de Modernización para la Administración de Derechohabientes y las Prestaciones del IMSS (PROMADYP), se continuará avanzando durante el periodo de junio a diciembre de 2011 en la integración de los datos de los derechohabientes al proyecto de la base de datos única del Sistema de Información de Incorporación y Recaudación.

Clasificación de empresas

El programa de actividades incluye continuar con el seguimiento a la aplicación de las disposiciones normativas emitidas por el Instituto, especialmente las referidas a la actualización de la clasificación de las empresas en el SRT (Programa de Actualización de la Clasificación, PAC), las prestadoras de servicios de personal y los registros patronales por clase. De igual forma, se seguirá con las acciones de mejora en materia de clasificación de empresas, particularmente en los trámites de modificaciones a la inscripción patronal inicial y SRT.

Con relación al Nuevo Catálogo de Actividades para la Clasificación de las Empresas en el SRT, se finalizarán las etapas de revisión técnica, adecuación de aspectos normativos y sistemas informáticos, para realizar el proceso de autorización y posteriormente implementar su liberación.

Determinación de la Prima del SRT

Entre junio y diciembre de 2011 se iniciará el proceso de revisión de la fórmula para calcular la Prima del SRT, con el fin de determinar si ésta debe modificarse para restituir o mantener el equilibrio financiero en dicho seguro.

Con el propósito de contar con información que refleje los movimientos patronales ocurridos con posterioridad al proceso de Determinación de la Prima en el SRT, cuyos resultados generales se denominan Información Básica Anual de Riesgos de Trabajo (IBART), se gestionará la implantación de los mecanismos informáticos necesarios para que dichos movimientos patronales sean susceptibles de actualizarse. También se pretende concentrarlos en un repositorio que contenga, para cada registro patronal, la secuencia cronológica correspondiente, esto es, movimientos que originen un cambio de clase, fracción y/o prima, con lo cual se podrá

realizar un mejor análisis en materia de clasificación de empresas y Determinación de la Prima en el SRT.

II.4. REDUCCIÓN DE CARTERA EN MORA

Para mejorar la gestión de la cartera en mora, revertir su crecimiento y asegurar la correcta aplicación de los criterios normativos en los procedimientos operativos en la materia, las acciones que ha desarrollado la DIR se han dirigido a hacer más eficientes los mecanismos de cobro, asegurar la correcta identificación y clasificación de los créditos, automatizar los procesos, revisar el marco jurídico y el sustento legal de las acciones de cobranza.

Se han mejorado los mecanismos de cobro a través de la correcta identificación y clasificación de los créditos, la automatización de procesos y el fortalecimiento del marco jurídico.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Emisión y reposición de créditos fiscales

Para dar mayor sustento jurídico a los derechos de cobro del Instituto, ampliar la certidumbre de los patrones respecto de los actos emitidos por el IMSS y reducir la interposición de recursos de inconformidad y juicios sobre la procedencia legal de las multas por no pago, en el lapso que se informa se continuó aplicando la Emisión de Créditos Fiscales a Patrones Omisos (ECO). Asimismo, se siguió aplicando la ECO estratégica, mediante la cual se promueve el pago oportuno de los créditos fiscales de los patrones con base en su historial de incumplimiento de pago.

Clasificación de la cartera

Con base en el procedimiento para la recuperación de créditos fiscales enviados y recibidos en procuración de cobro y la herramienta de gestión denominada Informe de Créditos Enviados y Recibidos en Procuración de Cobro (ICERP), una parte sustancial de los ingresos obtenidos por las delegaciones emisoras son reasignados contablemente a las delegaciones que realizan el esfuerzo de cobranza y consiguen la recuperación de los referidos créditos. Durante 2010 se recaudaron 35.11 mdp y se reasignaron 24.57 mdp, mientras que en los meses de enero a mayo de 2011 se recaudaron 16.83 mdp y se reasignaron 11.78 millones de pesos.

Acciones de cobranza

Se ha continuado con la aplicación de un programa de trabajo específico para mejorar la recuperación de la cartera. Este programa estableció acciones para la clasificación y reordenamiento de la cartera, la sustitución de adeudos basados en propuestas, el impulso al embargo de depósitos en cuentas bancarias y el procedimiento para la determinación de capitales constitutivos.

En el periodo de mayo de 2010 a mayo de 2011 se continuó trabajando en el diseño y desarrollo del Sistema de Pago Referenciado (SIPARE), mediante el cual se facilitará el proceso de pago de los patrones vía Internet. En el lapso indicado se concluyó el análisis y definición de los procesos del sistema, se avanzó en su construcción, en la definición de su alcance final y se realizaron las primeras pruebas funcionales.

De conformidad con lo previsto en el segundo párrafo del Artículo 291 de la LSS, y con el fin de impulsar la enajenación de los bienes adjudicados al

Instituto derivado de la aplicación del Procedimiento Administrativo de Ejecución (PAE), las Direcciones Jurídica, de Administración y Evaluación de Delegaciones, y de Incorporación y Recaudación, concluyeron la elaboración del proyecto de Reglamento de la LSS en Materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con Motivo de la Aplicación del PAE. La aplicación del referido Reglamento coadyuvará a mejorar la administración de los bienes adjudicados al IMSS y a solventar la saturación de las bodegas de las subdelegaciones del Instituto.

Incentivos al cumplimiento voluntario

La dispensa de garantía del interés fiscal para la autorización de solicitudes de pago a plazos, tanto en parcialidades como en forma diferida, establecida mediante acuerdos del H. Consejo Técnico del IMSS, ha sido una herramienta eficaz para promover la regularización de la situación fiscal de los patrones que desean poner al corriente sus adeudos, pero que no cuentan con los recursos para cumplir el requisito que establece el Artículo 141 del Código Fiscal de la Federación. Por ello, durante el periodo que cubre este Informe se continuó beneficiando a los patrones con esta facilidad administrativa.

La dispensa de garantía del interés fiscal ha favorecido que los patrones que desean regularizar su situación fiscal se pongan al corriente en sus adeudos.

Durante 2010 se formalizaron 1,548 convenios de pago por un monto de 208.2 mdp. Durante el periodo enero a mayo de 2011 se formalizaron 538 convenios de pago por un monto de 40.7 millones de pesos (tabla II.5).

TABLA II.5. CONVENIOS DE PAGO EN PLAZOS
(MILLONES DE PESOS)

Año	Convenios	Monto en convenios	Mora	Porcentaje del total
2009	1,680	127.7	16,379.7	0.8
2010	1,548	208.2	17,425.0	1.2
2011 ^{1/}	538	40.7	17,685.1	0.2

^{1/} Enero a mayo.

Fuente: IMSS.

Con la publicación del Artículo 16 apartado C de la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) para el Ejercicio Fiscal de 2011, en el DOF del 15 de noviembre de 2010 y del acuerdo por el H. Consejo Técnico, publicado en el DOF el 14 de diciembre del mismo año, por el que se aprobaron los lineamientos aplicables a dicho artículo, se posibilitó la aplicación de condonaciones a favor de los patrones que regularizaran sus adeudos fiscales ante el Instituto, dependiendo los porcentajes de condonación de la fecha en que se hubiera realizado el pago del adeudo, pudiendo llegar a 100 por ciento del monto de los recargos y multas causados.

Actualización del marco normativo

Se emitieron siete procedimientos a efecto de precisar las atribuciones con las que cuentan las subdelegaciones en la recuperación de los créditos fiscales a favor del Instituto, otorgando a los patrones y demás sujetos obligados certeza jurídica respecto de los actos administrativos llevados a cabo por el personal del Instituto. Dichos procedimientos se refieren a la calificación, efectividad y cancelación del embargo en la vía administrativa como medio de garantía de créditos fiscales; la autorización de pago a plazos de créditos fiscales; la recepción y aplicación de pagos en las oficinas para cobros; la condonación de multas, y la ejecución de diligencias de notificación de actos administrativos, entre otros.

Capacitación y formación de recursos humanos

En materia de capacitación, entre mayo de 2010 y el mismo mes de 2011 se realizaron tres cursos de capacitación a los que asistieron 358 personas y se llevaron a cabo seis videoconferencias en las que se orientó al personal sobre los temas de emisión de créditos fiscales, localización de patrones, ajustes a la emisión y lineamientos para la aplicación del Artículo 16 apartado C de la LIF para el Ejercicio Fiscal de 2011, entre otros.

Resultados de la gestión

Para el ejercicio de 2011 se continuó con el énfasis en la recuperación de la cartera de años anteriores, estableciéndose ante el H. Consejo Técnico una meta de recaudación por este concepto de 1,039.8 mdp, cifra superior en 54.12 por ciento a la registrada al cierre de 2010. De enero a mayo de 2011, la recuperación por este concepto ascendió a 793.1 mdp, lo que representa 105.71 por ciento de la meta comprometida ante el H. Consejo Técnico en ese periodo.

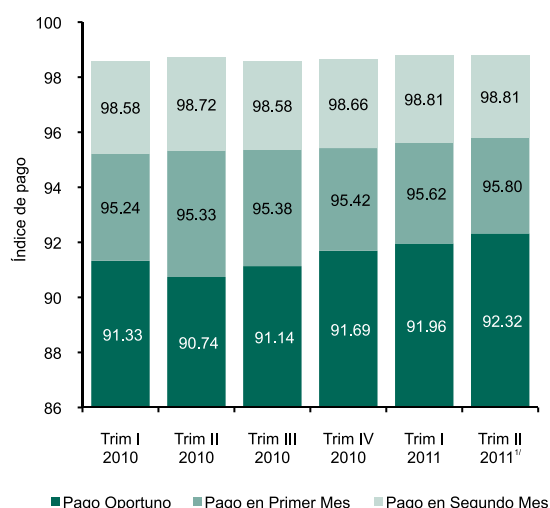
De enero a mayo de 2011 la recuperación de la cartera de años anteriores ascendió a 793.1 mdp, lo cual representa el 105.7 por ciento de la meta comprometida.

Por su parte, la cartera en mora al cierre de 2010 se ubicó en 17,425 mdp, cifra 6.38 por ciento superior a la observada en diciembre del año anterior (medida en días de emisión fue de 31.30 días). Al cierre de mayo de 2011, los esfuerzos en recuperación de cartera permitieron reducir en casi un día la mora en días de emisión, situándose en 30.44 días, con una mora total de 17,685.1 mdp.

Entre enero y diciembre de 2010 se registraron índices promedio de pago de: 91.22 en el Índice de Pago Oportuno (IPO), 95.34 en el Índice de Pago a Primer Mes (IP1M) y 98.63 en el Índice de Pago a Segundo Mes (IP2M).

Para el ejercicio de 2011, las metas comprometidas ante el H Consejo Técnico son de 91.44 para el IPO, 95.45 para el IP1M y 98.85 para el IP2M. Durante los meses de enero a mayo de 2011 se ha logrado cumplir las metas de los índices promedio de pago. Para el IPO se logró 92.10, 1.01 puntos arriba del índice observado en el mismo periodo de 2010. Para el IP1M se alcanzó 95.69, cifra superior en 0.36 puntos a la observada en 2010. Para el IP2M se observó un nivel promedio de 98.81, lo que refleja un crecimiento de 0.15 puntos con respecto a la cifra de 2010 (gráfica II.2).

GRÁFICA II.2. PROMEDIOS TRIMESTRALES DE LOS ÍNDICES DE PAGO
(PORCENTAJES, 2010-2011)



^{1/} Abril-mayo.
Fuente: IMSS.

Durante los meses de enero a mayo de 2011 se ha logrado cumplir con las metas de los índices promedio de pago.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Emisión y reposición de créditos fiscales

A partir del 31 de mayo de 2010 la herramienta de reposición de créditos fiscales se encuentra liberada y funcionando a nivel nacional. En el lapso junio a diciembre de 2011 se continuará supervisando su utilización, para mejorar la calidad de la información de la cartera y optimizar su proceso de cobro.

Clasificación de la cartera

En el lapso junio a diciembre de 2011 se continuará impulsando y dando seguimiento a las acciones específicas que se realizan en el nivel desconcentrado para reclasificar la cartera por tipo de incidencia de cobranza.

Acciones de cobranza

De conformidad con lo establecido en los procedimientos normativos, en el lapso junio a diciembre de 2011 se continuará con el envío a las áreas desconcentradas de los listados de los patrones no localizados de mayor adeudo, a los cuales se les dará seguimiento hasta el reinicio del cobro o, en su caso, la cancelación del adeudo.

Con relación al SIPARE, se avanzará en la conclusión de su definición y en el desarrollo de la solución tecnológica, para estar en condiciones de realizar posteriormente las pruebas funcionales, de estrés e integrales, antes de su liberación a los usuarios externos.

Respecto al proyecto del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con Motivo de la Aplicación del PAE, se iniciarán los trámites respectivos para proceder a su autorización y publicación.

Entre las acciones adicionales a desarrollar para actualizar el marco normativo se encuentra la actualización de los procedimientos de aclaración administrativa, devoluciones de cantidades enteradas sin justificación legal y notificación.

Resultados de la gestión

Para el cierre de 2011 se espera avanzar en el cumplimiento de las metas programadas de recuperación de años y meses anteriores, mantener el nivel observado de los índices de pago y de la cartera en mora, así como continuar avanzando en la depuración de la cartera.

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

La estrategia desarrollada por la DIR en materia de fiscalización tiene por objeto incrementar la presencia fiscal del Instituto y combatir la evasión fiscal. Esto se logrará mediante la ejecución de una estrategia que considera la programación y selección de actos con base en criterios de riesgo y costo-beneficio, la sistematización de los procesos de fiscalización, la optimización y supervisión de la ejecución de los actos de fiscalización, además del incremento de la cobranza de los mismos.

El IMSS desarrolló una estrategia de fiscalización que incrementó su presencia y combate la evasión en las contribuciones; derivado de ello, al mes de diciembre de 2010 se recaudaron 1,395 mdp por actos de fiscalización.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Programación y selección de actos de fiscalización

De mayo de 2010 al mismo mes de 2011 se continuó enviando a las subdelegaciones la programación centralizada de actos de fiscalización para visita domiciliaria, revisión de gabinete, invitaciones a la corrección patronal y revisiones de dictámenes, a los cuales se les da seguimiento permanente a nivel normativo para supervisar su adecuada ejecución.

Como resultado de la programación y selección de actos de fiscalización en el área de Auditoría a Patrones, de enero a diciembre de 2010 se notificaron 6,077 actos de fiscalización (visita domiciliaria, revisión de gabinete y revisiones en materia de construcción), con lo que al 31 de diciembre del mismo año 2,715 actos se encontraban en proceso y 3,362 concluidos. Asimismo, se recibieron 9,847 denuncias y 904 solicitudes de áreas internas, emitiendo para su atención 10,252 revisiones conforme al Artículo 17 de la LSS y 1,876 visitas domiciliarias específicas.

Al mes de mayo de 2011 se han notificado 2,761 actos de fiscalización (visita domiciliaria, revisión de gabinete y revisiones en materia de construcción), de los cuales 2,070 aún se encuentran en proceso. A esta misma fecha se han concluido 3,786 casos, incluyendo actos notificados en ejercicios anteriores, en 92 por ciento de los cuales se han determinado diferencias a cargo de los sujetos obligados. Asimismo, se han recibido 631 denuncias y 4,391 solicitudes de áreas internas, se han notificado 4,229 revisiones conforme al Artículo 17 de la LSS y 676 visitas domiciliarias específicas.

Cabe destacar el combate a las prácticas de los despachos de asesoría en materia fiscal, laboral y de seguridad social que ofrecen a sus clientes esquemas de sustitución laboral mediante distintas modalidades

de suministro de personal. A partir de mayo de 2010 se iniciaron 255 auditorías a empresas relacionadas con la prestación de servicios de personal, así como a despachos de servicios de personal y clientes de esquemas de *outsourcing*, de los cuales 146 se encuentran aún en proceso, 109 están concluidos y de estos en 72 casos se han determinado diferencias a cargo de las empresas auditadas. Asimismo, en el mes de julio de 2010 se inició el envío de oficios a los clientes de dichos despachos, para promover su regularización fiscal. Como parte de la programación centralizada de casos de fiscalización, en 2011 se asignaron 245 actos a patrones prestadores de servicios de personal y se programaron 56 actos de fiscalización directa a patrones dedicados a la minería.

Para analizar, evaluar y dar seguimiento a los casos de programación de actos en las entidades federativas, así como para revisar y mejorar de manera permanente los criterios y políticas de selección de patrones a fiscalizar, se realizaron 22 reuniones de trabajo con los Jefes de Servicios de Afiliación y Cobranza, y con los Jefes de Departamento y/o de Oficina de las Áreas de Auditoría a Patrones.

Optimización de la ejecución de los actos de fiscalización

Se ha mejorado la programación de los actos de fiscalización, mediante la definición de sectores estratégicos y la selección de patrones con las mayores probabilidades de presentar comportamientos irregulares. Estos casos se detectan mediante el cruce de información de fuentes internas y externas. También se supervisa y brinda apoyo directo y permanente a las delegaciones en el análisis de los criterios y casos de programación de sus respectivas entidades federativas. Esto coadyuva a mejorar la efectividad en la ejecución y recaudación de los casos programados y a disminuir la presentación de medios de impugnación contra dichos actos.

Se ha mejorado la programación de los actos de fiscalización, mediante la definición de sectores estratégicos y la selección de patrones con las mayores probabilidades de presentar comportamientos irregulares.

Mejora de la coordinación institucional

Con el objetivo de contar con mayor información de dependencias externas que contribuya a incrementar la presencia fiscal del Instituto, el 7 de septiembre de 2010 se firmó un convenio de colaboración entre el SAT y el IMSS, por medio del cual se establecen las bases de colaboración de intercambio de información administrativa y fiscal que obtengan en la realización de sus funciones. Este convenio contempla nuevos criterios que amplían el alcance de la colaboración entre el referido organismo y el Instituto. Su instrumentación permitirá incrementar la presencia fiscal del IMSS.

El 7 de septiembre de 2010 se firmó un convenio de colaboración entre el SAT y el IMSS, por medio del cual se establecen las bases de colaboración de intercambio de información administrativa y fiscal.

Con el fin de sentar las bases para contar con un Convenio Marco de Intercambio de Información con Gobiernos Estatales, que posibilite el intercambio de bases de datos e información fiscal, se concretó conjuntamente con el SAT un proyecto de convenio con más de 20 entidades federativas, por conducto de sus Secretarías de Finanzas. La firma de dichos convenios permitirá la verificación del cumplimiento de las obligaciones fiscales y administrativas, a cargo de los sujetos obligados respectivos y fortalecerá las posibilidades del Instituto para programar y auditar a

patrones con conductas que presuman la contravención del marco legal.

Asimismo, se continuaron los trabajos con el SAT, la Procuraduría de la Defensa del Trabajo (PROFEDET), la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje y el INFONAVIT, con el objeto de sentar las bases para compartir información que permita enriquecer las estrategias de fiscalización e inspección que lleva a cabo el Instituto.

Entre los sectores que han sido sujetos a actos de auditoría por parte del IMSS y otras instancias administrativas, se encuentra el de Prestación de Servicios de Personal. En este sentido, en el mes de mayo de 2010 se llevaron a cabo operativos conjuntos, Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)-IMSS-SAT, en los que, con base en la participación en inspecciones ordenadas por la STPS, se visitaron 63 empresas, tanto prestadoras de servicios de personal como beneficiarias de estos servicios, y 22 en materia de patrones dedicados a la minería, de una programación inicial de 68 inspecciones.

Se mejoraron los mecanismos de coordinación con el SAT, la PROFEDET, la Junta de Conciliación y Arbitraje, y el INFONAVIT para enriquecer las estrategias de fiscalización e inspección.

El personal del Instituto participa en estas inspecciones como invitado, experto o perito en materia de seguridad social, lo que permite identificar irregularidades en los centros de trabajo. Por su parte, conjuntamente con el SAT se han realizado seis auditorías a prestadores de servicios de personal, diez auditorías a clientes de *outsourcing* y dos auditorías a despachos de asesoría en materia fiscal, laboral y de seguridad social que ofrecen a sus clientes esquemas que contravienen el marco legal y atentan contra los derechos de los trabajadores.

Cabe destacar que dentro de las actividades que se han realizado de manera conjunta con el SAT, el INFONAVIT y la STPS, en 2010 se participó en la elaboración de un estudio denominado Evasión en el Pago del Impuesto Sobre la Renta sobre Nóminas a través de Terceros, realizado por la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el cual se analizaron las conductas de terciarización en la prestación de servicios de personal. De acuerdo con el estudio, a partir de 2009 se observó un decremento en los índices de evasión sobre la nómina a través de terceros por tres razones: a) efecto de la crisis global de 2008 que se reflejó en la caída de los salarios; b) reformas legales, y c) políticas de fiscalización que combaten de manera directa a la elusión y evasión fiscales.

Seguimiento y control de los actos de fiscalización

Para actualizar y dar mayores elementos de seguridad en la información de las bases de datos de las áreas de Auditoría a Patrones, el 27 de enero de 2011 se liberaron mejoras a la base de datos institucional para el seguimiento de las auditorías directas, denominada Carátula de Captura para Actos de Fiscalización (CAPAF), que han permitido mejorar el control y supervisión de los actos de fiscalización a nivel desconcentrado.

Corrección y dictamen

Durante el periodo que se informa se continuó con la implementación de controles para el registro de los resultados del programa de promoción a la regularización del SBC, así como para transparentar la aplicación de la normatividad y los resultados de la corrección patronal. Asimismo, se siguió actualizando el registro de Contadores Públicos Autorizados (CPA) para dictaminar, a fin de sancionar debidamente su actuación.

Al cierre de diciembre de 2010 se habían emitido 19,264 promociones e invitaciones a la corrección y se encontraban en proceso 11,607 revisiones de la corrección presentadas por los patrones que optaron por regularizar su situación ante el IMSS. Asimismo, se emitieron 9,117 promociones para regularizar el registro de obras de construcción. Al mes de mayo de 2011 se habían emitido 7,955 promociones e invitaciones a la corrección y se encontraban en proceso 3,428 revisiones de la corrección presentadas por los patrones que optaron por regularizar su situación ante el IMSS. Adicionalmente, se emitieron 4,922 promociones para regularizar el registro de obras de construcción.

Cabe destacar que el 15 de abril de 2011 se programaron un total de 5,759 requerimientos a patrones prestadores de servicios que no cumplieron con lo establecido en el Artículo 15 A, párrafos tercero y quinto de la LSS. El 18 de mayo de 2011 se programaron un total de 170 patrones del sector minero, para promover su corrección patronal, correspondientes a las Delegaciones de Coahuila, Nuevo León, Durango, Querétaro y Zacatecas.

En materia de dictamen, se avanzó sustantivamente en la implementación del Sistema Único de Dictamen (SUDI) y del Sistema Nacional de Dictamen (SINADI), mediante la conclusión del desarrollo de los siguientes módulos: registro de CPA y sus modificaciones, presentación del aviso para dictaminar, presentación del dictamen y sanciones a CPA. Asimismo, se avanzó en el desarrollo del proyecto SUDI-Net, por el que será posible la presentación del dictamen en línea.

Al cierre de diciembre de 2010 se recibieron 12,974 avisos de dictamen y 13,165 dictámenes, de los cuales se aplicó la cédula de razonabilidad a 12,362 y se inició la revisión de 1,114. En el lapso de enero a mayo de 2011 se recibieron 13,132 avisos de dictamen, se aplicó la cédula de razonabilidad a 244 y se asignaron 44 casos para revisión.

Con relación al registro de CPA, al mes de diciembre de 2010 se tenían registrados 7,174 CPA para

dictaminar para efectos del Seguro Social, de los cuales 5,287 se encontraban vigentes. Al mes de mayo de 2011 se tenían registrados 7,315 CPA, de los cuales 5,022 se encontraban vigentes.

Cabe destacar la publicación en el DOF, el 4 de mayo de 2011, del Acuerdo dictado por el H. Consejo Técnico en la sesión celebrada el 27 de abril de 2011, con el que se aprobó la utilización de la FIEL y su respectivo Certificado Digital, expedidos por el SAT, para que los CPA en dictaminar el cumplimiento de las obligaciones patronales en materia de seguridad social realicen los trámites correspondientes a su registro, así como para la presentación de aviso para dictaminar y el dictamen para efectos del Seguro Social ante el Instituto. Con ello, los CPA podrán presentar el dictamen en línea, una vez que se libere e implemente el sistema informático correspondiente.

Industria de la construcción

Mediante el Sistema de Afiliación de los Trabajadores de la Industria de la Construcción (SATIC), los patrones pueden presentar los formatos de información por Internet a que están obligados de conformidad con el Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado (RSSOTCOTD). En septiembre de 2010 finalizaron las adecuaciones al sistema para mejorar su operación, actualizar y simplificar sus formatos, así como para garantizar la integridad de la información proporcionada por los patrones.

El 8 de abril de 2011 se publicó en el DOF el Acuerdo emitido por el H. Consejo Técnico, mediante el cual se aprobaron los datos específicos de los formatos SATIC-01 al SATIC-05, así como el formato SATIC-06 "Aviso para informar la subcontratación", mismos que entraron en vigor a partir del 11 de abril de 2011. Asimismo, con esta fecha se liberó la actualización

del SATIC, la cual contiene las modificaciones a los formatos antes señalados.

Mediante el SATIC, los patrones pueden presentar los formatos de información por Internet a que están obligados.

Incentivos al cumplimiento voluntario

El 30 de junio de 2010 se publicó en el DOF el Decreto por el que se otorgan diversas facilidades administrativas en materia de simplificación tributaria, entre las cuales se encuentra la eliminación de la obligatoriedad de presentar el dictamen de cumplimiento de las obligaciones de seguridad social ante el IMSS. Posteriormente, el 3 de diciembre de 2010 se publicaron las disposiciones específicas que deben observar los patrones a fin de aprovechar los beneficios del decreto.

Estas facilidades tienen como objetivo coadyuvar a reducir la carga administrativa de un número importante de empresas –el dictamen en materia de seguridad social lo presentan más de 13 mil empresas, de las cuales más de la mitad lo hacen de manera voluntaria– y a generar mayores incentivos para el cumplimiento de sus obligaciones con el Instituto.

El 30 de junio de 2010 se publicó en el DOF el Decreto por el que se otorgan diversas facilidades administrativas en materia de simplificación tributaria, reduciendo la carga administrativa de un número importante de empresas.

Actualización del marco normativo

Para mantener actualizado al personal operativo de las áreas de Auditoría a Patrones, se rediseñó el procedimiento normativo denominado “Procedimiento y estrategias para el desarrollo de visitas domiciliarias a renglones específicos”, para atender los diversos tipos de denuncias que recibe el Instituto, como son la comprobación de la correcta afiliación del trabajador, la investigación de probable riesgo de trabajo, la comprobación de la actividad real del patrón y la investigación de probable sustitución patronal.

En materia de corrección y dictamen, entre mayo de 2010 y 2011 se rediseñaron los siguientes procedimientos normativos: “Procedimiento de corrección patronal”, “Procedimiento y estrategias para la detección, registro y control de obras de construcción”, “Procedimiento para el registro, actualización e incumplimientos de los Contadores Públicos Autorizados” y el “Procedimiento para la recepción del aviso, dictamen e incumplimientos de los Contadores Públicos Autorizados”. También se actualizaron, rediseñaron y liberaron 16 formatos para los actos de fiscalización comprendidos en estos procedimientos, además de que se emitieron cuatro nuevos formatos.

Capacitación y formación de recursos humanos

La capacitación del personal desconcentrado ha sido una de las estrategias implementadas para mejorar y optimizar la ejecución de los actos de fiscalización. Entre mayo de 2010 y mayo de 2011 se realizaron tres cursos de capacitación en los que participaron 1,140 personas de las distintas delegaciones y subdelegaciones del país, en los que se orientó al personal sobre los temas de actualización normativa, sistemas y procedimientos de corrección, dictamen y registro y promoción de obras, integración del salario base de

cotización, procedimientos en materia de auditoría, aspectos generales de los delitos de defraudación, y la nueva aplicación de asignación de actos de fiscalización en línea denominada PROSAF, entre otros temas. Asimismo, se transmitieron 10 videoconferencias en las que se orientó al personal sobre los temas de los programas de corrección y dictamen, seguimiento y control de los actos de fiscalización y el fortalecimiento del ingreso por fiscalización.

En materia de formación de recursos humanos de las áreas de Corrección y Dictamen, se proporcionó capacitación a 446 funcionarios del Instituto en temas sustantivos de los procesos de corrección y dictamen.

Resultados de la gestión

Al mes de diciembre de 2010 se recaudaron 1,395.1 mdp por actos de fiscalización, cifra superior en 35.6 por ciento a la obtenida el año inmediato anterior. Para 2011 uno de los objetivos de la DIR ha sido enfatizar los esfuerzos de recaudación en este concepto, para lo cual la meta anual presentada al H. Consejo Técnico

La recaudación por fiscalización creció 35.6 por ciento durante 2010 con respecto a 2009 y 99.6 por ciento de enero a mayo de 2011 con respecto al mismo periodo de 2010.

fue de 1,461.5 mdp, cifra 4.76 por ciento superior a la recaudación observada en el año previo.

Durante el periodo de enero a mayo de 2011, los ingresos por este concepto fueron de 959.9 mdp, cifra superior en 99.6 por ciento a la observada en el mismo lapso del año anterior (tabla II.6).

Como resultado de la estrategia de fiscalización llevada a cabo por el Instituto, se ha mejorado la efectividad en la programación y ejecución de los actos de fiscalización. Al mes de mayo de 2011 se tiene registrada una recaudación promedio por auditor de 356,497 pesos, en tanto que la recaudación promedio por auditor en el mismo mes de 2010 fue de 147,328 pesos, lo que representa un incremento de 142 por ciento.

TABLA II.6. INGRESOS POR FISCALIZACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LA META
(MILLONES DE PESOS)

Concepto	2009	2010	Variación anual	Enero-mayo			Variación anual	Cumplimiento de la meta
				2010	2011	Meta		
Auditoría	291.2	622.8	113.9	257.2	622.4	245.6	142.0	253.5
Corrección	494.1	544.5	10.2	191.8	281.3	208.1	46.6	135.2
Dictamen	243.6	227.8	-6.5	31.8	56.2	44.6	76.9	126.0
Total	1,028.9	1,395.1	35.6	480.8	959.9	498.2	99.6	192.7

Fuente: IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Programación y selección de actos de fiscalización

Entre junio y diciembre de 2011 se continuará con la difusión de las propuestas de patrones y demás sujetos obligados a fiscalizar, utilizando criterios de costo-beneficio y dirigiendo las acciones a sectores que presentan el mayor nivel de riesgo para el Instituto, sin perjuicio de considerar las propias propuestas de las subdelegaciones respecto de los patrones que muestran alguna característica relevante de incumplimiento.

Optimización de la ejecución de los actos de fiscalización

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

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

Durante el segundo semestre de 2011 se reforzará la capacitación del personal operativo mediante la impartición de cursos de capacitación a las subdelegaciones y la emisión de videoconferencias.

Se continuarán los trabajos para promover los convenios de intercambio de información con otras entidades de la APF a fin de contar con mayores elementos para determinar el cumplimiento de las obligaciones fiscales.

Mejora de la coordinación institucional

Se tiene contemplado, dentro de las acciones conjuntas con el SAT, integrar un grupo de trabajo en el cual se desarrollarán los mecanismos para obtener información y los lineamientos para la programación de fiscalización conjunta. Este grupo de trabajo se ocupará de los mecanismos y lineamientos en dos aspectos adicionales. El primero se refiere al apoyo necesario para la emisión de créditos fiscales en términos del Artículo 63 del Código Fiscal. El segundo se refiere a la formulación simultánea, entre ambas autoridades fiscales, de las denuncias, querellas o declaratorias respectivas ante el Ministerio Público Federal, por los delitos fiscales en que incurran los sujetos obligados.

Seguimiento y control de los actos de fiscalización

Durante el segundo semestre de 2011 se continuará con las actividades de seguimiento y control de la gestión de actos de fiscalización, además de que se promoverá y verificará el correcto registro del inventario de actos de fiscalización y del seguimiento a su cobranza.

Asimismo, para atender la problemática que presentan las delegaciones con mayor rezago en el desempeño de las funciones de fiscalización, se realizarán reuniones de trabajo con las Jefaturas de Servicios de Afiliación y Cobranza delegacionales y de Auditoría a Patrones subdelegacionales, con el fin de programar conjuntamente los actos de fiscalización por visita domiciliaria y revisión de gabinete, y solventar

las consultas y procedimientos necesarios para asegurar el correcto y oportuno desahogo de los actos de fiscalización en curso.

Corrección y dictamen

Se continuará privilegiando la corrección patronal y el cumplimiento del registro de las obras de construcción. Entre junio y diciembre de 2011 se realizará una programación centralizada para el inicio de revisiones internas de dictamen y de patrones de la construcción, para promover el cumplimiento voluntario ante el Instituto, a los cuales se les dará seguimiento desde nivel central.

Asimismo, se continuará con el proceso de simplificación para facilitar la presentación del dictamen por parte de las empresas. Se tiene programado concluir con el desarrollo del programa SUDI-Net, a fin de que patrones y sujetos obligados puedan presentar el dictamen por contador público para efectos del Seguro Social, vía Internet.

Para mejorar el control de la información de los patrones sujetos a actos de fiscalización, se continuará trabajando para el desarrollo de un módulo en IDSE que permita la recepción de movimientos afiliatorios derivados de los programas de corrección, dictamen y de fiscalización.

Industria de la construcción

En el lapso que cubre este programa de actividades se intensificarán las acciones de supervisión del censo de obra, para promover el registro de obras omisas, así como la oportuna presentación de las incidencias de conclusión de las obras registradas, a efecto de aplicar la razonabilidad de su cumplimiento o, en su caso, se programe su fiscalización.

Actualización del marco normativo

Se actualizarán los modelos de opinión, así como el contenido de los anexos del dictamen. Una vez liberado el sistema SUDI-Net se actualizan los procedimientos en materia de dictamen.

II.6. PROYECTO DELTA

Una de las estrategias que ha definido la DIR, en colaboración con la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico, es la modernización de la plataforma tecnológica con que operan los procesos de incorporación y recaudación. Para ello, se ha implementado el Proyecto DELTA. Una vez finalizado su desarrollo y el despliegue operativo de las mejoras tecnológicas, se optimizarán los trámites y servicios que se prestan a los derechohabientes, se integrarán todos los procesos en materia de incorporación y recaudación, se mejorará el control y eficiencia de la operación a nivel desconcentrado, además de que se reducirán los costos de operación. Esto contribuirá a incrementar la recaudación del Instituto.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En el periodo que cubre este Informe la DIR concluyó la definición de las reglas de negocio de los siguientes procesos: gestión de patrones, gestión de derechohabientes-beneficiarios y gestión de casos de fiscalización; y registró avances significativos en la limpieza de los datos contenidos en las bases de patrones, de asegurados y en los catálogos institucionales. Las reglas de negocio definidas son el insumo requerido para el desarrollo y construcción de los módulos del Proyecto, labor a cargo de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En el lapso de junio a diciembre de 2011 se continuarán las labores de construcción y desarrollo de los módulos de los procesos de gestión de patrones, gestión de derechohabientes-beneficiarios y gestión de casos de fiscalización. Finalizada la construcción de dichos módulos, se iniciará su despliegue a nivel desconcentrado. Asimismo, se continuará avanzando en la definición a nivel de regla de negocio de los restantes procesos que integran las áreas de Incorporación y Recaudación del Instituto.

II.7. MEJORA REGULATORIA

La DIR ha continuado con la implementación de mejoras tendientes a simplificar los procedimientos operativos, brindar mayor certidumbre a las áreas desconcentradas respecto del marco normativo aplicable y mejorar la atención de todos los trámites y servicios en materia de incorporación y recaudación. Esto ha beneficiado a toda la población derechohabiente.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Durante el lapso que cubre este Informe se concluyó la implantación de la mejora de tres trámites de alto impacto para los usuarios de servicios médicos: solicitud de registro de beneficiarios, solicitud de cambio de unidad médica de adscripción y autorización permanente para recibir servicios médicos en circunscripción foránea. Adicionalmente, se aplicó un plan de aseguramiento de la implementación de las mejoras en las Unidades de Medicina Familiar y en las subdelegaciones del Instituto.

Los cambios implementados a los trámites señalados han permitido mejorar la calidad de la atención a

los derechohabientes mediante la homologación de los requisitos en todas las fuentes de información, la actualización de la normatividad y la capacitación del personal. También se facilitará el proceso de atención mediante la identificación de los usuarios, vía la credencial ADIMSS (Acreditación como Derechohabiente del IMSS).

Se inició el proceso de mejora de siete trámites en materia de afiliación asociados al Número Patronal de Identificación Electrónica (NPIE): i) solicitud de adhesión de los NPIE de las sucursales al NPIE matriz; ii) solicitud de asignación de NPIE y certificado digital; iii) solicitud de cambio de permisos de los NPIE de las sucursales adheridas a la matriz; iv) solicitud de disociación de los NPIE de las sucursales del NPIE matriz; v) solicitud vía Internet de la cancelación de certificado digital adicional asociado; vi) solicitud vía Internet de la asignación de certificado digital adicional asociado, y vii) cancelación de NPIE y certificado digital.

Con las mejoras implementadas por la DIR se logró la simplificación de diversos procedimientos normativos en beneficio de los usuarios de los servicios médicos del Instituto. Adicionalmente a las mejoras señaladas, se fortaleció el funcionamiento de los Módulos de Recepción y Atención Integral (MORAI) para la atención de los trámites señalados, de conformidad con la guía de operación de los mismos.

Se concluyó la mejora de tres trámites de alto impacto y se inició el proceso de siete trámites en materia de afiliación.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Entre junio y diciembre de 2011 se supervisará la implementación de las nuevas mejoras relacionadas con los siete trámites en materia de afiliación asociados al NPIE. Las actividades a desarrollar consistirán en la integración de todos los trámites del NPIE

en cuatro, la adecuación a los sistemas para el reconocimiento de la FIEL expedida por el SAT, la homologación de los requisitos del trámite en todas las fuentes de información, la generación de un proceso de fácil entendimiento para el desarrollo del trámite y la realización de una campaña de difusión para los usuarios.

II.8. ACCIONES DE SUPERVISIÓN A LA OPERACIÓN

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

A través de la Unidad de Fiscalización y Cobranza, y de las Coordinaciones de Supervisión a la Operación del Nivel Desconcentrado y de Servicios Administrativos y de Mejora Continua de Procesos Recaudatorios, se han instrumentado acciones concretas para fortalecer la coordinación de la DIR con las áreas desconcentradas y con los entes fiscalizadores del Instituto, a fin de coadyuvar en los procesos que estos llevan a cabo para vigilar el adecuado cumplimiento de las disposiciones normativas.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

De mayo de 2010 a mayo de 2011 se realizaron 29 visitas de supervisión a los órganos de operación administrativa desconcentrada. Con motivo de las visitas de supervisión realizadas, la Coordinación de

Supervisión a la Operación del Nivel Desconcentrado presenta al personal directivo delegacional un informe sobre las principales conclusiones y recomendaciones derivadas de las visitas, en el cual se incluyen las situaciones en las que se detectan desviaciones en la aplicación del marco normativo. Adicionalmente, en los casos de recepción de denuncias y/o quejas por posibles irregularidades de los servidores públicos adscritos a los organismos de operación desconcentrada, se procede a remitir la información del caso al titular de la delegación respectiva, a fin de que dicha autoridad realice las acciones correspondientes y, en su caso, aplique medidas preventivas y correctivas, de conformidad con lo señalado en los Artículos 139 y 144, fracción XXXV del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social. En el lapso de mayo de 2010 al mismo mes de 2011 se turnaron a las instancias competentes 29 denuncias y cinco quejas.

Cabe destacar que de manera permanente se integra y concentra la información de las unidades administrativas desconcentradas respecto de los procedimientos operativos en los que se ha incurrido en actos que contravienen las disposiciones normativas, a efecto de llevar su adecuado registro y control y dar seguimiento a los procesos sancionadores que al efecto se establezcan por las instancias competentes.

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

En materia normativa, en el mes de enero de 2011 se emitieron diversos oficios a las Jefaturas

de Servicios de Afiliación y Cobranza, para precisar la aplicación de las normas, hacer de su conocimiento diversas irregularidades cometidas en la operación subdelegacional y solicitar la aplicación de medidas tendientes a asegurar que las funciones llevadas a cabo por el personal operativo se realicen con estricto apego al Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización. Está en proceso de actualización el Manual de Organización de las Jefaturas de Servicios de Afiliación y Cobranza, con objeto de que se cuente con un marco de referencia en materia de supervisión de las subdelegaciones en materia de afiliación, cobranza, auditoría a patrones, clasificación de empresas, etcétera.

Derivado de los esfuerzos realizados por esta Dirección para mejorar los mecanismos de control interno y fortalecer la supervisión de la gestión desconcentrada, durante 2010 se registró una reducción de 84.4 por ciento de las observaciones emitidas por los entes fiscalizadores, respecto al ejercicio 2009.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En el lapso de junio a diciembre de 2011 se continuará con la supervisión a la operación mediante la programación de visitas con enfoque estratégico y la actualización bimestral de la Guía de Supervisión Operativa de Incorporación, Recaudación y Fiscalización. De igual forma, se continuarán implementando medidas destinadas a promover el cumplimiento cabal del marco normativo que regula la operación en materia de incorporación y recaudación, tanto a nivel central como en los órganos de operación administrativa desconcentrada. Estas medidas también buscarán mejorar la coordinación con los diversos entes fiscalizadores y asegurar un oportuno y adecuado desahogo de sus observaciones y recomendaciones.

II.9. PROGRAMAS DE APOYO AL EMPLEO

El Gobierno Federal ha instrumentado diversos programas con el objetivo de promover la creación de nuevos empleos y la formalización de los existentes.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Modificaciones a la Ley del Impuesto Sobre la Renta aplicables respecto de los nuevos trabajadores contratados

Las modificaciones aprobadas a la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR), con vigencia por tres años a partir de 2011, buscan fomentar la creación de nuevos empleos con seguridad social para personas que no han tenido un trabajo formal con anterioridad. El programa permite realizar una deducción fiscal adicional de 40 por ciento en la base gravable del Impuesto Sobre la Renta (ISR), a aquellas empresas que incorporen a un trabajador nuevo en puestos de nueva creación.

Para la aplicación de la Ley se requiere que los puestos de nueva creación permanezcan existentes por lo menos 36 meses y ocupados por el mismo trabajador o quien lo sustituya al menos por 18 meses continuos, y que sean adicionales a la plantilla máxima registrada entre los meses de octubre y diciembre de 2010.

El nuevo trabajador no debe contar con afiliación previa en el IMSS y debe tener un ingreso de hasta ocho veces el salario mínimo mensual vigente, y la empresa debe cumplir con sus obligaciones en materia de seguridad social, además de no tener adeudos por créditos fiscales firmes.

Desde principios de 2011, el IMSS trabaja coordinadamente con el SAT para verificar la información proporcionada por las empresas y comprobar que se

cumplan los requisitos de elegibilidad para aplicar la deducción.

Programa Primer Empleo

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

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2010 se inscribieron en el PPE un total de 1,111 registros patronales, los cuales dieron de alta a 13,655 trabajadores, cifra 3.35 por ciento superior a la registrada en 2009. Dicho aumento se debió principalmente a la recuperación económica observada durante 2010 y el consecuente aumento en los niveles de empleo. De este modo, desde la fecha de inicio del programa y hasta el 31 de diciembre de 2010 se inscribieron 20,656 registros patronales y se registraron 72,999 trabajadores (tabla II.7).

TABLA. II.7. REGISTROS EN EL PROGRAMA PRIMER EMPLEO
(REGISTROS PATRONALES Y TRABAJADORES)

Año	Registros Patronales	Trabajadores Registrados
2007	10,843	14,958
2008	6,680	31,174
2009	2,022	13,212
2010	1,111	13,655
Total	20,656	72,999

Fuente: IMSS.

De enero a mayo de 2011 se inscribieron 1,007 registros patronales y se registraron 4,578 trabajadores, por lo que al cierre de mayo de 2011 estas cifras se incrementaron a 21,663 registros patronales y 77,577 trabajadores.

Los gastos generados por el programa desde su inicio, en marzo de 2007 y hasta diciembre de 2010, ascendieron a 197.1 mdp: 137.1 mdp de pago de subsidio y 59.9 mdp de gastos de operación. Estos últimos incluyen las campañas realizadas en el primer año de su lanzamiento para difundir el programa, el pago del estudio de evaluación solicitado por el CONEVAL y las comisiones bancarias por las transferencias realizadas para el pago del subsidio.

De enero a mayo de 2011, el gasto total se incrementó en 18.3 mdp por pago de subsidio, principalmente, con lo que el gasto total asciende a 215.4 mdp. Considerando este importe, al mes de mayo de 2011, el saldo del Fondo de Reserva, constituido al inicio del programa con las trasferencias del Gobierno Federal, es de 1,045 millones de pesos (tabla II.8).

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

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

TABLA. II.8. SALDO DEL FONDO DE RESERVA DEL PPE
(MILLONES DE PESOS, MAYO 2011)

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	Acumulado
Ingresos	1,052.2	73.8	65.5	49.1	19.8	1,260.4
Transferencias	999.9	0.0	0.0	0.0	0.0	999.9
Intereses cobrados	52.3	73.8	65.5	49.1	19.8	260.6
Gastos	-60.2	-47.6	-50.7	-38.7	-18.3	-215.4
Subsidio pagado	-0.3	-47.5	-50.6	-38.7	-18.3	-155.5
Gastos de operación	-59.8	-0.1	0.0	0.0	0.0	-60.0
Saldo acumulado	992.1	1,018.3	1,033.1	1,043.5	1,045.0	1,045.0

Fuente: IMSS.

Administración y Evaluación de Delegaciones

La Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED) funge como área de servicio para las diversas instancias que brindan atención a los derechohabientes. Tiene a su cargo la gestión de los procesos de administración, adquisición o suministro de los bienes terapéuticos, recursos materiales, servicios generales y obra pública, así como la conservación y demás servicios necesarios para la adecuada operación del Instituto. Asimismo, norma la administración de los recursos humanos y realiza la evaluación operativa de las delegaciones en las entidades federativas. Lo anterior, en estricto apego al compromiso institucional con la transparencia, la integridad y la rendición de cuentas.

Adicionalmente, la DAED promueve la mejora de los servicios, los procesos y las prácticas administrativas, con el propósito de establecer una cultura de calidad, mejorar la atención a los derechohabientes y fortalecer la imagen institucional.

III.1. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

III.1.1. TRANSPARENCIA EN ADQUISICIONES

La rendición de cuentas y la transparencia en la gestión pública han generado un cambio cultural que fortalecerá la confianza de la sociedad en las instituciones públicas de México. La apropiación masiva del derecho de acceso a la información por parte de los ciudadanos implica que las acciones de los servidores públicos del IMSS están sujetos a un escrutinio permanente, por cualquier persona, en cualquier momento y desde cualquier parte, considerando además que la información en posesión del gobierno es un bien público que se encuentra al alcance de todos los mexicanos.

De esta manera, el Instituto ha emprendido una política de mejora de todos los procesos relacionados con la manera en que se ejercen los recursos públicos. Por ello, en el IMSS se han impulsado diversos proyectos enfocados a fortalecer la integridad y transparencia de los procesos a través de los cuales se adquieren los diversos bienes y servicios, así como las obras que se requieren.

Apego a los Lineamientos de la OCDE para Combatir la Colusión

La colusión entre oferentes en las licitaciones es un problema que afecta a las adquisiciones públicas en todo el mundo y resulta onerosa para los contribuyentes. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la colusión genera sobrepagos de hasta 20 por ciento que son cargados al ciudadano y reducen la calidad de los bienes y servicios.

En el IMSS se han impulsado diversos proyectos enfocados a fortalecer la integridad y transparencia de los procesos, a través de los cuales se adquieren los diversos bienes y servicios, así como las obras que se requieren.

De esta manera y dada su importancia como el tercer comprador de bienes y servicios en México, en enero de 2011 el IMSS se convirtió en la primera institución de cualquier gobierno en el mundo que suscribió un Memorandum de Entendimiento con la OCDE y la Comisión Federal de Competencia (CFC), en el cual adopta y se compromete a instrumentar los "Lineamientos para Combatir la Colusión entre Oferentes en Licitaciones Públicas" desarrollados por la OCDE, para lo cual cuenta con el apoyo técnico de la propia OCDE y de la CFC.

Estudio de integridad en los procesos de adquisición

Durante la presente administración, el IMSS ha realizado varios esfuerzos para mejorar la integridad de sus procesos de adquisición pública y llevar a cabo un buen manejo de los mismos, con énfasis en la transparencia y la rendición de cuentas para garantizar una gestión eficaz de los recursos de que dispone el Instituto. De esta manera, el IMSS fue el primer organismo del mundo en firmar un Acuerdo Interinstitucional con la OCDE para la Revisión de la Integridad en los Procesos de Adquisiciones.

El IMSS es el primer organismo del mundo en firmar un Acuerdo Interinstitucional con la OCDE para la Revisión de la Integridad en los Procesos de Adquisiciones, a través del cual se evaluará el sistema de compras para asegurar su integridad, transparencia y buena gestión.

El estudio tiene como objetivo llevar a cabo una evaluación del sistema de compras de los distintos bienes y servicios que demanda el IMSS, a fin de asegurar su integridad, transparencia y buena gestión en la adquisición pública. También formulará propuestas de acción sobre la manera de mejorar las prácticas de adquisiciones, así como de apoyo para enriquecer los marcos regulatorios.

Adicionalmente, el estudio comparará estos procesos con las mejores prácticas internacionales con el propósito de determinar si existen áreas de oportunidad, en especial, en los aspectos de transparencia, rendición de cuentas, eficiencia y eficacia. El IMSS y la OCDE trabajarán de manera conjunta para llevar a cabo todas las acciones necesarias para implementar las mejoras de los procesos de adquisición pública del Instituto.

Portal de Adquisiciones

Como parte de la estrategia de Transparencia en Adquisiciones, el IMSS lanzará un micrositio con el mismo nombre: "Portal de Adquisiciones", el cual tendrá información a mayor detalle de lo que marcan las obligaciones legales en materia de transparencia. Asimismo, estará dirigido al público en general, con información relevante que facilitará la rendición de cuentas.

La creación del micrositio de adquisiciones en el portal del IMSS está enfocado a los siguientes objetivos: i) difundir información clara y veraz sobre los procesos de adquisición de bienes y contratación de servicios; ii) dar a conocer información clara sobre el cumplimiento y rescisión de contratos; iii) garantizar las mismas oportunidades de participación a las empresas interesadas en los distintos procesos de contratación, y iv) garantizar a la ciudadanía información confiable, transparente y con estricto apego a la ley respecto de los procesos de contratación realizados por el IMSS.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Apego a los Lineamientos de la OCDE para Combatir la Colusión

Durante los meses de enero a marzo de 2011 el IMSS entregó a la OCDE y a la CFC información del marco normativo en materia de adquisiciones, tanto a nivel federal como interno. A partir del análisis de esta información, en mayo de 2011 el equipo de la OCDE entregó al IMSS una serie de recomendaciones preliminares para ser aplicadas en el proceso de adquisiciones para 2012, el cual iniciará en junio de 2011. Cabe mencionar que las recomendaciones están enfocadas a que el Instituto pueda generar ahorros a través de la detección de prácticas de colusión entre los oferentes en las licitaciones.

Los Lineamientos emitidos por la OCDE para Combatir la Colusión están enfocados a evitar las prácticas de colusión entre los competidores en las licitaciones y, como consecuencia, generar ahorros para el Instituto.

Durante la primera quincena de mayo de 2011, la OCDE y la CFC impartieron el taller denominado: "Combatir la Colusión en Compras Públicas", dirigido al personal del IMSS encargado de las adquisiciones. El taller tuvo los objetivos de sensibilizar sobre los costos y riesgos de la colusión en licitaciones, y de capacitar sobre la forma de diseñar las licitaciones para reducir el riesgo de colusión en compras públicas, cómo identificar posibles casos de colusión en una fase temprana durante el proceso de compras públicas y qué hacer cuando se descubre una colusión en esa etapa.

En el taller participaron 220 servidores públicos responsables de las adquisiciones a nivel central, así como de las delegaciones y UMAE.

Acuerdo de trabajo IMCO–CISS–IMSS

El IMSS con el objeto de garantizar que se cumplan los acuerdos suscritos en el Memorándum de Entendimiento, firmado con la OCDE y la CFC, decidió trabajar de manera conjunta con el Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO) y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Lo anterior, con la finalidad de evaluar el impacto de la instrumentación de los lineamientos y las recomendaciones emitidas por la OCDE. Asimismo, documentarlo para que sea utilizado como guía de buenas prácticas en la APF y Estatal.

En el mes de mayo de 2011, el IMCO inició la recopilación de datos y el análisis sobre los procesos de adquisiciones. Asimismo, ha llevado a cabo entrevistas con funcionarios involucrados en los procesos de adquisiciones del Instituto.

Estudio de integridad en los procesos de adquisición

A partir de la firma del acuerdo, en abril de 2011, la OCDE inició con la fase I del proyecto, la cual consiste en la revisión y recopilación de datos. Lo anterior, con la finalidad de identificar logros, tendencias, desafíos y áreas de oportunidad.

Portal de Adquisiciones

En el periodo comprendido de noviembre de 2010 a mayo de 2011, el IMSS trabajó en el desarrollo del micrositio de adquisiciones.

Entre los principales atributos del micrositio destaca un diseño con mayores facilidades de búsqueda. Entre la información publicada destaca: un programa anual de adquisiciones; una lista con los principales proveedores del IMSS; cuadros estadísticos por proveedor; nombre de los socios de la proveeduría del Instituto; informes de testigos sociales; informes de inconformidades; videos de licitaciones; explicación e información necesaria para ser proveedor del IMSS; contratos rescindidos, sancionados y finiquitados; permisos y concesiones que ha otorgado el IMSS; estadística de incumplimiento por parte de la proveeduría; definición y descripción de los servicios integrales; información de contactos para la atención a ciudadanos y proveedores; preguntas frecuentes, y glosario de términos comunes en adquisiciones que facilita la consulta a los usuarios.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Apego a los Lineamientos de la OCDE para Combatir la Colusión

Para dar cumplimiento a los compromisos contraídos en el Memorándum de Entendimiento, el IMSS diseñará la ruta crítica para instrumentar aquellas recomendaciones que realizaron la OCDE y CFC en su primer reporte, las cuales podrán aplicarse en el proceso de adquisiciones 2012.

Por su parte, de junio a octubre de 2011, el equipo de la OCDE junto con la CFC continuará con el análisis de la documentación entregada en el primer trimestre del año. De esta manera, analizarán información más detallada de los procesos de adquisiciones y sostendrán reuniones de trabajo con personal del IMSS, a fin de que el informe final de recomendaciones incluya sugerencias de mejora puntuales y específicas para los procesos de adquisiciones que lleva a cabo el Instituto.

Para concluir el proyecto, la OCDE se ha comprometido a enviar la versión final del segundo y último reporte de recomendaciones para el periodo octubre-noviembre de 2011. Lo anterior, con la finalidad de que IMSS-CFC-OCDE, de manera conjunta, presenten públicamente los resultados del estudio en enero de 2012.

Cabe señalar que a partir del informe final, el IMSS diseñará la ruta crítica para instrumentar las recomendaciones finales en las prácticas de adquisición del Instituto y cuidará que su aplicación se realice de manera continua y permanente.

Acuerdo de trabajo IMCO-CISS-IMSS

En diciembre de 2011 se contará con una primera evaluación de algunos procesos de licitación pública de los bienes y servicios elegidos por IMCO, desde el lanzamiento de la convocatoria y contenido de las bases, hasta la adjudicación del contrato, con base en las mejoras prácticas dictadas por los Lineamientos de la OCDE. Con esta información se podrán establecer parámetros de eficiencia generados a partir de la adopción de las mejores prácticas recomendadas por la OCDE.

Por otro lado, el IMCO continuará trabajando en la elaboración del documento "Evaluación cualitativa y cuantitativa del ciclo de compras 2013", el cual consistirá en una relatoría y evaluación de los mismos procesos de licitación pública llevados a cabo por el IMSS y evaluados por el IMCO en el ciclo de compras 2012. El objetivo de esta evaluación cualitativa es comparar, respecto al ciclo de compra anterior, las mejores prácticas, el contenido de las convocatorias, las prácticas y procesos internos del IMSS, y el número de participantes y posturas después de la aplicación de los Lineamientos de la OCDE.

Estudio de Integridad en los Procesos de Adquisición

Para el segundo semestre de 2011 se planea llevar a cabo las siguientes fases del estudio para desarrollar el análisis y evaluación de la integridad, las cuales son: i) la OCDE desarrollará un informe y presentará una versión preliminar del proyecto en septiembre de 2011; ii) para la evaluación comparativa, la OCDE organizará en México talleres con ayuda de un equipo de expertos seleccionados, con objeto de sensibilizar a los interesados acerca de los retos y oportunidades para el sistema de adquisiciones del IMSS, así como promover el intercambio de mejores prácticas basadas en las experiencias institucionales sobre el proceso de reforma en materia de adquisiciones; iii) en noviembre de 2011 las conclusiones y propuestas de mejora del estudio se examinarán con otros países miembros de la OCDE para obtener sus opiniones y observaciones en la Red de Integridad del Sector Público, y iv) la OCDE y el IMSS acordarán la mejor manera de difundir las conclusiones y propuestas de mejora antes de que concluya el año 2011.

Programa de Fortalecimiento del Proceso Selectivo

Como parte de la estrategia de integridad y transparencia en los procesos de adquisiciones del IMSS, el Instituto ha realizado acciones para mejorar el proceso selectivo de su personal involucrado en los procesos de adquisiciones.

Con base en el análisis de funciones y de responsabilidades, se tiene programado determinar los Puestos de Alto Riesgo Operativo (PARO) en Nómina de Mando. En una primera etapa se realizará a nivel delegacional, así como en la Unidad de Administración (UA) a nivel central.

Por otro lado, se actualizará el Código de Conducta del Servidor Público del IMSS donde se ha planeado establecer lo siguiente: i) se alineará el fundamento a los principios y valores del Instituto; ii) se agregará una nueva sección de honradez, y iii) se creará un programa de difusión a todo el personal del Instituto, a nivel nacional, para la sensibilización y difusión del Código. En este mismo sentido, se modificará y registrará el Procedimiento para la Evaluación de Candidatos a Ocupar Puestos de Confianza "A" en nómina de mando, nómina ordinaria y aspirantes en categorías de base, y se capacitará al personal responsable de la aplicación de las baterías, enfatizando los aspectos de integridad.

Se evaluarán y adquirirán dos herramientas psicométricas de integridad a fin de formar un circuito de evaluación que en conjunto con el estudio socioeconómico integran el "Sistema de Confiabilidad de Personal de Mando". Asimismo, se elaborará un proyecto de Convenio de Colaboración entre el IMSS y la SFP, con el objetivo de intercambiar información para determinar la Evolución Patrimonial de cada trabajador de Nómina de Mando.

Portal de Transparencia en Adquisiciones

En una segunda etapa de construcción del micrositio de adquisiciones, se programó la integración de dos secciones correspondientes a proveedores y enajenación de bienes.

La integración de la sección de proveedores consistirá en incluir los siguientes contenidos: solicitud de cita, boletín para proveedor, reportes por proveedor, comparación gráfica de proveedores y el impacto positivo por proveedores al IMSS.

Para la sección de enajenación de bienes se tiene contemplado integrar lo siguiente: IMSS vende, IMSS vendió, ¿Quién vendió?, ¿Cómo lo vendió? y ¿A quién le vendió?

Como parte de la estrategia de integridad y transparencia, el Instituto ha realizado acciones para mejorar la selección del personal involucrado en los procesos de adquisiciones.

La liberación de este micrositio se llevará a cabo en el último trimestre de 2011.

III.1.2. DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA

Con la finalidad de incrementar la atención y ofrecer un mejor servicio a los derechohabiente, una prioridad establecida desde el inicio de la Administración ha sido detener el deterioro en los indicadores de infraestructura presente en los últimos 30 años.

Gracias al esfuerzo iniciado en 2007 en materia de infraestructura médica, al cierre de 2012 se habrán invertido 23,340 mdp en beneficio de 14.9 millones de derechohabientes, inversión que no se observaba en los últimos 25 años.

En este sentido, durante el periodo de 2007 a 2010 se han invertido 12,239.9 mdp en infraestructura médica y no médica, cifra que no se observaba en las últimas décadas.

Con respecto a la infraestructura en operación del Instituto, constantemente se realizan acciones de mantenimiento y conservación, por lo que se han invertido 3,834 mdp en ampliaciones y/o remodelaciones en el periodo de 2007 a 2010, lo que ha permitido avanzar en la modernización y adecuación de la capacidad instalada a las necesidades de demanda de servicios médicos.

La tendencia de crecimiento de la derechohabiencia no es homogénea a lo largo del país, por lo tanto, los

retos a los que se enfrenta el IMSS varían de una región a otra. En algunas entidades la demanda por servicios está cubierta, mientras que en otras se necesita agregar mayor capacidad. Con el fin de identificar el patrón de necesidades diferenciadas, se realizó la proyección delegacional del indicador de camas por cada 1,000 derechohabientes y su evolución en el próximo año. Como puede observarse en la tabla III.1, en algunas entidades se ha logrado alcanzar, e incluso superar, el indicador de una cama por cada 1,000 derechohabientes.

En el 25 por ciento de las delegaciones se ha alcanzado o rebasado la meta de una cama por cada 1,000 derechohabientes.

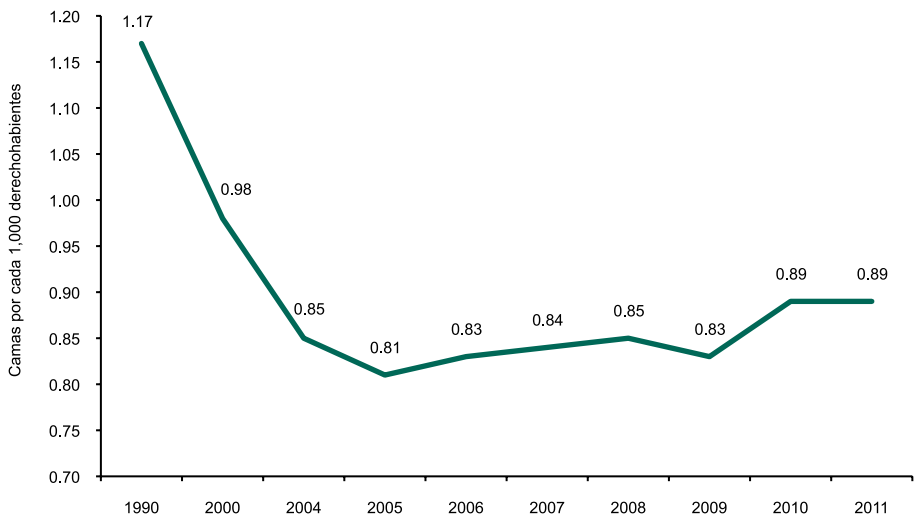
El Programa de Obra para el periodo de 2011 a 2012 comprende 113 acciones de obra, 71 programadas a terminar en el 2011 y 42 en el 2012, lo que permitirá que el IMSS fortalezca su capacidad de atención en todo el país y preste más y mejores servicios a sus derechohabientes. En la tabla III.2 se muestra el beneficio a la población derechohabiente que este programa generará durante el periodo 2011-2012.

**INFORME DE LABORES DE
MAYO DE 2010 A 2011**

Para el ejercicio 2010 se definieron las siguientes estrategias:

i) Conclusión de 63 obras de régimen ordinario, 46 médicas, distribuidas de la siguiente forma por nivel de atención: 16 de primer nivel, 25 de segundo nivel, 4 de tercer nivel y 1 de otras obras médicas. Las 17 restantes corresponden a obras no médicas, con una inversión total de 4,522.6 mdp, de los cuales 3,657.9 mdp corresponden a obra y 864.5 mdp a equipamiento; ii) se programó la terminación definitiva de obras suspendidas o retrasadas con factibilidad de concluirse con los recursos autorizados. Con este esfuerzo, al cierre de 2010 se obtuvo un avance ponderado de 99 por ciento en el Programa de Obras; iii) la transformación a través del programa Hospital sin Ladrillos de 106 camas en 2010 y de otras 124 camas de enero a mayo de 2011, lo que permite que los Hospitales puedan atender con mayor eficiencia a sus pacientes.

**GRÁFICA III.1. EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE CAMAS POR CADA 1,000 DERECHOHABIENTES
(1990-2011)**



Fuente: IMSS.

**TABLA III.1. INDICADOR DE CAMAS DE RÉGIMEN ORDINARIO POR CADA 1,000
DERECHOHABIENTES DE SEGUNDO Y TERCER NIVELES**
(2010-2011)

Delegación	Camas 2010			Camas 2011 ^{2/}		
	Incremento por obra nueva	Recuperadas por HSL ^{1/}	Tasa por cada 1,000 DH	Incremento por obra nueva	Recuperadas por HSL	Tasa por cada 1,000 DH
Aguascalientes	0	0	0.60	0	0	0.58
Baja California	40	0	0.92	0	0	0.89
Baja California Sur	40	6	0.85	0	0	0.82
Campeche	0	0	0.80	0	27	0.89
Chihuahua	0	0	0.78	0	0	0.76
Chiapas	0	0	0.50	15	30	0.56
Coahuila	0	0	0.94	0	0	0.91
Colima	0	0	0.71	0	0	0.69
D. F. Norte	196	0	2.17	0	0	2.11
D. F. Sur	0	1	1.32	142	0	1.34
Durango	0	0	0.98	0	0	0.95
Guerrero	0	0	0.68	0	25	0.70
Guanajuato	0	0	0.69	0	0	0.67
Hidalgo	0	0	0.68	0	0	0.66
Jalisco	0	0	1.01	299	0	1.08
México Oriente	0	0	0.54	249	0	0.61
México Poniente	0	0	0.58	0	0	0.56
Michoacán	260	11	0.77	0	0	0.74
Morelos	0	0	0.71	0	29	0.75
Nayarit	0	0	0.68	0	0	0.66
Nuevo León	149	6	0.95	0	13	0.93
Oaxaca	0	0	0.70	0	0	0.68
Puebla	0	0	1.11	0	0	1.08
Querétaro	0	0	0.43	0	0	0.42
Quintana Roo	0	0	0.54	0	0	0.53
Sinaloa	0	31	0.86	0	0	0.84
San Luis Potosí	0	0	0.78	0	0	0.75
Sonora	0	0	0.89	0	0	0.86
Tabasco	0	0	0.60	0	0	0.59
Tamaulipas	0	19	0.68	0	0	0.66
Tlaxcala	0	0	0.71	0	0	0.68
Veracruz Norte	0	0	1.03	0	0	1.00
Veracruz Sur	10	0	0.85	0	0	0.83
Yucatán	0	32	1.00	0	0	0.97
Zacatecas	0	0	0.59	0	0	0.57
Total	695	106	0.89	705	124	0.89

^{1/} Hospital sin Ladrillos.

^{2/} Estimado de cierre.

Fuente: IMSS.

TABLA III.2. PROGRAMA DE OBRAS DE RÉGIMEN ORDINARIO
(2011-2012)

Concepto	2011	2012
Acciones	71	42
Nuevas	11	13
Primer nivel	3	4
Segundo nivel	4	5
Otras médicas	0	1
No médicas	4	3
Ampliación y/o Remodelación	60	29
Primer nivel	8	2
Segundo nivel	41	21
Tercer nivel	4	2
Otras médicas	0	1
No médicas	7	3
Camas	705	720
Nuevas	499	632
Segundo nivel	499	632
Ampliación y/o Remodelación	206	88
Segundo nivel	206	88
Consultorios	33	49
Nuevas	30	40
Primer nivel	30	40
Ampliación y/o Remodelación	3	9
Primer nivel	3	9
Población Beneficiada	2,037,957	3,856,405
Nuevas	1,260,005	2,626,541
Primer nivel	484,343	751,448
Segundo nivel	775,662	1,875,093
Ampliación y/o Remodelación	777,952	1,229,864
Primer nivel	4,800	43,200
Segundo nivel	773,152	1,186,664

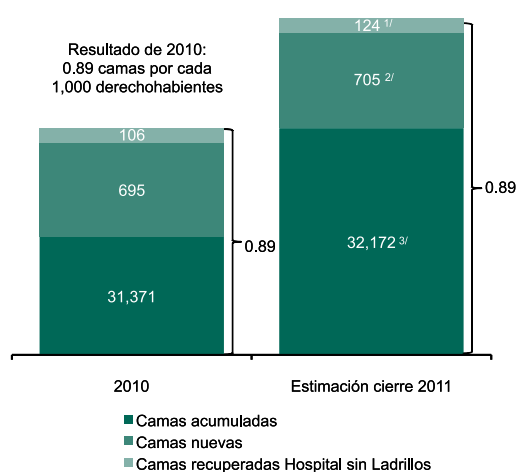
Fuente: IMSS.

El Instituto tiene como prioridad contar con la capacidad de respuesta necesaria para proporcionar atención médica de calidad y calidez; es por eso que se han puesto en marcha las estrategias antes mencionadas, lo que han permitido mantener en 0.89 el indicador de camas por cada 1,000 derechohabientes, no obstante el crecimiento de la población usuaria adscrita a médico

familiar. En la gráfica III.2 se observa el incremento de 801 camas en 2010, el aumento estimado de 829 camas para el 2011 y la contribución de cada programa.

El indicador de camas por cada 1,000 derechohabientes se ha mantenido en 0.89 a nivel nacional, no obstante el crecimiento de la población usuaria.

GRÁFICA III.2. INCREMENTO EN CAMAS
(2010-2011)



^{1/} Estimación de camas recuperadas bajo el esquema Hospital sin Ladrillos.

^{2/} Incremento en camas conforme al Programa de Obras del Régimen Ordinario.

^{3/} Total de camas a diciembre de 2010.

Fuente: IMSS.

De las 63 obras terminadas del Régimen Ordinario al cierre de 2010, 19 corresponden a obras nuevas y 44 a ampliaciones y/o remodelaciones, en beneficio de 2'225,166 derechohabientes. Con estas obras el Instituto amplió la capacidad instalada en 695 camas y 96 consultorios, en los cuales ya se presta atención médica (tabla III.3).

Adicionalmente, en la tabla III.4 se muestra que en el periodo de enero a mayo de 2011 se concluyeron 14 obras, cuatro nuevas y 10 ampliaciones y/o remodelaciones, que representan una inversión total de 1,518.2 mdp y permiten al Instituto beneficiar a 526,662 derechohabientes.

TABLA III.3. OBRAS TERMINADAS
(2010)

Nivel de atención	Acciones	Camas	Consultorios	Población beneficiada
Obras nuevas	19	425	90	1,809,159
Primer nivel	11	0	90	432,000
Segundo nivel	6	425	0	1,377,159
Otras médicas	1	0	0	0
No médicas	1	0	0	0
Ampliación y/o remodelación	44	270	6	416,007
Primer nivel	5	0	6	28,800
Segundo nivel	19	270	0	387,207
Tercer nivel	4	0	0	0
No médicas	16	0	0	0
Total	63	695	96	2,225,166

Fuente: IMSS.

TABLA III.4. OBRAS TERMINADAS EN EL RÉGIMEN ORDINARIO
(ENERO-MAYO 2011)

Nivel de atención	Acciones	Camas	Consultorios	Población beneficiada
Obras nuevas	4	250	0	526,662
Segundo nivel	2	250	0	526,662
No médicas	2	0	0	0
Ampliación y/o remodelación	10	0	2	0
Primer nivel	4	0	2	0
Segundo nivel	4	0	0	0
Tercer nivel	1	0	0	0
No médicas	1	0	0	0
Total	14	250	2	526,662

Fuente: IMSS.

Programa Hospital sin Ladrillos

En 2008 se inició la transformación de las camas que se encontraban con baja producción en las áreas de pediatría y Gineco Obstetricia, así como de los espacios necesarios para la operación de dichas camas en las áreas de Medicina Interna y Cirugía. De esta manera, al cierre de 2010 se habían recuperado 1,359 camas: 352 en 2008; 901 en 2009 y 106 en 2010.

Con la estrategia Hospital sin Ladrillos, iniciada en 2008, al cierre de 2011 se habrán incrementado 1,483 camas (equivalente a construir 10 hospitales de 144 camas, con un ahorro de 7,627 mdp).

Aunado a lo anterior, de enero a mayo de 2011, se recuperaron otras 124 camas mediante el mismo esquema, con lo que se han logrado transformar 1,483 camas, es decir, el equivalente a construir 10 hospitales de 144 camas, con lo que se generó un ahorro aproximado de 7,627 mdp. De esa manera, se da por concluido el programa Hospital sin Ladrillos.

Grupo de trabajo para el arranque de obras y puesta en operación

Al cierre de mayo del 2011, el grupo multidisciplinario “Arranque de obra y puesta en operación” ha sesionado permanentemente de manera semanal. Está conformado en el nivel central por distintas áreas de la DAED, así como por representantes de la DPM, la DIDT y la DF, y considera acciones orientadas a que en un máximo de dos meses después de la terminación de la obra se cuente con el equipamiento y plazas requeridas para iniciar operaciones.

Esta misma estrategia se implementó a nivel delegacional en todo el país logrando al mes de mayo la

instalación de los grupos de trabajo en las delegacionales y las UMAE que estaban pendientes, estableciendo acciones de coordinación dirigidas a que las unidades puedan iniciar operaciones de manera oportuna.

Establecimiento de la Bitácora Electrónica

Por disposición de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas (LOPSRM) y su reglamento, las dependencias y entidades de la APF están obligadas a que toda ejecución de obra pública sea controlada a través de la herramienta denominada Bitácora Electrónica, cuya evaluación, control y seguimiento se realizará por medios electrónicos de comunicación.

Al mes de mayo del 2011 se encontraba capacitado 100 por ciento del personal que operará dicho sistema. Todas las obras que se han contratado a partir de la entrada en vigor de la Ley y su reglamento, donde se especifica la obligatoriedad de la aplicación de la Bitácora Electrónica, ya cumplen con dicho requisito.

De 2007 a 2011 se habrán invertido 2,171.4 mdp para fortalecer la infraestructura médica del Programa IMSS-Oportunidades, beneficiando a 5.7 millones de personas.

Infraestructura Programa IMSS-Oportunidades

La Unidad IMSS-Oportunidades tiene el objetivo de incrementar la cobertura de los servicios de salud que presta el Gobierno Federal a la población sin seguridad social que vive en zonas rurales y urbano marginadas, por lo que es necesario aumentar la capacidad de infraestructura instalada y tener presencia en más localidades del país. Para el periodo 2010 y al cierre de mayo de 2011, se concluyeron 40 obras, con una inversión total de 1,121.6 mdp, en beneficio de

**TABLA III.5. CAMAS RECUPERADAS EN EL RÉGIMEN ORDINARIO MEDIANTE
EL PROGRAMA HOSPITAL SIN LADRILLOS**
(2008-2011)

Delegación	2008	2009	2010	2011	Total
Aguascalientes	0	20	0	0	20
Baja California Norte	10	121	0	0	131
Baja California Sur	11	5	6	0	22
Campeche	11	12	0	27	50
Chihuahua	0	49	0	0	49
Chiapas	0	0	0	30	30
Coahuila	0	0	0	0	0
Colima	0	9	0	0	9
D. F. Norte	0	0	0	0	0
D. F. Sur	0	8	1	0	9
Durango	0	50	0	0	50
Guerrero	34	1	0	25	60
Guanajuato	0	65	0	0	65
Hidalgo	6	0	0	0	6
Jalisco	30	85	0	0	115
México Oriente	0	140	0	0	140
México Poniente	0	32	0	0	32
Michoacán	10	18	11	0	39
Morelos	0	31	0	29	60
Nayarit	0	8	0	0	8
Nuevo León	0	62	6	13	81
Oaxaca	0	14	0	0	14
Puebla	15	0	0	0	15
Querétaro	0	12	0	0	12
Quintana Roo	0	0	0	0	0
Sinaloa	6	26	31	0	63
San Luis Potosí	34	0	0	0	34
Sonora	69	0	0	0	69
Tabasco	5	0	0	0	5
Tamaulipas	23	34	19	0	76
Tlaxcala	3	1	0	0	4
Veracruz Norte	50	65	0	0	115
Veracruz Sur	0	21	0	0	21
Yucatán	28	0	32	0	60
Zacatecas	7	12	0	0	19
Total	352	901	106	124	1,483

Fuente: IMSS.

2'592,960 personas, habiéndose incrementado la capacidad instalada en 240 camas y 102 consultorios, incluyendo la construcción de ocho Hospitales Rurales de 30 camas y 11 consultorios cada uno, con lo cual el Programa de Obras de IMSS-Oportunidades se encuentra terminado. Con la conclusión de dichos hospitales se espera beneficiar a más de dos millones de personas sin seguridad social.

Durante 2010 y hasta mayo de 2011, IMSS-Oportunidades concluyó 40 obras médicas con una inversión de 1,121.6 mdp en beneficio de 2'592,960 personas.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Infraestructura del Régimen Ordinario

Durante el periodo junio-diciembre 2011 se tiene programada la conclusión de 57 obras. Estas obras incluyen nuevas áreas médicas, subdelegaciones, almacenes y guarderías (tabla III.7).

Se reforzarán y reorganizarán los trabajos de las reuniones del Grupo "Arranque de obra y puesta en operación", de modo que en el periodo junio-diciembre de 2011 se mantenga el objetivo primordial de este grupo multidisciplinario, esto es, que el plazo para el inicio de operación de la obra terminada sea de sólo dos meses. Asimismo, en cumplimiento de la LOPSRM y su reglamento se continuará aplicando la Bitácora Electrónica de obra pública, y se garantizará que funcione plenamente en todas las obras en proceso y se convierta en una herramienta indispensable en los procesos constructivos.

Infraestructura del Programa IMSS-Oportunidades

Para el periodo junio a diciembre de 2011 se tiene programado terminar 57 obras del Programa IMSS-Oportunidades, con una inversión total de 322.1 millones de pesos, aprobados por el H. Consejo Técnico para el presente ejercicio.

TABLA III.6. PROGRAMA DE OBRAS IMSS-OPORTUNIDADES
(2010 A MAYO DE 2011)

Nivel de atención	Acciones	Camas	Consultorios	Población beneficiada
Obras nuevas	8	240	88	2,015,796
Segundo nivel	8	240	88	2,015,796
Ampliación y/o remodelación	32	0	14	577,164
Primer nivel	17	0	14	56,539
Segundo nivel	15	0	0	520,625
Total	40	240	102	2,592,960

Fuente: IMSS.

TABLA III.7. PROGRAMA DE OBRAS DE RÉGIMEN ORDINARIO
(JUNIO A DICIEMBRE DE 2011)

Nivel de atención	Acciones	Camas	Consultorios	Población beneficiada
Obras nuevas	7	249	30	733,343
Primer nivel	3	0	30	484,343
Segundo nivel	2	249	0	249,000
No médicas	2	0	0	0
Ampliación y/o remodelación	50	206	1	777,952
Primer nivel	4	0	1	4,800
Segundo nivel	37	206	0	773,152
Tercer nivel	3	0	0	0
No médicas	6	0	0	0
Total	57	455	31	1,511,295

Fuente: IMSS.

III.1.3. ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

El Instituto cuenta con una de las redes de almacenaje y distribución más grande y compleja del país, ya que suministra los bienes terapéuticos y servicios necesarios para atender a más de 40.5 millones de usuarios de los servicios médicos. Derivado de la complejidad de esta red y la creciente demanda de insumos por parte de la derechohabiente, la administración se ha enfocado en mejorar la eficiencia, sin perder los controles de la cadena de suministros.

La red se compone de 37 almacenes delegacionales y 25 puntos de entrega en UMAE, así como un almacén central que funge como centro de distribución de vacunas y biológicos para todo el país.

Los esfuerzos de optimización en la infraestructura de almacenamiento se enfocan en la maximización de la capacidad instalada, mediante la reducción del valor de los inventarios y las mermas.

TABLA III.8. PROGRAMA DE OBRAS IMSS-OPORTUNIDADES
(2011)

Nivel de atención	Acciones	Camas	Consultorios	Población beneficiada
Obras nuevas	11	0	0	21,131
Primer nivel	11	0	0	21,131
Ampliación y/o remodelación	46	0	0	625,215
Primer nivel	20	0	0	65,161
Segundo nivel	26	0	0	560,054
Total	57	0	0	646,346

Fuente: IMSS.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

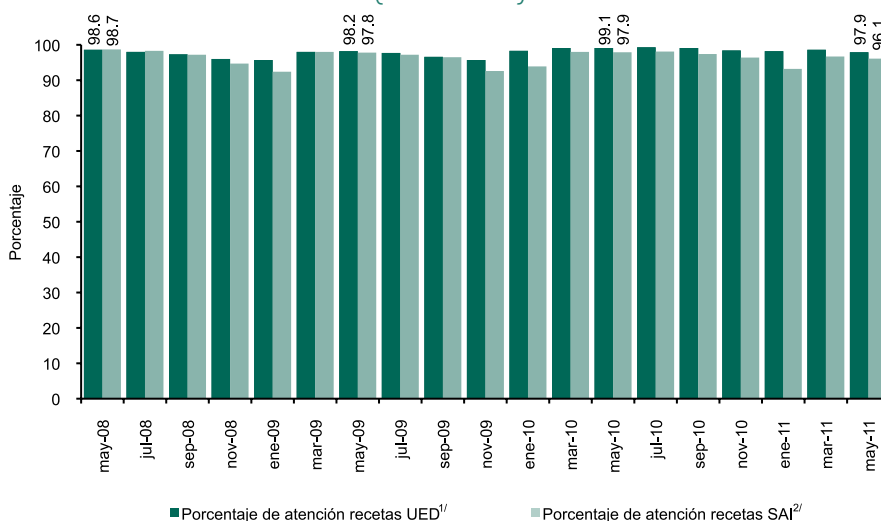
Abasto

Al mes de mayo de 2011 se obtuvo un promedio nacional de 98 por ciento de recetas completamente surtidas en delegaciones y UMAE, de acuerdo con las encuestas realizadas mensualmente a los derechohabientes en unidades médicas (gráficas III.3 y III.4).

Durante el ejercicio 2010 se emitieron 137.5 millones de recetas y de enero a mayo de 2011 se emitieron 61.3 millones de recetas, lo que representa un incremento de 11.7 por ciento en la emisión total de recetas respecto al periodo enero-mayo de 2010. Este comportamiento creciente de la emisión de recetas obedeció a la implementación de las siguientes estrategias:

Se descentralizó la administración del contrato único de medicamentos, tomando como principio básico que

GRÁFICA III.3. PORCENTAJE DE SURTIMIENTO DE RECETAS EN DELEGACIONES
(2008-2011)

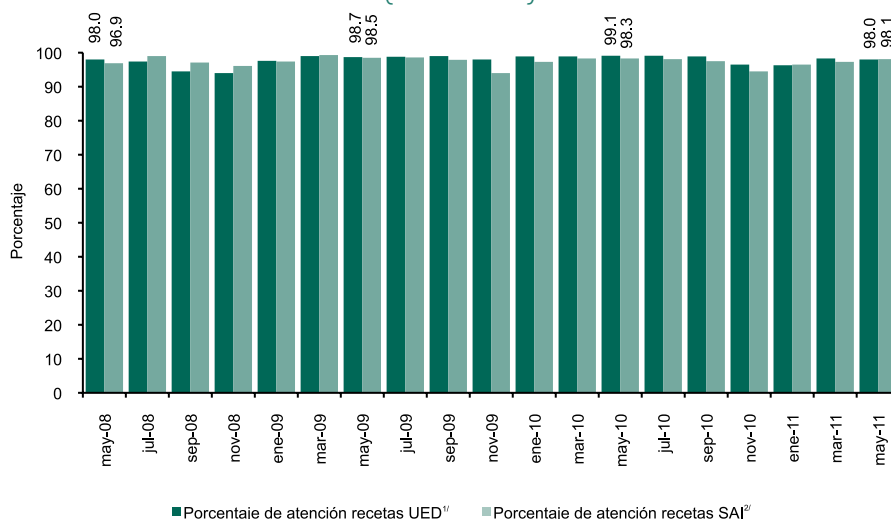


^{1/} Unidad de Evaluación de Delegaciones.

^{2/} Sistema de Abasto Institucional

Fuente: IMSS.

GRÁFICA III.4. PORCENTAJE DE SURTIMIENTO DE RECETAS EN UMAE
(2008-2011)



^{1/} Unidad de Evaluación de Delegaciones.

^{2/} Sistema de Abasto Institucional

Fuente: IMSS.

las unidades operativas locales cuentan con información más oportuna para la toma de decisiones, por estar más cercanas a las necesidades del servicio, sin perder la oportunidad de mejores precios de una compra consolidada. Bajo este esquema, de junio de 2010 a mayo de 2011 se ejercieron un total de 14,498 mdp.

El mecanismo de compras locales electrónicas denominado Bolsa Unica de Ofertas, dotó de herramientas a las delegaciones y UMAE para responder ante incidencias en el cumplimiento de los proveedores de insumos contratados. Mediante este mecanismo de junio de 2010 a mayo de 2011 se ejercieron 1,200 mdp.

De enero a mayo de 2011 se emitieron más de 61 millones de recetas médicas, lo que representa un incremento de 11.7 por ciento respecto del mismo periodo de 2010. Con este nivel de abasto se alcanzó 98 por ciento de recetas completamente surtidas.

Como resultado de estas estrategias de contratación, se logró financiar recetas al mes de mayo de 2011 que promediaron un costo de 109.3 pesos en delegaciones y 1,493.9 pesos en UMAE.

Optimización de la Cadena de Suministro

En materia de abasto del medicamento, el reto continuo que enfrenta el IMSS contempla no sólo obtener mejores precios de compra, sino incrementar la oportunidad de la dotación de medicinas a la población derechohabiente. Para lograr lo anterior se han implementado diversas acciones.

En el ejercicio 2010 se dotó de un presupuesto de 538.1 mdp a las unidades médicas operativas para que contaran con capacidad de respuesta ante problemas en el abasto. Se adoptaron mecanismos de entrega

de medicamentos a domicilio para pacientes con deficiencias renales y hemofilia.

Se introdujo el uso de receta resurtible hasta por tres meses en nuestras farmacias, lo que descongestionó la consulta en medicina familiar, evitó la saturación de los servicios y facilitó el acceso a los medicamentos. Se optimizó el proceso de prescripción por transcripción que permitió a la derechohabiente tener acceso a los medicamentos de especialidades acudiendo a sus UMF. En el periodo de junio de 2010 a mayo de 2011 se atendieron 917,139 derechohabientes por este mecanismo.

A partir de abril de 2011 se instaló una mesa de trabajo permanente con la SFP, para lograr la suscripción de contratos marco de los principales insumos. Con esta herramienta se pretende abatir la disparidad de precios en las adjudicaciones directas locales que se realizan en las unidades operativas.

Asimismo, con la finalidad de mejorar la vinculación y participación de proveedores en las contrataciones locales, se reformó el sistema de compras electrónicas, mediante el cual se posibilita efectuar ventas a nivel nacional a unidades o bien a un solo hospital, incluyendo así a empresas de todos tamaños dentro de la cartera de proveedores del Instituto.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Durante el periodo 2011-2012, el proyecto de optimización de la cadena de suministro se enfocará en proporcionar una mejor atención a los derechohabientes, a través de la mejora de procesos y la actualización de la normatividad y los procedimientos de las funciones logísticas, que permitan hacer más eficientes segmentos importantes de la cadena de suministro de bienes terapéuticos, como son la distribución de medicamentos en servicios hospitalarios y el surtimiento de recetas a pacientes ambulatorios.

Para el periodo junio-diciembre de 2011 se realizarán mejoras en la evaluación del abasto de medicamentos, con el fin de elevar el nivel de atención a los derechohabientes en el surtimiento de sus recetas.

III.1.4. ESTRATEGIA DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

En materia de compras y contratación de servicios, es un reto permanente para el IMSS atender de forma oportuna, ágil y eficiente a la derechohabiente. Por eso trabajamos de forma continua mejorando los procedimientos de compra de medicamentos, de material de curación y de los equipos médicos de última generación que permiten actualizar la infraestructura tecnológica de las unidades médicas, lo cual se traduce en una mejora sustancial en los servicios médicos que se ofrecen por el Instituto.

En 2010 se destinaron 14,181 mdp a la adquisición de medicamentos, materiales de curación y radiológico, mientras que se aplicaron 7,300 mdp en el equipamiento de unidades médicas.

En 2010, el Instituto destinó 25,811 mdp a los rubros de medicamentos, material de curación y material radiológico y 6,346 mdp para el equipamiento de sus unidades médicas a nivel nacional, aplicando estos recursos con eficiencia, mediante estrategias de compra que garantizaron la libre participación, transparencia, equidad y oportunidad en los procesos, generando con ello ahorros significativos y el mayor porcentaje de cobertura posible a las necesidades existentes.

Para la generación de ahorros la estrategia consideró los siguientes aspectos: aprovechamiento de la capacidad de compra (economías de escala);

negociación coordinada con el Sector Salud en materia de precios; contratación multianual cuando es factible; mayor comunicación con las cámaras y asociaciones empresariales, y la aplicación oportuna de las diversas opciones de evaluación que permite la Ley, como son Ofertas Subsecuentes de Descuento y el mecanismo de evaluación a través de puntos y porcentajes, estableciendo además los precios máximos de referencia (ofertas con descuento). Lo anterior permitió obtener ahorros por más de 1,900 mdp en 2010 con respecto a los precios registrados en ejercicios anteriores y los precios obtenidos en las investigaciones de mercado. De igual forma se ha reducido el nivel de incumplimiento de los proveedores.

Las mejoras en la estrategia de compras para 2010 permitieron generar ahorros por más de 1,900 mdp, los cuales se suman a los más de 35,000 mdp obtenidos en la presente Administración.

Por acuerdo presidencial se creó en enero de 2009, la Comisión Intersecretarial de Compras a Micro, Pequeñas y Medianas Empresas (MIPYMES), con la finalidad de realizar el “Programa de Compras Gobierno a MIPYMES”, cuyo objeto es destinar un porcentaje de las compras a este sector empresarial, de conformidad con la Ley para el Desarrollo y Fomento de la Competitividad de las MIPYMES. Para el ejercicio 2010 la SE y la SHCP establecieron para el IMSS una meta de compras a MIPYMES de 2,964 mdp. El Instituto compró un monto de 2,786 mdp a dichas empresas, cumpliendo la meta en 94 por ciento.

En 2010 se realizaron adquisiciones de bienes y servicios a MIPYMES por 2,786 mdp.

El IMSS contrató en el ejercicio 2010 a 36 testigos sociales designados por la SFP, asegurando con ello la transparencia en los eventos licitatorios que rebasaron los cinco millones de días de salario mínimo y en los de impacto significativo en los programas sustantivos, como lo indica el Artículo 26, Ter. de la LAASSP.

Asimismo, con Transparencia Mexicana se ha trabajado para que a partir del segundo semestre de 2011 se inicie un innovador esquema de acompañamiento para fortalecer la transparencia en los procesos de adquisiciones. Cabe señalar que la aplicación de dicho esquema no tiene precedentes en la administración pública mexicana.

En coordinación con Transparencia Mexicana, en el segundo semestre de 2011 se pondrá en marcha un esquema de acompañamiento sin precedentes en México para fortalecer la integridad en los procesos de adquisiciones.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Durante el periodo mayo de 2010 a mayo de 2011 se llevaron a cabo diversos procesos licitatorios y adjudicaciones directas para cubrir las necesidades de insumos para la operación del Instituto en el ejercicio 2011, alcanzando los siguientes niveles de cobertura por tipo de bien.

Bienes terapéuticos

En 2010 el IMSS destinó 25,811 mdp en medicamentos, material de curación y material radiológico. En las compras correspondientes se obtuvieron ahorros por más de 1,500 mdp.

En el rubro de medicamentos y material de curación, en noviembre de 2010 el Instituto realizó ocho

licitaciones por un importe de 4,293.20 mdp a través de la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento, logrando ahorros por 136 mdp. Es importante señalar que el Instituto fue el primero en realizar este tipo de procedimientos de adquisición en la nueva plataforma electrónica COMPRANET 5.0 de la SFP.

En 2010 se obtuvieron ahorros por más de 1,500 mdp en las adquisiciones de medicamentos, material de curación y material radiológico.

Por primera vez se realizaron contratos centralizados para material de curación, consiguiendo un mejor control del proceso de adquisición y por ende mejores precios. Se formalizaron 98 por ciento de las claves relativas a vacunas a principios del mes de noviembre de 2010, lo que permitió que tanto el Instituto como la proveeduría se encontraran en condiciones de realizar los trámites necesarios para la liberación de biológicos en tiempo, logrando alcanzar las metas establecidas dentro de las Campañas de Salud para la población en general, planificadas por la Coordinación de Programas Integrados de Salud.

Teniendo como referencia una investigación de mercado precisa, se realizaron acciones para agregar valor a las estrategias de abasto institucional, lo que permitió la disminución en el gasto relativo a las adquisiciones de bienes y contratación de servicios terapéuticos. Durante el mes de septiembre de 2010, se realizaron dos procedimientos para la contratación del servicio de material de osteosíntesis y endoprótesis por un monto de 409 mdp, de los cuales se obtuvo un ahorro de 65 mdp.

Bienes de inversión

El Instituto realizó compras por 6,346 mdp dentro del Programa de Equipamiento 2010, de los cuales 4,937 mdp corresponden a compras realizadas en nivel central y 1,409 en delegaciones y UMAE.

También se invirtieron 2,376 mdp para equipar unidades médicas de los tres niveles de atención con equipo de última generación, como lo son: mastógrafos, unidades de radiología, unidades de anestesia, oxímetros, pletismógrafos, unidades de resonancia magnética, tomógrafos de 64 cortes, cámaras de centelleo, microscopios para neurocirugía, microscopios para oftalmología de alta especialidad y microscopios para otorrinolaringocirugía, entre otros.

Por su parte se destinaron 878 mdp en la adquisición de 938 bienes para proforma de alto y mediano costo, es decir, bienes cuyo costo unitario es superior a los 250,000 pesos, 1,125 mdp para la adquisición de equipo no médico, consistente en equipo de cómputo, vehículos y bitácora electrónica, entre otros.

La estrategia de adquisiciones de equipamiento le permitieron al Instituto generar ahorros por 424 mdp, monto que equivale a la construcción de tres unidades de medicina familiar. Se adquirieron más de 700 pantallas para salas de espera de clínicas y hospitales por un monto de 10.1 mdp.

En el mes de abril de 2011 se adquirió un equipo de alta tecnología llamado *Cyberknife*, contemplado dentro del Programa Oncológico, el cual proporciona una alternativa no invasiva a la cirugía para el tratamiento de tumores cancerosos y no cancerosos en cualquier parte del cuerpo, reduciendo los riesgos y complicaciones, lo cual se traduce en alargar la esperanza y calidad de vida a alrededor de 1,500 pacientes con esperanza de vida menor a un año. Con la finalidad de detectar tumores cancerosos y minimizar los tiempos para la atención en los tratamientos terapéuticos, el Instituto invirtió, en mayo de 2011, 967 mdp en la compra de nueve aceleradores lineales.

Se llevaron a cabo procesos de adquisición para el equipamiento oportuno de seis obras nuevas: Puerto Vallarta y Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco; San José del Cabo, Baja California Sur; Tecamac, Estado de México; Tecate y Tijuana, Baja California, programando la adquisición coordinada en tiempo y forma con el área requirente, adjudicándose un total de 52,590 bienes

en los meses de marzo, abril y mayo de 2011, lo cual representa un monto de 563.4 mdp.

Para coadyuvar en la reducción de los precios de los bienes adquiridos y servicios contratados, se fortalecieron las tareas de investigación de mercado a través del respaldo de firmas especializadas de renombre internacional.

La estrategia de adquisiciones de equipamiento ha generado ahorros por 424 mdp, lo cual equivale a la construcción de tres unidades de medicina familiar.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Como estrategia de compra se pretende establecer en 22 semanas la duración máxima de los procedimientos de contratación organizándolos en seis etapas: validación del requerimiento, investigación de mercados, estrategia de compra, preconvocatoria, desarrollo de la adquisición y formalización del contrato. En dichas etapas participarán indistintamente: usuarios, áreas técnicas, áreas contratantes y consultores. Se debe considerar que en los procedimientos en los que participen testigos sociales y se lleven a cabo mesas de acompañamiento, el procedimiento de que se trate se realizará hasta en 29 semanas.

El número de derechohabientes que requieren atención médica a través de servicios integrales o contratados se incrementa día con día, por lo que es necesario cubrir las necesidades de manera oportuna a precios convenientes para el Instituto. Los servicios contemplados a contratar en 2011 para el ejercicio 2012 son: cirugía cardiovascular, hemodinamia, osteosíntesis y endoprótesis, diálisis peritoneal ambulatoria y diálisis peritoneal continua ambulatoria.

Destaca que por primera vez en el Instituto, la evaluación de las ofertas de estos servicios en los

procesos licitatorios se realizará bajo la modalidad de Puntos y Porcentajes, previsto en el Artículo 36 de la LAASSP. Bajo este proceso se considerará la experiencia del licitante, su capacidad financiera y la capacidad de los recursos humanos y tecnológicos con los que brindará el servicio, además de que se incluirán otros servicios para la contratación bajo la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento, esperando con esto obtener ahorros de escala.

Para el ejercicio 2011-2012 se inició un programa especial de adquisición de 14 aceleradores lineales, comprando en mayo nueve equipos.

Se impulsarán mejoras en la adquisición de medicamentos y material de curación a través de la realización de procesos 100 por ciento electrónicos, difundiendo ante las cámaras empresariales involucradas el proceso de contratación a través de medios remotos de comunicación (COMPRANET 5.0).

Para el ejercicio 2011-2012 se iniciará un programa especial de adquisición de 14 aceleradores lineales, adquiriéndose en el mes de mayo nueve de los mencionados equipos, proyectándose la licitación pública internacional bajo la cobertura de tratados internacionales para la compra de los cinco equipos restantes en el mes de junio del presente año. La adquisición se realizará mediante las nuevas modalidades de compra previstas en la LAASSP, buscando las mejores condiciones de calidad y precio para el Instituto.

III.1.5. IMAGEN INSTITUCIONAL, ORDEN Y LIMPIEZA

La estrategia de imagen institucional Orden y Limpieza busca brindar a los usuarios internos y externos espacios dignos y limpios. Con base en los resultados de distintas encuestas y evaluaciones en los rubros relativos a la limpieza y el funcionamiento de las instalaciones

sanitarias, se decidió centrar los esfuerzos de esta estrategia en la mejora de esos aspectos.

Para ello se han invertido recursos en la remodelación integral, homogénea y ordenada de baños. Igualmente, se han emprendido acciones de supervisión del estado de la limpieza y funcionamiento de los mismos; se diseñó una campaña de comunicación dirigida a los trabajadores institucionales con el fin de generar conciencia de la importancia de mantener limpias y funcionales las instalaciones, y se mantuvo una estrecha vigilancia para garantizar la existencia de los insumos necesarios de limpieza de los baños en cada unidad a nivel nacional.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Remodelación de baños

En el primer semestre de 2010 se asignó un presupuesto de operación de 49.8 mdp, con lo cual se mejoró la imagen y funcionalidad de 574 baños en 27 unidades médicas que presentaban mayores rezagos en el Instituto, las cuales pertenecen a las Delegaciones de Baja California Sur, Chiapas, Coahuila, Estado de México Oriente y Poniente, Guerrero, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Tlaxcala. Asimismo, se hicieron remodelaciones en las siguientes UMAE: Hospital de Especialidades de Puebla, Hospital de Especialidades No. 1 de Yucatán, Hospital de Especialidades de Jalisco, Hospital General “La Raza” y Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21 de Nuevo León.

Debido a la importancia que tiene el nivel de limpieza, funcionamiento y operatividad de los baños de acceso al derechohabiente para la imagen institucional y el objetivo de mejora de la percepción de limpieza en las unidades médicas, se aprobó una ampliación presupuestal para el segundo semestre de 2010 por 170 mdp, con la cual se remodelaron 1,889 baños en

unidades médicas de primer, segundo y tercer niveles en todo el país.

Durante 2010 se invirtieron 170 mdp para mejorar la imagen y funcionalidad de 1,889 baños en 33 delegaciones y nueve UMAE.

Proceso de supervisión

En octubre del 2010 se implementó el proceso de supervisión mediante la aplicación de las cédulas de supervisión de limpieza de baños en todas las delegaciones y UMAE del Instituto, de la cual se generaron los indicadores de limpieza, funcionamiento y abasto. Los resultados obtenidos en el periodo octubre de 2010-mayo de 2011 fueron: limpieza: 8.1 (en una escala del 0 al 10); funcionamiento: 94.2 y abasto: 83.4 (en una escala del 0 al 100 en ambos casos).

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Proceso de supervisión

Para el mes de junio de 2011 se tiene programado trabajar en mejorar el proceso de supervisión de las tareas de limpieza, para lo cual se contempla implementar un sistema en línea que permitirá llevar a cabo en forma eficiente el seguimiento y control de los indicadores de limpieza, funcionamiento y abasto de los baños en las unidades del Instituto.

Aunado a lo anterior, se modificará el proceso de aplicación de la cédula de limpieza, el cual contemplará una revisión aleatoria y sin previo aviso de baños de hospitalización, públicos y de personal.

III.1.6. TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

El nuevo proceso de transcripción de medicamentos es un proyecto de mejora importante para el Instituto, contemplado en el Programa de Mejora de la Gestión (PMG) que coordina la SFP.

La transcripción de medicamentos es otorgada a todos los derechohabientes que han sido atendidos en una unidad de segundo o tercer nivel de atención médica y reenviados a su UMF de adscripción para continuar con su tratamiento, y asegurar la disponibilidad de sus medicamentos en dicha UMF durante la duración del tratamiento.

El nuevo proceso de transcripción de medicamentos incluido en el Programa de Mejora de la Gestión, busca garantizar el surtimiento oportuno de la receta de transcripción al derechohabiente y evitar que el derechohabiente sea el gestor del trámite.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Del mes de mayo de 2010 a mayo de 2011 se llevaron a cabo actividades que son la base para la mejora del proceso de transcripción, lo que asegurará el surtimiento de recetas en forma oportuna al derechohabiente:

- I. Se elaboró un programa de capacitación en el que personal de nivel central impartió los cursos correspondientes a las delegaciones y UMAE, las cuales a su vez se replicaron con el personal involucrado en sus unidades médicas, con la participación de las Jefaturas de Servicios Administrativos y de Prestaciones Médicas.

Por parte de nivel central se capacitó a 310 trabajadores (administradores y monitores delegacionales).

En julio del 2010 se dio inicio a la implementación del nuevo proceso de transcripción a nivel nacional, la cual se llevó a cabo en cuatro etapas y cubrió todas las unidades médicas de primer y segundo niveles de las 35 delegaciones y en las 25 UMAE del país.

- II. En agosto de 2010 la DPM actualizó el procedimiento normativo del proceso mejorado de transcripción de medicamentos entre unidades médicas, a fin de homogeneizar su aplicación a nivel nacional.
- III. Se realizó un Plan de Aseguramiento de la Mejora, el cual está conformado por el desarrollo de un reporte mensual de indicadores a nivel de unidades médicas de primero, segundo y tercer niveles, así como delegacional y normativo.

El proceso mejorado de transcripción de medicamentos se encuentra implementado a nivel nacional, lo que permite contar con información en línea de los pacientes de transcripción.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Una vez que se ha concluido con la implementación del proceso mejorado de transcripción de medicamentos a nivel nacional, para este periodo se consideran las siguientes acciones:

- I. Dar atención a los reportes de incidencias y seguimiento a las mismas, propias de la implementación de un nuevo proceso.
- II. Reforzamiento a la capacitación dentro de las unidades médicas.
- III. Darle continuidad mensual al Plan de Aseguramiento de la Mejora.
- IV. Realizar dos veces al año la medición de la satisfacción de los usuarios.

III.1.7. ESQUEMAS PARA LA REDUCCIÓN DE MERMAS

Actualmente, el Instituto lleva a cabo una estrategia orientada a eliminar las mermas que se pudieran presentar en la cadena de suministro de medicamentos, así como darle transparencia y certeza al destino final del gasto en los tratamientos que se proporcionan a los derechohabientes. Para ello se trabaja en tres principales vertientes.

- I. Proyecto de contratación del servicio de mezclado de medicamentos, que permitirá suministrar de forma precisa y segura los tratamientos de quimioterapia y nutrición parenteral a los pacientes, situación que además cumple con los requerimientos de la recientemente publicada NOM-249-SSA1-2010 y posibilita realizar el pago por mililitro del fármaco, en forma posterior al consumo del mismo, contando con un acuse biométrico de la recepción del tratamiento, lo que permitirá reducir los costos asociados al mismo.
- II. Modificación a la cadena de suministro para medicamentos de alta especialidad, los cuales serán entregados al IMSS en los hospitales de segundo y tercer niveles, 72 horas antes del consumo del derechohabiente, sin entrar a los almacenes, maximizando con ello la capacidad logística y reduciendo significativamente el costo de inventarios.
- III. Centro Automatizado de Distribución de Insumos Terapéuticos 24 horas (CADIT), el cual funcionará como una farmacia intrahospitalaria que operará las 24 horas del día, a fin de mantener de forma ininterrumpida el suministro de insumos terapéuticos en hospitales al menor costo.

La estrategia para eliminar las mermas en la cadena de suministro de medicamentos incluye tres vertientes: contratación del servicio de mezclado de medicamentos, modificación a la cadena de suministros para medicamentos de alta calidad y un Centro Automatizado de Distribución de Insumos Terapéuticos las 24 horas.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Con relación a la implementación del CADIT se realizaron visitas a hospitales de las delegaciones en las que se registran las mejores prácticas, como son: Aguascalientes, Baja California, Jalisco, Tabasco y la UMAE Lomas Verdes, las cuales lograron mejoras en el uso de sus recursos al establecer controles e innovaciones en el manejo y distribución de bienes terapéuticos.

Para cumplir con los objetivos planteados, se diseñó un proceso para la distribución de insumos terapéuticos a servicios hospitalarios, resultando un modelo con las siguientes características principales:

Establecimiento de un centro único en los hospitales para la distribución de insumos terapéuticos a los servicios hospitalarios, en dosis unitarias por paciente.

Apoyo en un sistema informático para la gestión de las solicitudes de insumos por servicio hospitalario y paciente, así como para la gestión de inventarios, consumos y reabastecimiento.

Utilización de un sistema de correo neumático para el envío de las dosificaciones unitarias a cada uno de los servicios hospitalarios.

Funcionamiento del CADIT las 24 horas del día los 365 días del año.

Se propuso la realización de una prueba piloto en dos hospitales, siendo seleccionados el Hospital General de Zona (HGZ) No. 197 Texcoco, perteneciente a la Delegación Estado de México Oriente y la UMAE "Lomas Verdes". Para esto, se desarrolló una solución informática, tomando como base el sistema Centro Único de Concentración y Distribución de Insumos (CEUCONDI) de la Delegación Baja California.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

El CADIT se implementará a nivel nacional en dos etapas; la primera correspondiente a la prueba piloto, con un hospital de segundo nivel y una UMAE, que se desarrollará durante el mes de junio del 2011; la segunda etapa contempla su habilitación en un grupo de unidades médicas seleccionadas en diferentes partes del país.

Para contar con una visión general del comportamiento del proyecto se diseñó una serie de indicadores: "Congruencia del Consumo", que mide el comportamiento del consumo de medicamentos (en dosis personalizadas) de alto costo y medicamentos sustantivos; "Dotación Fija", que mide la variación mensual del número de piezas entregadas al CADIT/F24, y "Costo de Dotaciones Fijas", que considera la variación mensual del valor del consumo de medicamentos.

Resultados esperados

Agilización de la entrega de medicamentos a los pacientes hospitalizados las 24 horas.

Optimización del tiempo de preparación de las dosificaciones.

Reducción de las actividades administrativas al personal de Enfermería.

Homologación de la distribución de bienes terapéuticos en los hospitales.

Generación de información oportuna y en línea de los inventarios y el consumo real de bienes terapéuticos.

III.1.8. PERSONAL

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

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

PRESUPUESTO Y GESTIÓN DEL GASTO EN SERVICIOS PERSONALES

El H. Consejo Técnico autorizó para el ejercicio 2010 un presupuesto inicial de 118,911 mdp, en flujo de efectivo, para los Servicios Personales y cubrir un total de 392,393 plazas de trabajadores permanentes y eventuales, sujetas a disponibilidad presupuestal.

Al cierre del ejercicio 2010 el presupuesto modificado, en flujo de efectivo, fue de 115,957 mdp, en tanto que el gasto del ejercicio fue de 115,803 mdp, con una ocupación promedio de 380,327 plazas, es decir, 96.9 por ciento de las plazas autorizadas. Con esta plantilla, se fortaleció la atención a la derechohabiente a través de los siguientes programas:

Programa de Inversión (2009-2012), el cual consiste en nuevas obras, ampliaciones y remodelaciones de unidades médicas.

Contingencias de salud como las pandemias del dengue y conjuntivitis.

Otros programas médicos de alta prioridad (DIABETIMSS, PREVENIMSS, Consulta de 6°. y 7°. Día, y Abatimiento de Rezago Quirúrgico, entre otros).

La creación de nuevas plazas se enfocó a cubrir la atención de derechohabientes, a través de los siguientes programas: i) Programa de inversión: obras nuevas, ampliaciones y remodelaciones; ii) Contingencias de salud, y iii) Programas médicos de alta prioridad como DIABETIMSS, PREVENIMSS, Consulta de 6° y 7° Día, y Abatimiento del Rezago Quirúrgico, entre otros.

Para 2011 el presupuesto autorizado en flujo de efectivo ascendió a 121,901 mdp, que significa un aumento de 2.5 por ciento respecto al presupuesto original de 2010, para un total de 396,142 plazas. La ocupación promedio en el periodo abril-mayo de 2011 fue de 388,892 plazas, mayor en 3.4 por ciento que en el mismo periodo de 2010.

Consecuentemente, en el periodo enero-mayo de 2011, la vacancia fue de 7,250 plazas, valor que resulta menor en 8,933 plazas respecto de la cifra del mismo periodo de 2010. Dicho incremento en la ocupación de plazas ha permitido reforzar el quehacer institucional, principalmente a través del apoyo a programas especiales.

Por otra parte, durante el primer cuatrimestre de 2011 el gasto en Servicios Personales alcanzó los 39,027 mdp, monto que presenta un crecimiento de 3,654 mdp con respecto al gasto del mismo periodo del año anterior.

Reclutamiento de candidatos de nuevo ingreso

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

Al amparo de los citados convenios, al mes de mayo de 2011 existían 82,416 trabajadores de nuevo ingreso contratados bajo los nuevos esquemas, por lo que ya no serán parte del pasivo laboral institucional.

Ausentismo no Programado en Trabajadores IMSS

Al mes de abril de 2011 el índice de ausentismo no programado observó un valor de 3.36 por ciento, cifra que resulta favorable frente al reportado a diciembre de 2010 de 3.46 por ciento.

Régimen de Jubilaciones y Pensiones

El presupuesto autorizado para el RJP para el ejercicio 2010 fue de 37,718 mdp, monto que en promedio cubrió las jubilaciones y pensiones de 182,897 ex trabajadores del IMSS. En 2011, el presupuesto para este rubro es de 43,521.1 mdp, monto superior en 15.4 por ciento al autorizado para el ejercicio 2010.

En el periodo enero-mayo de 2011 se ejercieron 19,120 mdp para cubrir el gasto que genera el RJP; de este monto, 3,397.7 mdp se recuperaron por las

aportaciones de Pensiones en Curso de Pago a cargo del Gobierno Federal, mientras que los 15,722.3 mdp restantes corrieron a cargo del IMSS. La cifra total erogada a mayo de 2011 superó en 15.1 por ciento la correspondiente al cierre de mayo de 2010, debido a que 14,748 trabajadores se jubilaron o pensionaron entre el periodo mayo de 2010 a mayo de 2011.

Asimismo, se estima que 25,103 trabajadores alcanzarán durante el 2011 el derecho de jubilación, en tanto que en el periodo enero-mayo 2010, 17,631 trabajadores activos ya cumplían con los requisitos de años de servicio para incorporarse a la nómina de jubilados. Se estima que cerca de 38 por ciento de las personas primero referidas, ejercerán su derecho adquirido durante el presente ejercicio.

Contratación de servicios profesionales por honorarios

El presupuesto de gasto para contratos de servicios profesionales por honorarios en 2010 ascendió a 167 mdp, de los cuales al cierre del ejercicio se redujeron 25 mdp, quedando un presupuesto de 142 mdp, monto que cubrió los 654 contratos vigentes al cierre del ejercicio. Para 2011, el presupuesto correspondiente asciende a 167 mdp, monto igual al autorizado en el ejercicio anterior. Al mes de abril de 2011 se mantienen formalizados 689 contratos, cifra menor en cinco casos a lo registrado en el mismo mes del ejercicio anterior. Asimismo, el gasto acumulado en este rubro en el periodo enero-abril 2011 asciende a 32.32 mdp.

Agilización del proceso de contratación

En este periodo se definieron lineamientos para hacer más ágil y eficiente el proceso selectivo de aspirantes de nuevo ingreso a categorías de Base y Confianza, así como de promociones de trabajadores en puestos de Confianza "A".

Entre las acciones de mejora en el ámbito de los puestos de Confianza "A" están las siguientes: disminución de la duración del curso de Integración a la Misión Institucional mediante la sustitución de horas presenciales por material didáctico; ajuste de requisitos de escolaridad y experiencia a 30 puestos de áreas administrativas; exención del proceso selectivo a las promociones a puestos administrativos con afinidades de requisitos y funciones; y exención del proceso selectivo a los trabajadores que cambien a puestos de menor o igual nivel salarial.

Automatización del proceso de asignación de matrículas y proceso selectivo

Se desarrolló un proyecto de asignación automática de matrículas en la Intranet Institucional, misma que a la fecha se encuentra en la etapa de prueba de funcionalidad por parte del Sistema de Administración de Personal (SIAP), en la Delegación Estado de México Oriente y en las Oficinas Centrales. Posteriormente será implementado a nivel nacional.

Programa de infraestructura

Con el propósito de mejorar la oferta de servicios que se brinda a la población derechohabiente, durante 2010 se asignaron 5,155 nuevas plazas para el inicio de la operación de nuevas unidades médicas, destacando las siguientes: Hospital General de Zona "San Pedro Xalpa", Distrito Federal; Hospital General de Zona en Apodaca, Nuevo León; Hospital General de Zona en Playa del Carmen, Quintana Roo; Hospital General de Subzona en Tecate, Baja California, así como las Unidades de Medicina Familiar en Guadalupe, Nuevo León, y en Tijuana, Baja California; además, para cubrir las necesidades de personal derivadas de 17 ampliaciones y remodelaciones.

En el periodo enero-mayo de 2011 se han asignado 1,316 plazas adicionales para cubrir necesidades de

personal derivadas de ampliaciones y remodelaciones, así como de la apertura de cinco nuevas unidades: Hospital General Regional en Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco; Hospital General Regional en Tecámac, Estado de México; Hospital General de Subzona en San José del Cabo, Baja California Sur; así como las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) en Valle de Chalco, Estado de México, y Cuajimalpa de Morelos, Distrito Federal.

De enero de 2010 a mayo de 2011 se autorizaron 6,471 nuevas plazas para atender 36 nuevas obras y diversas ampliaciones y remodelaciones.

Programas médicos

En apoyo a la ejecución de las iniciativas del Programa de Trabajo 2009-2012, se ha dado énfasis a los programas con impacto directo en la población derechohabiente, asignando 730 plazas para atender programas médicos y de equipamiento como son: Redes Zonales en apoyo a los servicios de Urgencias en primero y segundo niveles, Residentes de Especialidad de Rama, equipos de imagenología, resonancia magnética abierta, tomografía axial computarizada, aceleradores lineales y *Cyberknife*. Asimismo, se ha dado continuidad con Tiempo Extraordinario a la Consulta de Medicina Familiar en 6°. y 7°. Día, asignando 149 mdp en 2010, y 57 mdp para el periodo enero a mayo de 2011.

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

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para el segundo periodo del año 2011 se continuará con el esfuerzo de contención del gasto para cubrir las

necesidades de personal del Instituto con el presupuesto autorizado y mantener la tendencia observada de un crecimiento moderado del gasto en servicios personales a pesar del crecimiento más acelerado de la ocupación.

Automatización del proceso de asignación de matrículas y proceso selectivo

Se implementará el proyecto de asignación automática de matrículas a nivel nacional a fin de volver más ágil el proceso de cobertura de plazas de Base y de Confianza.

Programa de Infraestructura

Se gestionará ante las instancias correspondientes el apoyo financiero para atender las necesidades de plazas derivadas de los programas de obra y médicos.

III.1.9. ATENCIÓN EN VENTANILLA

Los diagnósticos elaborados con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos (ENSAT) señalan que la oportunidad en el otorgamiento de servicios y prestaciones, los tiempos de espera y el trato que reciben los usuarios en las unidades, son los factores que más inciden en la evaluación de la calidad de los servicios institucionales y en la conformación de la imagen acerca del IMSS.

El objetivo del programa Atención en Ventanilla consiste en mejorar la atención y el desempeño en las ventanillas de las unidades médicas y administrativas, para garantizar un encuentro eficiente, resolutivo y amable entre los usuarios y el personal que las atiende.

La estrategia de trabajo permitió a las unidades operativas y administrativas identificar las principales debilidades de la gestión, y definir proyectos específicos cuya ejecución atiende las deficiencias identificadas, a través de acciones integrales que garantizan la mejora

de los procesos con resultados de impacto inmediato y tangible en los servicios institucionales para los usuarios.

El Programa Atención en Ventanilla busca garantizar un encuentro eficiente, resolutivo y amable entre los usuarios y el personal que atiende las ventanillas de servicio al público.

Se estima que serán 41 millones de usuarios los beneficiarios anuales de este programa: 26.7 millones en el primer nivel de atención; 9.2 millones en hospitales; 3.3 millones en subdelegaciones; 381,000 en UMAA, y 1.5 millones en UMAE. Todo ello significa 123.5 millones de contactos anuales.

Se estima que serán 41 millones de usuarios los beneficiarios anuales de este Programa.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En la estrategia de trabajo se determinó realizar un diagnóstico de la situación en las ventanillas de las unidades, partiendo de dos premisas: primera, no es factible entender la importancia de la ventanilla si no se contextualiza en el ámbito de los procesos que se realizan en la misma y, segunda, es necesario conocer el perfil, los recursos propios e institucionales de quien la atiende.

Durante los meses de julio y agosto de 2010 se efectuó un diagnóstico preliminar que permitió obtener una visión general de la situación que prevalece en cada unidad y en cada delegación, con base en la información disponible, así como en el contexto de la experiencia de la operación. Se obtuvo información del número de ventanillas y del personal vinculado.

Del análisis de 7,662 ventanillas en 1,323 unidades médicas y administrativas en las que laboran 9,906 personas, se concluyó que los problemas vinculados con la organización del trabajo, la administración y capacitación del personal, el funcionamiento de los equipos y sistemas informáticos, y la infraestructura inciden sobre los tiempos de espera según el tipo de ventanilla y trámite.

Entre septiembre y noviembre de 2010 se realizó un diagnóstico más amplio que involucró a 217 UMF de más de 10 consultorios y 178 Hospitales de Segundo Nivel de Atención con ventanillas de Prestaciones Económicas, Archivo Clínico, Laboratorio, Radiodiagnóstico y Farmacia, así como 98 subdelegaciones con ventanilla de Prestaciones Económicas.

A nivel central se establecieron los indicadores para monitoreo, evaluación, mejora de la operación y el desempeño en la atención en ventanilla. Al 31 de diciembre de 2010 se tenían registrados 189 programas de trabajo. En el primer trimestre del año se incluyeron para seguimiento los 312 programas de trabajo restantes, para un total de 501 unidades, y se efectuó un taller de capacitación para concluir el análisis y definición de los programas de 21 UMAE.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Durante el segundo semestre de 2011 se realizará el seguimiento a los 501 programas de trabajo en subdelegaciones y unidades médicas de primer y segundo niveles de atención y a los 21 programas de las UMAE.

Se ha desarrollado el Sistema de Seguimiento y Evaluación de los Programas de Ventanillas que operará vía Intranet a partir de octubre de 2011 para llevar a cabo el segundo levantamiento de la cédula de diagnóstico que medirá en las unidades el impacto de las acciones programadas. Permitirá, asimismo, la inclusión de nuevas unidades y la puesta en marcha del programa de auditoría vía sistema y presencial para la evaluación de los logros obtenidos durante el periodo de 2011.

El Programa de Atención en Ventanilla es una responsabilidad compartida entre el ámbito normativo, el delegacional y las UMAE, y para impulsarlo se cuenta con el compromiso de autoridades y cuerpos de gobierno.

La supervisión de los avances en la implantación del programa de Transformación Integral de Trámites de Atención al Derechohabiente y Normatividad (TITAN) en las unidades delegacionales para asegurar su correcta operación en las ventanillas correspondientes, asegurará la capacitación en normatividad interna y en trámites y servicios, así como la difusión al usuario sobre requisitos, horarios y ubicación.

TITAN

El objetivo del Programa TITAN es mejorar los trámites de alto impacto del Instituto y contribuir a elevar la gestión institucional y la calidad de la atención a los derechohabientes.

TITAN representa el compromiso institucional de asumir como propias las necesidades y expectativas del derechohabiente y aprovechar los recursos disponibles para definir e implantar mejoras que sean objeto de un seguimiento continuo y permanente.

Las metas del programa son: establecer un modelo de gestión enfocado a agilizar la respuesta del Instituto a la demanda de servicios de la derechohabencia; lograr una simplificación administrativa que permita eliminar el rol de derechohabiente-gestor, e impulsar la automatización de los trámites.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Las direcciones normativas han coordinado actividades en las delegaciones para la implantación de mejoras de diversos procesos, consistentes en medidas para reducir el tiempo de ejecución de trámites, homologar los

requisitos para realizarlos, capacitar a los empleados y supervisar el cumplimiento de las mejoras.

El programa TITAN ha contribuido a la mejora en gestión institucional y calidad en la atención de 11 trámites de alto impacto.

El plan de trabajo para 2010 se implementó en cuatro fases: establecimiento de las bases normativas; análisis de información; información de consenso, y entrega de planes de trabajo e implantación.

El trabajo se realizó en dos bloques: 7 proyectos en el primer semestre y 26 en el segundo semestre. Se concluyó con el establecimiento de las bases de información para el seguimiento y la aplicación de mejoras durante 2010-2011.

Al mes de mayo se implantaron mejoras en 11 trámites de alto impacto.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Las direcciones normativas se encuentran analizando las recomendaciones y las posibles soluciones de mejora de los trámites seleccionados, a fin de definir y consensuar con las áreas operativas (delegaciones) propuestas que aporten valor al derechohabiente. También se encuentran diseñando los indicadores para la medición de las mejoras de los trámites, a fin de documentar los beneficios, cuantificar el impacto y definir el programa de trabajo para la implantación de las mismas.

A partir de 2011 se vincularon las estrategias de los programas de Atención a Ventanillas y TITAN.

El Programa de Atención en Ventanillas se vincula directamente con las mejoras obtenidas en el Programa TITAN, por lo que se decidió alinear las estrategias de ambos programas a partir de 2011, con el fin de lograr el fortalecimiento de la imagen institucional ante la opinión del usuario.

III.1.10. PROGRAMA DE MEJORA DE LA GESTIÓN (PMG)

El PMG es el instrumento del Ejecutivo Federal de carácter obligatorio que impulsa mejoras a la gestión de las instituciones públicas, así como mejores resultados, para que respondan de forma eficaz y eficiente a las demandas y necesidades de los ciudadanos.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Para lograr un impacto focalizado se alineó el PMG con el Programa de Trabajo 2009-2012, logrando obtener una versión institucional que impulsa la gestión transversal de los principales procesos, trámites y servicios de alto impacto para los usuarios.

Bajo esos criterios, se integró el Programa Institucional de Mejora de la Gestión (PIMG) 2010, al cual se incorporaron como compromisos los siguientes proyectos de alta prioridad: Atención en Urgencias; Transcripción de medicamentos y solicitud de medicamentos de alto costo; Cambio de Unidad Médica de Adscripción; Registro de derechohabientes; Solicitud de cita médica en primer nivel; Autorización Permanente para recibir servicios en circunscripción foránea, y Mejora de trámites de solicitud de pensión en sus diferentes modalidades, así como el trámite para la solicitud de subsidio por riesgo de trabajo. En ese mismo año se incorporaron los proyectos: Fortalecimiento de equipo médico y Cita Médica Telefónica, cuya implementación abarca el ejercicio 2011 debido a la relevancia de su impacto en la capacidad institucional y la magnitud de su inversión presupuestal.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Los proyectos de mejora concluidos en 2010, entraron durante 2011 a la denominada: "Fase de Aseguramiento", durante la cual deberán sostenerse los estándares alcanzados e iniciar un monitoreo periódico de los indicadores cualitativos y cuantitativos comprometidos, que permitan conocer el impacto efectivo de las mejoras realizadas, así como promover su mejora continua.

Adicionalmente, el Instituto comprometió en el PIMG 2011 tres nuevos proyectos: 1) transcripción de medicamentos Fase 2012, en el cual se extiende la cobertura a todas las delegaciones del IMSS; 2) solicitud de ingreso e inscripción a guarderías del IMSS vía Internet, y 3) determinación de invalidez para fines de pensión, los cuales a la fecha muestran avances importantes en el proceso de implantación.

La DAED ha seguido una estrategia de coordinación y seguimiento del PIMG, orientada a la búsqueda de acuerdos y consensos necesarios para el cumplimiento de los compromisos adquiridos, mediante una red de enlaces representantes de todas las áreas normativas de nivel central y áreas desconcentradas del Instituto.

III.1.11. MODELO DE COMPETITIVIDAD, EFECTIVIDAD Y RESULTADOS INSTITUCIONALES (MOCERI)

El Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI) es un modelo de calidad y competitividad que impulsa a las unidades del IMSS a lograr la mejora de sus procesos y servicios, así como la satisfacción de los trabajadores y usuarios a través de una mejor gestión directiva.

Se orienta a encauzar y dar estructura a los esfuerzos institucionales apoyando a los directivos

en el despliegue de estrategias institucionales. Este modelo se encuentra alineado al eje rector que impulsa la mejora de la capacidad de gestión y operación del IMSS, promoviendo en las unidades de servicios la generación de mejores prácticas.

El certamen del Premio IMSS de Calidad es el reconocimiento del MOCERI a las unidades de mayor avance en su implantación. Se han registrado 59 unidades ganadoras, quienes han realizado prácticas novedosas y vanguardistas como: clínica de pie diabético y heridas, atención integral a pacientes quemados, tecnología digital en laboratorios y rayos X, entre otros; lo que ha permitido a dichas unidades ganadoras participar en certámenes externos de calidad.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En la cuarta Sesión Ordinaria del Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS) se decidió tomar como referencia el MOCERI del IMSS como guía para el Premio Nacional de Calidad en Salud, que impulsa la Secretaría de Salud.

Debido al gran número de unidades con las que cuenta el Instituto, se realizó un esquema de autoevaluación, que permitió a los directivos de las unidades, la revisión sistemática del desempeño de sus procesos, servicios y resultados, lo que les permitió discernir las fortalezas y áreas de oportunidad de la organización e incentivar la generación de mejores prácticas.

Para ubicar el posicionamiento y las estrategias realizadas para la implantación del MOCERI se llevó a cabo la autoevaluación del 2010 y 2011 de 692 y 743 unidades de servicios, respectivamente, con un nivel promedio de 279 y 347 puntos, ambos dentro de la parte media de la banda de desarrollo del modelo, lo que refleja el crecimiento en la adopción de sus criterios.

En la cuarta Sesión Ordinaria del Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS) se decidió tomar como referencia el MOCERI del IMSS como guía para el Premio Nacional de Calidad en Salud, que impulsa la Secretaría de Salud.

En la CI Asamblea General Ordinaria del IMSS se entregó el reconocimiento del Certamen Premio IMSS de Calidad 2009 a tres unidades ganadoras:

- Categoría I, Unidades Médicas de primer nivel, a la UMF No. 26 de Monterrey, Nuevo León.
- Categoría III, Unidades Médicas de tercer nivel, a la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades “Ignacio García Téllez” de Mérida, Yucatán.
- Categoría V, Unidades Sociales, a la Guardería Ordinaria No. 006 de la Delegación Distrito Federal Norte.

En el 2011 se emitió la convocatoria a unidades de servicios al Premio IMSS de Calidad 2010. En este certamen se encuentran en proceso de evaluación 121 unidades inscritas.

Del total de unidades autoevaluadas en el 2011, 65 por ciento corresponde a unidades de atención médica, siendo 44 por ciento de primer nivel y 18 por ciento de segundo nivel. Por su parte, las unidades de prestaciones sociales representaron 22 por ciento y las subdelegaciones, 12 por ciento.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Con los resultados de las autoevaluaciones del MOCERI en las delegaciones y UMAE del sistema se realizará, en el segundo semestre del 2011, un seguimiento preciso a las unidades más representativas para incrementar su nivel de madurez.

Asimismo, se hará la documentación, consolidación y difusión de las mejores prácticas que resulten de la implantación del MOCERI en las delegaciones y UMAE, así como las que hayan implantado las unidades ganadoras del Certamen Premio IMSS de Calidad en su versión 2010.

Para impulsar la adopción del modelo y la generación de mejores prácticas, se actualizará la norma que establece las disposiciones del MOCERI, conforme al programa normativo.

III.1.12. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN CALIDAD

El Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Habilidades Directivas para la Competitividad® (MEFHADIC®), es una estrategia para mejorar la gestión directiva en el Instituto, mediante el desarrollo de competencias en los cuerpos de gobierno de las unidades administrativas y con ello impulsar una cultura de calidad.

El MEFHADIC fue ganador del Premio Internacional de Buenas Prácticas 2009 que otorga la Asociación Internacional de Seguridad Social; este modelo tiene el propósito de que los directivos del IMSS se conviertan en líderes con competencia en los niveles estratégico, táctico y operativo y cuenten con equipos de alto desempeño que les permitan desarrollar una mejor toma de decisiones orientada a ofrecer servicios que escuchen la voz del usuario, logrando una cultura de calidad, con sistemas y procesos de vanguardia.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En el Foro Mundial de la Seguridad Social realizado en Sudáfrica en noviembre de 2010, se reconoció a México premiando al IMSS por el MEFHADIC®, al que le otorgaron el primer lugar como una buena práctica en seguridad social a nivel mundial. El modelo y todo su

contenido está registrado como propiedad intelectual de uso exclusivo del IMSS y quedó inscrito en el Instituto Nacional del Derecho de Autor el 23 de junio de 2010.

El diseño del modelo se basó en una investigación documental y de campo a nivel nacional e internacional, acerca de las nueve competencias directivas que se requieren en el IMSS (atención y servicio al cliente, pensamiento estratégico y sistémico, liderazgo, toma de decisiones, gestión de la diversidad, gestión de la asociatividad, gestión del cambio, trabajo en equipo y comunicación efectiva). Por las dimensiones del IMSS en cuanto al número de directivos, distribución geográfica y características propias de cada unidad laboral, la implantación del MEFHADIC® contempló tres etapas, de las que se completaron las de diseño y prueba piloto.

El MEFHADIC® del IMSS recibió el premio mundial al primer lugar como buena práctica en seguridad social, otorgado por el Foro Mundial de la Seguridad Social 2010.

El MEFHADIC® se encuentra en la fase de expansión que comprende la implantación del modelo en los 35 cuerpos de gobierno delegacionales. Se tiene previsto que en el periodo 2011-2012, el MEFHADIC® concluya la fase de expansión para continuar con la fase de generalización, así como medir el impacto del mismo para su mejora.

Para 2012 el MEFHADIC® habrá concluido su fase de expansión que incluye la implantación del modelo en las 35 delegaciones.

Para facilitar esa etapa, en los cuerpos de gobierno de todas las unidades administrativas del IMSS se realiza la desconcentración parcial del proceso de implantación del modelo en las Coordinaciones Delegacionales de

Calidad y Normatividad. Inicialmente, con un universo que contempla a unidades médicas de primer nivel con diez o más consultorios, en un proceso gradual y planificado que conduzca hacia la cobertura total de las unidades administrativas.

El proceso de implantación del modelo se monitorea y controla a través del Sistema de Información de Gestión Directiva (SIGEDI), infraestructura tecnológica que en un trabajo conjunto con la DIDT se está desarrollando para dar seguimiento al avance de los líderes competitivos en el proceso de certificación, además de administrar los cuadros de reemplazo de los directivos IMSS.

Posteriormente a la evaluación inicial se realizó el fortalecimiento de competencias directivas de los 11 cuerpos de gobierno delegacionales y de tres unidades médicas (UMF, HGZ y UMAE) que participaron en la prueba piloto. Al cierre de mayo del 2011 han participado 221 directivos en esta capacitación.

En la actual etapa de expansión se llevó a cabo la evaluación con un enfoque de competencias a 89 directivos de siete cuerpos de gobierno delegacionales, iniciando el proceso de fortalecimiento. En forma simultánea se inició con la etapa de generalización considerando a los cuerpos de gobierno de doce unidades de medicina familiar de diez o más consultorios correspondientes a las delegaciones Chihuahua, Colima, Guerrero, Nayarit, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Veracruz Norte y Zacatecas, lo cual incluirá inicialmente a 180 directivos de nivel operativo. En apoyo a la implantación del modelo y de las acciones en materia de calidad generadas por el mismo, se llevaron a cabo 1,566 cursos en modalidad presencial a nivel nacional con un total de 27,284 participantes.

La implantación del modelo se facilita con recursos humanos formados y certificados, que a la fecha suman: 1,184 auditores internos, 29 auditores líderes, 651 asesores internos, 2,104 instructores en calidad, 75 facilitadores en línea, 40 consultores internos, 80 *coaches* gerenciales y 185 instructores gerenciales.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se continuará con la etapa de expansión en el proceso de diagnóstico a los cuerpos de gobierno delegacionales, con la aplicación de la evaluación inicial y el fortalecimiento de las competencias directivas en 238 líderes estratégicos.

Además, desarrollando y actualizando el “Espacio de Líderes para la Competitividad” y el sitio virtual “Gestión Directiva” en Intranet, relacionados con el MEFHADIC®. Asimismo, se continuará trabajando conjuntamente con la DIDT en el desarrollo del Sistema Informático del SIGEDI.

III.1.13. PROYECTOS DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

En atención a las necesidades tecnológicas de la DAED, la DIDT desarrolla diversos proyectos de automatización de procesos que facilitan y agilizan la atención a los derechohabientes, mejoran la administración de los recursos institucionales e incrementan el control de los propios procesos, elevando la calidad de los servicios y reduciendo los gastos operativos.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (ERP)

Por lo que hace al proyecto estratégico institucional para la actualización de la plataforma tecnológica del Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (ERP) –por las siglas en inglés de *Enterprise Resource Planning*–, durante el periodo comprendido de mayo de 2010 a mayo de 2011, se iniciaron y concluyeron

los procesos de adquisición para el licenciamiento de módulos PeopleSoft 9.1 para dar inicio a la fase de implementación del nuevo modelo.

División de Sistemas de Abasto

Derivado de la necesidad de garantizar el abasto de medicamentos para los pacientes de transcripción, se implementó el proceso “Prescripción por Transcripción” en 1,099 UMF, 323 hospitales de segundo y tercer niveles y 38 almacenes delegacionales.

Dada la necesidad de contar con un mecanismo para atender los incumplimientos de proveedores en órdenes de reposición, se incluyeron en el esquema de Bolsa Unica de Ofertas 304 claves de material de curación contempladas en los contratos únicos de nivel central. Asimismo, se inició el desarrollo de la funcionalidad para incluir compras emergentes desde las unidades médicas. Esto operará en aproximadamente 1,398 farmacias y 700 almacenes de unidad médica.

Debido a la complejidad de realizar mediciones en los niveles de abasto, se realizó la construcción del Tablero de Control de Abasto, el cual utiliza la información concentrada en el Sistema Ejecutivo de Información (SEI) para medir la situación del abasto en cada delegación y en el concentrado del ámbito nacional. Al Tablero pueden acceder a través de la Intranet del Instituto las 35 delegaciones y las coordinaciones normativas de abasto de nivel central.

Se desarrolló el Sistema Informático para la operación de los CADIT, cuya funcionalidad permite el control de existencias de medicamentos, la generación automática de las solicitudes de reabastecimiento, así como la recepción y surtimiento de solicitudes de medicamentos a los servicios hospitalarios, manteniendo registro de los consumos reales por cada uno de los servicios.

División de Sistemas de Personal

Derivado de la necesidad de fortalecer la transparencia en el control de asistencia del personal que labora en el Instituto, así como generar economías en los servicios de personal, la DAED inició la licitación del proyecto de registro de asistencia a través de dispositivos biométricos, cuyo alcance fue de 2,311 unidades administrativas y aproximadamente 4,400 biométricos instalados. Dicho proyecto contó con la participación de las áreas de Informática central y delegacionales para su cumplimiento.

Con el propósito de atender la necesidad de contar con una plataforma automatizada para realizar las evaluaciones psicométricas de los candidatos aspirantes a ocupar una plaza presupuestal dentro del Instituto, fue desarrollada una aplicación que cubre un total de 14 evaluaciones, incluyendo informes de calificaciones, brindando un menor tiempo en el cálculo de los resultados y sin intervención humana.

De igual forma se inició el proyecto de Mejora Tecnológica del Sistema Integral de Administración de Personal, que actualizará con tecnología de vanguardia la plataforma que actualmente ocupa el sistema, mejorando los tiempos de procesamiento de la nómina de trabajadores y jubilados del Instituto, así como la integración de equipamiento moderno que dé viabilidad a la operación de recursos humanos y pago de nómina en los años venideros. De igual forma, el proyecto se centra en otorgar a las áreas usuarias de recursos humanos una aplicación desarrollada en tecnología *Web*, de fácil uso y con mayor seguridad en los datos.

Se puso en marcha la operación del módulo de escalafón dentro del Sistema Integral de Administración de Personal, con alcance a la totalidad de las delegaciones y áreas normativas, permitiendo con ello el fortalecimiento de la transparencia de los movimientos de promoción del personal de categorías escalafonarias, de acuerdo con la normatividad vigente.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Durante el periodo comprendido del 1 de junio al 31 de diciembre de 2011 se tiene planeado continuar con la implementación de *PeopleSoft* 9.1 finanzas. Lo anterior en apego al programa anual de actividades tecnológicas de la DITD.

Asimismo, se desarrollarán las modificaciones para incluir el registro devengado (pasivo no documentado) por cambios a la Ley General de Contabilidad Gubernamental. De igual manera, se continuará con la implantación de la factura electrónica en su fase II, que incluye la validación de la ADDENDA –elemento que contiene la factura electrónica con datos específicos para el IMSS– para dar cumplimiento a las disposiciones fiscales.

Para Sistemas de Abasto se llevará a cabo la liberación a nivel nacional de las adecuaciones al módulo de Compras en PREI para el registro del devengado en los servicios de: guarderías, bienes de inversión, servicios generales y servicios integrales. De igual forma se continuará con el soporte a producción de los módulos para Servicios Integrales desarrollados en la plataforma tecnológica del ERP de *Oracle PeopleSoft* V 9.1.

Se continuará con el desarrollo de la versión final del Sistema Informático para los CADIT, aplicando las mejoras y ajustes que se determinen durante la prueba piloto de estos centros de distribución de medicamentos a pacientes hospitalizados.

Se dará inicio a la prueba piloto de los módulos de Negociación Estratégica y Contratación en la plataforma tecnológica del ERP de *Oracle PeopleSoft* V 9.1, en conjunto con las áreas normativas involucradas.

Por lo que se refiere a la División de Sistemas de Personal, se tiene contemplado dar continuidad a la construcción del proyecto de Mejora Tecnológica del Sistema Integral de Administración de Personal, enfocándose en la puesta en marcha de distintos procesos masivos de nómina bajo la nueva tecnología,

así como en la utilización de una base de datos bajo el esquema de alta disponibilidad.

Se tiene considerado llevar a cabo el desarrollo de nuevos sistemas que permitan automatizar diversos procesos relacionados con la gestión del capital humano (SIGEDI) y el diagnóstico de oportunidades de mejora (SIMAV).

Sistema de Información de Gestión Directiva (SIGEDI)

La Coordinación de Cultura de Calidad (CCC) de la Unidad de Organización y Calidad busca remplazar los procesos relacionados con la evaluación de competencias y formación del personal directivo, evaluación de desempeño, tablero del control y cuadros de reemplazo, con una solución en intranet que ofrezca un cambio, una operación ágil y dinámica de dichos procesos a través del desarrollo del SIGEDI. Este sistema pretende automatizar los procesos relacionados con la gestión del capital humano, además de soportar el MEFHADIC®. Se tiene contemplado que el SIGEDI sea desarrollado en cinco fases, la primera de las cuales se realizará este año y le permitirá al usuario implementar la evaluación y diagnóstico de competencias 360°, indispensable para implementar el modelo y cumplir con los objetivos fijados para el mismo.

A partir de junio se llevará a cabo el análisis de los requerimientos en torno al proceso de evaluación y diagnóstico de competencias 360°; se diseñará y construirá la aplicación que automatizará las herramientas de diagnóstico de competencias (test psicométricos) y se generará la base para operar, vía sistema, la evaluación y diagnóstico de competencias 360°. Se estima concluir esta primera etapa del proyecto hacia finales del 2011.

Sistema de Ventanilla (SIMAV)

La Coordinación de Seguimiento y Difusión de la Calidad responsable de la conducción estratégica del Programa de Atención a Ventanilla requiere una herramienta que realice los cálculos de forma automatizada sobre la información capturada en las ventanillas para generar indicadores que le permitan medir la efectividad e impacto de la estrategia global que se instrumente en las unidades.

Mediante el Sistema de Ventanilla se contará con una herramienta para el seguimiento y control de las acciones de mejora y resolver los problemas de las principales ventanillas del Instituto, mejorando así el servicio hacia el usuario o derechohabiente.

El sistema contempla la automatización del proceso de diagnóstico de oportunidades de mejora, a través de la automatización de las Cédulas de Diagnóstico de Ventanilla (CDV). También se contempla la automatización del proceso de registro, seguimiento y auditoría a los programas o Planes de Acción de Mejora para la Atención en Ventanilla (PAAV), que son el resultado de analizar la problemática de las mismas y definir acciones correctivas, preventivas o de mejora de los servicios.

Para dar atención a esta necesidad la DIDT iniciará el análisis de los requerimientos en torno a los procesos de diagnóstico de ventanillas, así como al registro, seguimiento y auditoría de programas de acción. Se realizará el diseño y construcción, pruebas de usuario y liberación de la aplicación, estimando concluir esta primera etapa del proyecto hacia finales del 2011.

III.1.14. CUMPLIMIENTO DE LAS SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES DE LA H. COMISIÓN DE VIGILANCIA EN LA CI ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DEL IMSS

En la CI Asamblea General Ordinaria del IMSS, la H. Comisión de Vigilancia emitió seis recomendaciones cuya atención corresponde a la DAED. Ésta ha realizado acciones diversas para dar cumplimiento a las recomendaciones e informado de las mismas a la Comisión por conducto de la Secretaría General del Instituto. Al mes de mayo de 2011, la H. Comisión de Vigilancia solicitó a la DAED información adicional a la proporcionada respecto de las acciones realizadas para atender dos recomendaciones, las cuales se citan a continuación con una descripción actualizada de las acciones al respecto:

“Respetar las disposiciones aprobadas durante la C Asamblea General Ordinaria del IMSS con relación a:

- **Restringir y eliminar las contrataciones por honorarios de personal jubilado del IMSS que esté orientado a áreas administrativas.**
- **Evitar los incrementos en las percepciones de las contrataciones por honorarios que realiza el Instituto, limitándose, en su caso, al incremento anual que se otorga a los trabajadores propios del Instituto.”**

La DAED comunicó a los Directores Normativos, el Secretario General, el Titular del OIC, el Titular de la Unidad de Vinculación y el Coordinador de Comunicación Social del Instituto la existencia de esta recomendación para los efectos procedentes, señalando que tanto la Secretaría General del Instituto como el Órgano Interno de Control en el IMSS realizarán el seguimiento de su cumplimiento.

Adicionalmente, se han llevado a cabo acciones enfocadas a la restricción de contrataciones de personal jubilado del IMSS en áreas administrativas, accediéndose a la contratación únicamente en casos que fueron justificados por las áreas contratantes como indispensables, teniendo como resultado lo siguiente: i) no se incrementó en el 2011 el número de contratos respecto al ejercicio 2010, al no autorizarse nuevas contrataciones de personal jubilado en áreas administrativas, salvo aquellas que tuvieran un proyecto asignado para la continuidad del mismo hasta su conclusión, y ii) se negó la autorización de contrataciones de personal jubilado.

Con respecto al presupuesto para honorarios se mantuvo en el 2011 la misma asignación del año 2010, que fue de 167 mdp, haciendo especial énfasis en no incrementar el monto de la percepción a los funcionarios recontratados en esta modalidad, así como evitar la contratación para el desarrollo de actividades que se realizan en plazas presupuestarias y de áreas normativas.

“Revisar y efficientar la estructura organizacional de las diferentes áreas normativas, a fin de evitar la duplicidad de funciones y prescindir del personal que físicamente no se encuentra en el Instituto”.

Se preparó un programa de trabajo que incluye la identificación de los procesos y funciones sustantivas y adjetivas de cada área, para verificar su alineación a los marcos jurídicos y normativos y proponer estructuras orgánicas eficientes, ligeras y balanceadas que respondan adecuadamente a las importantes necesidades de operación y servicio de las diferentes áreas del Instituto.

Análisis de funciones reportadas en los Manuales de Organización. Se llevó a cabo un análisis exhaustivo de las funciones que reporta cada Dirección Normativa en sus manuales de organización, con objeto de identificar funciones sustantivas, funciones adjetivas y actividades, así como detectar, en su caso, duplicidad de funciones en cualquiera de sus dos vertientes: duplicidad interna (cuando la función se encuentra desagregada y se

realiza parcialmente por dos o más funcionarios de una misma área) y duplicidad externa (cuando la función se realiza ya sea de manera completa o parcial por dos o más funcionarios de áreas distintas).

Se encontró que el IMSS tiene registradas en los manuales de organización un total de 6,886 funciones distribuidas entre las distintas áreas y se detectó que solamente uno por ciento de las funciones presenta algún grado de duplicidad externa. Los resultados anteriores fueron presentados a las áreas normativas con objeto de que éstas identifiquen con precisión las funciones sustantivas, homologuen las funciones adjetivas, eliminen las duplicidades externas e internas y articulen actividades para integrar funciones.

Análisis técnico-funcional de las estructuras orgánicas de las direcciones normativas y áreas de servicio a la Dirección General en el ámbito central. Se llevó a cabo un ejercicio de identificación de procesos y funciones derivadas de las atribuciones conferidas a cada área por la LSS, el RIIMSS y los manuales de organización de las diferentes áreas que conforman la estructura orgánica, con objeto de verificar la alineación de dichos procesos y funciones a los marcos jurídico y normativo que los conforman. Ese ejercicio se realizó en reuniones periódicas con las áreas normativas mediante una metodología estandarizada, con objeto de alinear los procesos a las estructuras. De ese análisis se desprenden recomendaciones de reestructuración para asegurar el cumplimiento de los mandatos de ley y normativos, de manera que las funciones y los procesos respondan eficientemente a las necesidades de servicio de las áreas que conforman al Instituto.

Al 31 de mayo se recibieron las propuestas de reestructuración de todas las áreas. Éstas deberán ser evaluadas y sancionadas con objeto de verificar que se cumpla con las disposiciones de austeridad y eficiencia en el gasto, que no se incremente el presupuesto en servicios de personal y que se sustenten los niveles salariales con base en las funciones definidas. Una vez realizado lo anterior, se procederá a preparar un anteproyecto de dictamen que será presentado a la

autorización del H. Consejo Técnico. Posteriormente, se procederá a la actualización del RIIMSS con objeto de reflejar las modificaciones estructurales resultantes. El programa de actividades concluye con la publicación del RIIMSS y la implantación de la nueva estructura.

Finalmente, por la relevancia que reviste y su relación con la recomendación de la H. Comisión de Vigilancia: “Adoptar medidas internas cuantificables, orientadas a reducir el gasto corriente en las diversas áreas administrativas”, se presenta un resumen del Programa de Austeridad y Disciplina Presupuestaria del IMSS para el ejercicio fiscal 2011 (PADP 2011), el cual fue aprobado por el H. Consejo Técnico.

Los objetivos del PADP 2011 son:

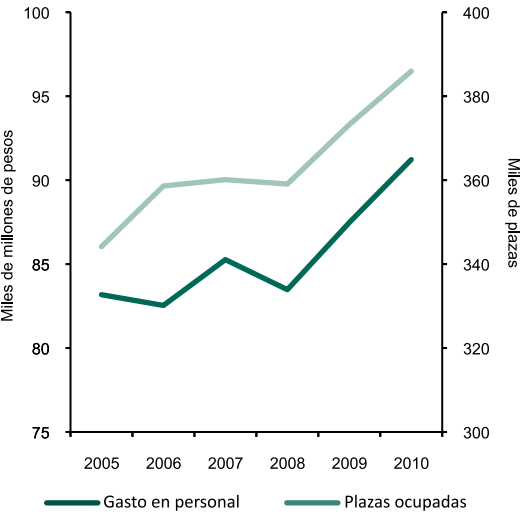
- Cumplir con las disposiciones de ahorro, austeridad y eficiencia que prevé el PEF para el Ejercicio Fiscal 2011.
- Cumplir con la recomendación emitida por la H. Comisión de Vigilancia del Instituto en el marco de la CI Asamblea General Ordinaria de IMSS.
- Promover que las erogaciones de gasto de operación se ajusten al presupuesto aprobado, por conceptos y cuentas de gasto incluidas en el presente documento, así como alcanzar las metas de ahorro comprometidas, sin detrimento de la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios.

En el rubro de los servicios personales, para el ejercicio fiscal 2011 se elaboró un anteproyecto de presupuesto por 126,479 mdp. El H. Consejo Técnico autorizó un monto de 122,730 mdp. Dicho presupuesto permite cubrir la ocupación registrada al cierre de 2010 y el impacto económico derivado de la revisión contractual de 2011-2013.

Para 2011 habrá un esfuerzo importante de contención de gasto para poder cubrir las necesidades de personal del Instituto con el presupuesto autorizado. Dicho esfuerzo de contención ha sido una constante en la gestión administrativa del Instituto, lo cual se refleja

en la evolución combinada de dos variables clave: gasto en servicios personales y número de plazas ocupadas. En el periodo 2005-2010, el gasto en Servicios Personales muestra un alza moderada, mientras que la ocupación ha crecido a un ritmo mayor (gráfica III.5).

GRÁFICA III.5. GASTO EN SERVICIOS PERSONALES Y OCUPACIÓN
(PESOS 2005, PERIODO 2005-2010)



Fuente: IMSS.

Los sueldos y salarios de servidores públicos de mando se acotarán a la tabla de Límites de Percepción Ordinaria Neta contenida en el PEF 2011, en su caso, a la relativa a puestos equivalentes de la APF.

Otras medidas relevantes del programa en materia de servicios personales son: mantener y/o incrementar las medidas preventivas y correctivas que contribuyan a conservar el porcentaje de ausentismo no programado de enfermedad general en niveles menores o iguales a 1.65 por ciento; mantener la relación días por trabajador de incapacidad por enfermedad general dentro del límite de 5.9 días anuales; y el ausentismo programado se sujetará al equilibrio de la fuerza de trabajo y los motivos previstos en la normatividad vigente.

En el caso de cobertura de vacancias, la asignación de los recursos económicos se realizará a la ocupación de la plaza, considerando la suficiencia presupuestaria,

así como la dinámica de ocupación y desocupación de las plazas.

En el ámbito de los servicios generales destacan las siguientes medidas de austeridad: reducción del gasto en fotocopiado en 5 por ciento respecto al ejercicio 2010; reducción del gasto en combustibles para los vehículos oficiales; restricción de las tarjetas maestras de recarga de combustible a un máximo de 11 tarjetas en 2011; establecimiento de un monto máximo de 216,040 litros por mes para uso administrativo; reducción del gasto en telefonía celular en 5 por ciento respecto al ejercicio 2010; reducción del consumo de agua potable en 2 por ciento respecto al ejercicio 2010; acotamiento del gasto en viáticos y comisiones respecto al presupuesto autorizado; y reforzamiento de las acciones ambientales vigentes en materia de clasificación, recolección y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se originan en las unidades médicas, a fin de alcanzar una reducción de al menos 2 por ciento respecto al ejercicio 2010.

En materia de conservación y operación de inmuebles se prevé reducir el gasto en energía eléctrica en 5 por ciento respecto al ejercicio 2010 a través de las siguientes acciones: a) corrección del factor potencia; b) sustitución de equipos por otros de mayor eficiencia energética; c) sustitución de luminarias, y d) fomento a la cultura de ahorro energético.

Igualmente, se contempla la realización de dos proyectos de ahorro mediante inversión: en distintos proyectos. El primero es la rehabilitación de sistemas de precalentamiento de agua mediante el uso de energía solar: de los 19 sistemas de calentamiento programados para el 2010 quedan dos sistemas pendientes por rehabilitar en el 2011, estimándose un ahorro de 8.9 mdp en todo el ejercicio.

También la reconversión de diesel o gas LP a gas natural: se tiene previsto cumplir con las 45 unidades faltantes de reconversión de diesel o gas LP, planeando obtener ahorros de hasta 30 por ciento en el consumo de diesel. Por último, el PADP 2011 prevé llevar a cabo la enajenación a título oneroso de los inmuebles del

patrimonio institucional que hayan sido dictaminados como no útiles para los fines del Instituto, esto en términos de la legislación aplicable y con la finalidad de favorecer la generación de ingresos, disminuir gastos de administración, vigilancia y conservación, y reducir el riesgo de invasión. Las delegaciones en que se ubican dichos inmuebles ejecutan el procedimiento respectivo con apoyo del grupo inmobiliario delegacional.

III.2. UNIDAD DE EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

III.2.1. SISTEMA DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN CON ENFOQUE A USUARIOS: ENCUESTA NACIONAL DE SURTIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y ENCUESTAS NACIONALES DE SATISFACCIÓN DE DERECHOHABIENTES USUARIOS DE SERVICIOS Y USUARIOS DE GUARDERÍAS

El IMSS tiene como uno de sus objetivos centrales brindar servicios de calidad. Para ello, resulta indispensable contar con información objetiva, transparente y emanada de los usuarios, que sirva como instrumento de planeación y evaluación de las acciones implementadas por la institución. Con base en esto, en mayo de 2010 se consolidó el Sistema de Gestión de Información con Enfoque a Usuarios.

Este sistema parte de consultar directamente a quienes reciben los servicios proporcionados por el IMSS, su percepción sobre la realidad de los servicios recibidos a través de las Encuestas Nacionales.

A partir de dicha información, la Dirección General, las Direcciones Normativas, las delegaciones y Direcciones UMAE generan y difunden diagnósticos situacionales que son útiles para implementar los

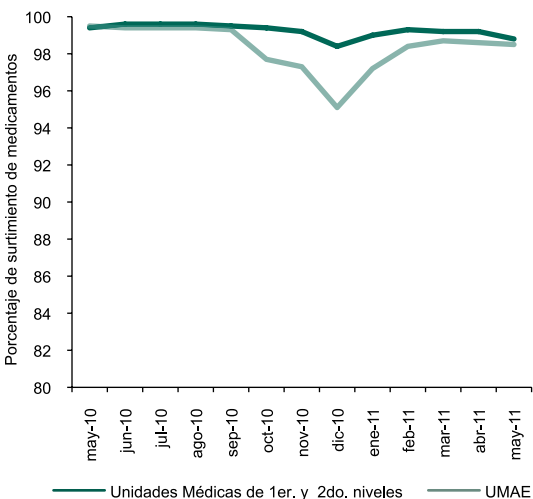
programas de mejora, proyectos específicos y planes de supervisión, con enfoque en las necesidades reportadas por los usuarios.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Encuesta Nacional de Surtimiento de Medicamentos

El Instituto supervisa permanentemente el surtimiento de medicamentos. Para ello, realiza mensualmente en unidades médicas de los tres niveles de atención, la Encuesta Nacional de Surtimiento de Medicamentos (ENSUME). El objetivo es identificar aquellas unidades médicas que no cumplen con la meta mínima de recetas completamente surtidas de 96 por ciento, las claves de medicamentos faltantes y las recetas prescritas sin indicaciones sobre el modo de uso de los fármacos.

GRÁFICA III.6. PORCENTAJE DE RECETAS COMPLETAMENTE SURTIDAS MEDIDAS A TRAVÉS DE LA ENSUME (MAYO 2010-MAYO 2011)



Fuente: IMSS.

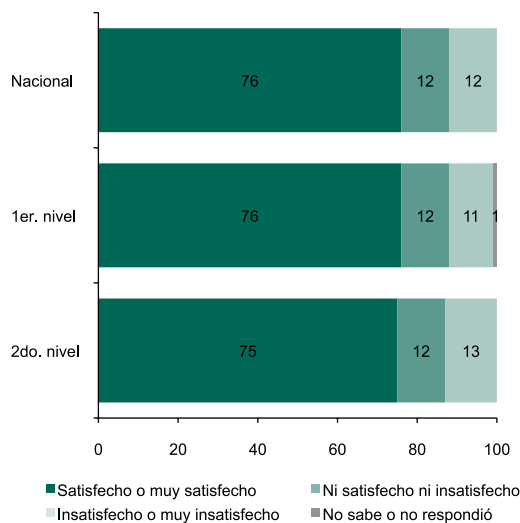
En ese sentido, durante el periodo de mayo de 2010 a mayo de 2011, se realizaron 12 levantamientos de la ENSUME. Se entrevistó a más de 250,000 derechohabientes usuarios, preguntándoles si la farmacia del IMSS a la que acudieron les proporcionó, o no, medicamento que se les había prescrito.

Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos

Durante el segundo semestre de 2010 y el primero de 2011, se realizaron dos levantamientos de la ENSAT-Servicios Médicos; el primero se efectuó en diciembre de 2010, con una muestra de 20,330 encuestas (14,669 en primer nivel y 5,661 en segundo nivel), y el segundo se realizó en julio de 2011, con una muestra de 38,081 encuestas (20,224 en primer nivel, 10,922 en segundo nivel y 6,935 en tercer nivel).

Es de destacar que en la encuesta de diciembre de 2010, el 76 por ciento de los derechohabientes usuarios encuestados manifestaron estar muy satisfechos o satisfechos con los servicios de salud proporcionados por el IMSS.

GRÁFICA III.7. PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS (DICIEMBRE 2010)



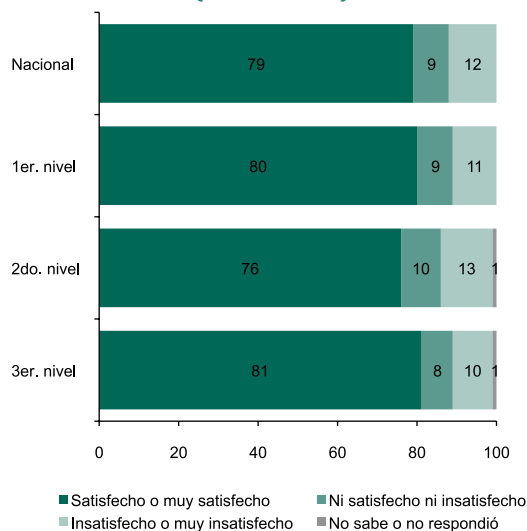
Fuente: IMSS.

Por otro lado, en el levantamiento de julio de 2011, el 79 por ciento de los derechohabientes usuarios manifestaron estar muy satisfechos o satisfechos con la atención médica que reciben y 87 por ciento de los usuarios recomendaría la unidad médica a la que asiste. Asimismo, las tres razones por las que no recomendaría la unidad son: a) tiempos de espera (con 40 por ciento); b) mal trato (con 36 por ciento), y c) la falta de medicamentos (con 10 por ciento). De los encuestados, 85 por ciento recibieron todos los medicamentos, mientras 13 por ciento, sólo algunos.

Al igual que con la Encuesta Nacional de Guarderías, la empresa responsable del levantamiento fue seleccionada mediante el esquema de licitación pública y se contó con el aval metodológico de Transparencia Mexicana.

Cabe mencionar que el IMSS y Transparencia Mexicana han acordado hacer público el informe de la Encuesta Nacional de Satisfacción, a través del Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios, disponible en las páginas de Internet de ambas instituciones (<http://www.imss.gob.mx/servicios/encuesta>).

GRÁFICA III.8. PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS (JULIO 2011)



Fuente: IMSS.

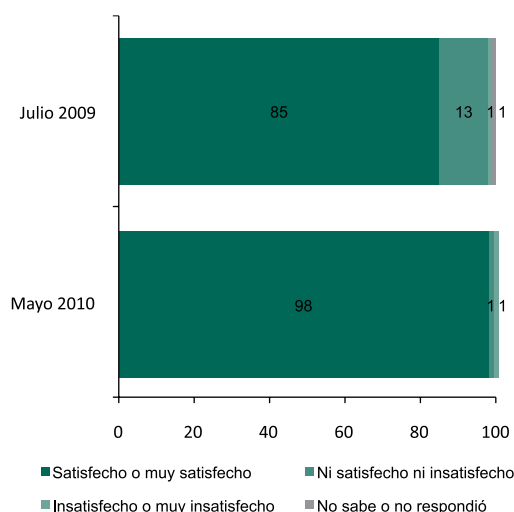
Encuesta Nacional de Guarderías

Del 4 al 17 de mayo de 2010 se realizó la Encuesta Nacional de Guarderías. En esta encuesta se entrevistó a más de 12,000 madres y padres de familia para preguntarles su opinión con respecto a la calidad de los servicios que brindan las guarderías contratadas y no contratadas del IMSS. Para la realización de la encuesta se contó con el aval metodológico de Transparencia Mexicana, publicándose los resultados en el portal del Sistema de Gestión de Información con Enfoque a Usuarios.

El porcentaje de usuarios muy satisfechos o algo satisfechos con el servicio que brindan las guarderías es de 98 por ciento.

En la encuesta se observó que, a nivel nacional, el porcentaje de usuarios muy satisfechos o algo satisfechos con el servicio que brindan las guarderías es de 98 por ciento. Asimismo, 91 por ciento de las madres y padres de familia no cambiaría a su hijo a otra guardería del IMSS, si tuviera la oportunidad de hacerlo (ver gráfica III.9).

GRÁFICA III.9. PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE GUARDERÍAS
(MAYO 2009-JULIO 2010)



Fuente: IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Sistema de Gestión de Información con Enfoque a Usuarios

Con la finalidad de garantizar la transparencia en los resultados de los estudios cuantitativos que realiza el IMSS, se actualizará permanentemente el espacio *web* del Sistema de Gestión de Información con Enfoque a Usuarios. Además, se realizarán los reportes de resultados, que sirvan de insumo para evaluar los avances del Programa de Trabajo 2009-2012, y se implementarán las acciones de mejora que sean necesarias.

Estudios para Evaluar la Satisfacción de Derechohabientes Usuarios de Servicios

Con respecto a los estudios para evaluar la satisfacción de derechohabientes usuarios de servicios se contempla realizar las siguientes actividades: a) dos levantamientos de la ENSAT-Servicios Médicos. El primero se realizará en julio y el segundo se llevará a cabo durante los últimos meses del año; b) para el segundo semestre de 2011, se aplicará la Encuesta Nacional de Guarderías, y c) se desarrollará un estudio cualitativo y una encuesta, para conocer el nivel de satisfacción con respecto a los servicios de prestaciones económicas.

III.2.2. EVALUACIÓN DE DELEGACIONES, GIRAS Y RANKING DELEGACIONAL

Con el propósito de evaluar el funcionamiento de las delegaciones y sus órganos operativos, el IMSS realiza programas de evaluación para verificar los avances y cumplimiento de los objetivos, metas y compromisos institucionales definidos. Adicionalmente, realiza mediciones y análisis de los resultados de las visitas, el

seguimiento a los hallazgos reportados y/o detectados, y de los compromisos y recomendaciones establecidos con las diferentes instancias institucionales. Lo anterior, con la finalidad de coadyuvar con la calidad y calidez de la atención de los derechohabientes, así como también favorecer la recomendación de los servicios en función de su nivel de desempeño.

A través del análisis de la información, el seguimiento y las evaluaciones, se generan los instrumentos necesarios para la oportuna toma de decisiones de la Dirección General y de las instancias directivas normativas y delegacionales que garanticen la calidad de la atención, impulsen el desempeño y mejoren los procesos.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En diciembre de 2010 se concluyó el sexto ciclo de visitas de evaluación al total de las 35 delegaciones. En enero de 2011 se dio inicio al séptimo ciclo de visitas. En este último se evaluaron 17 delegaciones, de las cuales ocho cuentan con el Programa IMSS-Oportunidades y 14 con UMAE.

Por otro lado, durante el periodo reportado se realizaron 190 evaluaciones, de las cuales 44 correspondieron a evaluaciones ordinarias, 14 incidentales, 110 a los servicios de Urgencias, 22 a unidades IMSS-Oportunidades y 32 a las UMAE.

A fin de evaluar el funcionamiento de las delegaciones y sus órganos operativos, se valoraron los siguientes servicios, áreas o unidades: 134 Unidades de Medicina Familiar (UMF); 21 Hospitales Generales Regionales (HGR); 84 Hospitales Generales de Zona (HGZ); 8 Hospitales Generales de Subzona (HGS); 80 Subdelegaciones; 93 Guarderías y 45 Centros de Seguridad Social. De los 110 servicios de Urgencias evaluados, 82 corresponden a HGZ, 19 a HGR y 9 a HGS.

De cada evaluación realizada, se entrega a las autoridades de los órganos de operación administrativa desconcentrada un informe detallado de los hallazgos de situaciones relevantes, riesgos, conclusiones y recomendaciones por cada una de las áreas incluidas en las Guías Técnicas de Indicadores de Evaluación. Asimismo, se solicita a las delegaciones y UMAE definir un programa de mejora cuyo objeto sea la búsqueda de la solución a la problemática en las materias de su competencia, con la finalidad de mejorar los servicios que se otorgan a los derechohabientes. Dicho plan de mejora debe ser entregado dentro de los siguientes 20 días hábiles, con copia a las Direcciones Normativas, a fin de coadyuvar con el cumplimiento de las normas y procesos operativos de los órganos de operación administrativa desconcentrada.

En junio de 2010, se realizaron visitas a 461 guarderías en las que se evaluaron los sistemas de seguridad y protección. Además, se entregaron los resultados al área normativa para su análisis y toma de decisiones. En diciembre de 2010, se actualizaron tres de las cuatro Guías Técnicas de Indicadores de Evaluación: a) la del Régimen Ordinario que incluye 206 indicadores; b) la de las UMAE con 111 indicadores; c) la de los servicios del Programa IMSS-Oportunidades con 130 indicadores, y d) la Guía Específica para los Servicios de Urgencias en Unidades Médicas con 25 indicadores, la cual contiene el mismo número de indicadores que se habían establecido inicialmente.

Estas guías cubren las áreas de servicios administrativos, prestaciones económicas y sociales, innovación y desarrollo tecnológico, prestaciones médicas, ingresos y recaudación, financieros, jurídicos y de acción comunitaria, entre otros. Cabe mencionar que a partir de su análisis se realizaron *rankings* del desempeño delegacional.

Durante 2010 y 2011 se han realizado reuniones interdisciplinarias conjuntamente con las diferentes Direcciones Normativas, los órganos de operación administrativa desconcentrada y la Unidad de Evaluación de Delegaciones (UED), donde se presentan

y generan compromisos de acuerdo con los hallazgos de la evaluación y el plan de mejora establecido por las delegaciones y/o UMAE.

De la misma manera, durante las giras del Director General a las delegaciones se analizan los hallazgos tanto de la evaluación realizada por la UED como de los indicadores que cada una de las Direcciones Normativas ha desarrollado para incrementar la eficiencia operativa delegacional o de UMAE en la ejecución de los procesos, la suficiencia, oportunidad, disponibilidad y optimización de los recursos humanos, técnicos y financieros asignados, así como la racionalidad del gasto para cumplir con los compromisos institucionales reflejados en el Programa de Trabajo 2009-2012.

En el periodo reportado, la Coordinación de Evaluación Sur participó activamente en la planeación y coordinación de la 7ª. y 8ª. Reuniones Nacionales de Delegados y Directores de UMAE, en las que se generaron estrategias y compromisos enfocados a impulsar los tres ejes del Programa de Trabajo 2009-2012 de la Dirección General, los cuales son: i) mejorar la capacidad de gestión y operación; ii) fortalecer la viabilidad financiera, y iii) preparar al IMSS para el Sistema Unico de Salud. En dichas reuniones se establecieron compromisos con los Delegados y Directores de UMAE a los cuales se les dará el seguimiento correspondiente.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para el cierre del año 2011 se realizarán 130 evaluaciones, de las cuales 33 corresponden a delegaciones, 58 a los servicios de Urgencias, 20 del Programa IMSS-Oportunidades y 19 en UMAE, dentro de las cuales se incluirán la valoración de: 77 UMF, 9 HGR, 45 HGZ, 5 HGS, 52 Subdelegaciones, 55 Guarderías y 35 Centros de Seguridad Social.

Después de cada evaluación se calificarán todos los indicadores correspondientes a las áreas de: Incorporación y Recaudación, Prestaciones Médicas,

Administrativas, Financieras, de Prestaciones Económicas y Sociales, Jurídicas e Informáticas. Se efectuará la revisión y en su caso la actualización de las Guías Técnicas de Indicadores de Evaluación, con la finalidad de mejorar el proceso de evaluación. Asimismo, se realizarán reuniones periódicas con las Direcciones Normativas para llevar a cabo el análisis, seguimiento y revisión de los resultados obtenidos en las evaluaciones.

III.2.3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DIRECTIVA

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Se integró la información de las 19 giras que realizó la Dirección General en el periodo de referencia. De la misma manera, se presentaron nueve reportes de avances de los resultados obtenidos por la UED en sus diferentes ámbitos de aplicación ante el Comité de Evaluación de Delegaciones del H. Consejo Técnico.

A fin de dar cumplimiento al mandato del H. Consejo Técnico, en los meses de julio y octubre de 2010, así como de enero de 2011, se integraron las cifras delegacionales del Programa de Austeridad y Disciplina Presupuestaria. Cabe mencionar que los resultados se entregaron a la Dirección General.

Durante 2010, se diseñó un mecanismo de difusión de la información que emana de los trabajos realizados en las Coordinaciones de la UED sobre las evaluaciones integrales, encuestas, información jurídica, herramientas técnicas, así como el compendio de las Reuniones Nacionales de Delegados y Directores de UMAE, denominado Biblioteca Digital. Este último se mantiene actualizado y disponible para ser utilizado por los directivos del Instituto, así como por los Delegados y Directores de UMAE.

Por otro lado, se trabajó conjuntamente con el OIC y con la DF del IMSS, a fin de solventar las observaciones de auditoría, tanto de la ASF como del OIC. En el mismo contexto, se apoyó a la DF en la recopilación de toda la información requerida por la ASF para la planeación de la revisión de la Cuenta Pública 2010.

Prestaciones Médicas

La Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) tiene como misión fomentar de manera integral la salud de la población derechohabiente, a través de la prestación de servicios médicos preventivos y curativos con calidad y calidez. Cumple su objetivo mediante políticas, estrategias y acciones prioritarias con un enfoque anticipatorio, restablecedor, rehabilitatorio y con subsidio ante la incapacidad laboral. Asimismo, la Dirección fortalece sus servicios al promover la formación de recursos humanos, el mantenimiento de la competencia en salud y la promoción de la investigación para la generación de nuevos conocimientos en temas fundamentales de la atención médico-social.

El presente capítulo describe las principales acciones desarrolladas en el periodo del Informe, así como el programa de trabajo de la DPM. Destacan los programas destinados a fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico; la estrategia de mejora de los servicios de Urgencias; el desarrollo del Nuevo Expediente Clínico Electrónico, así como los resultados en salud generados por los Programas Integrados en Salud (PREVENIMSS), entre otros. De igual manera, se presentan los avances de la Unidad IMSS-Oportunidades en materia de infraestructura, la atención de las prioridades en salud del Programa y la formación de médicos especialistas.

IV. 1. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

IV.1.1. EQUIPAMIENTO MÉDICO

La atención a la salud de la población derechohabiente requiere de personal altamente capacitado, de la disponibilidad de infraestructura hospitalaria necesaria, así como de la renovación continua del equipo médico obsoleto.

En 2009, como parte de las acciones encaminadas a realizar esta última labor, se actualizó la Proforma Requisición Electrónica, instrumento informático normativo, en el cual todas las unidades médicas incorporan sus necesidades de equipamiento. Esta herramienta es requisitada por el personal médico experto de los tres niveles de atención del Instituto para el fortalecimiento de la atención de las áreas operativas. Con base en esta herramienta, se identificó que existía un requerimiento nacional de equipo médico e instrumental quirúrgico por un monto de más de 12,000 mdp.

Ante esta necesidad, en un esfuerzo sin precedente, entre 2010 y 2011 se gestionó una inversión de más de 5,000 mdp, con el propósito de atender la demanda de las unidades médicas y a la vez mantener al Instituto a la vanguardia tecnológica. En este sentido, se contribuye de manera significativa a la prestación de servicios médicos con calidad, oportunidad y eficiencia.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Del total de las adquisiciones de 2010 y 2011, durante el periodo que se informa se compraron 26,341 artículos con una inversión de 5,109.9 mdp (tabla IV.1). Estas adquisiciones se llevaron a cabo considerando dos criterios: el fortalecimiento del equipamiento médico y la modernización de los servicios oncológicos.

En 2010 se tenía un requerimiento de equipo médico e instrumental quirúrgico de más de 12,000 mdp. Ante esta necesidad, en un esfuerzo sin precedente, entre 2010 y 2011 se gestionó una inversión de más de 5,000 mdp, que contribuye a mejorar significativamente la prestación de los servicios.

La estrategia de fortalecimiento del equipamiento médico contempla cuatro vertientes: los programas nacionales, la atención de las solicitudes en la Proforma Requisición Electrónica, la compra de equipo médico urgente, así como la sustitución de equipo de cocina y comedor.

A través de los programas nacionales se realizó una inversión de 2,431 mdp. Entre los programas de mayor trascendencia destaca el de imagen, en donde se adquirieron tomógrafos de 64 cortes, unidades radiológicas, cámaras de centelleo de dos detectores de ángulo variable de aplicación general con y sin tomógrafo integrado y resonancias magnéticas.

De igual forma, se contemplaron los programas de detección de cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino. Para el primer rubro se adquirieron 430 bienes diversos y para el segundo, 120 colposcopios con inversiones de 51.3 mdp y 32 mdp, respectivamente. Con el objeto de disminuir el rezago quirúrgico, se destinaron 448.4 mdp en la compra de 515 unidades de anestesia. Asimismo, se obtuvieron 33 microscopios quirúrgicos que incluyen microscopios para oftalmocirugía de alta especialidad, neurocirugía y otorrinolaringocirugía.

Como segunda vertiente, se consideraron las proformas de alto y bajo costo, que clasifican las solicitudes de equipamiento superior a 500,000 pesos (alto costo) y las menores de 500,000 pesos (bajo costo). Lo anterior con el fin de asegurar el suministro de equipos de bajo costo fundamentales para la operación. Para las necesidades de las unidades médicas de la

TABLA IV.1. INVERSIÓN EN EQUIPAMIENTO MÉDICO
(NÚMERO Y MONTO EN MILLONES DE PESOS, 2010-2011)

Equipo	Artículos	Importe
Programas nacionales	3,444	2,431.0
Unidades radiológicas	356	1,188.0
Tomografía de 64 cortes	15	211.7
Resonancias magnéticas	2	103.9
Cámaras de centelleo	14	198.9
Mastografía digital	16	77.3
Digitalización de imagenología, Delegación Nuevo León	1	42.5
Unidades de anestesia básica	170	88.7
Unidades de anestesia intermedia	321	268.5
Unidades de anestesia de alta especialidad	24	33.0
Microscopios quirúrgicos	33	58.2
Pletismógrafos corporales pediátrico y adulto	11	39.1
Oxímetros de pulso portátil básicos	1,480	12.1
Refrigeradores para vacunas	444	22.3
Equipamiento de laboratorios de virología	7	3.5
Detección del cáncer de mama	430	51.3
Laboratorios de colposcopia	120	32.0
Proforma	17,837	1,408.1
Alto costo	441	744.2
Bajo costo	17,396	663.9
Sustitución de equipo de cocina y comedor	2,644	46.1
Compra de equipo médico urgente	2,406	97.7
Programa de oncología	10	1,126.9
Acelerador lineal de alta energía con sistema de radiocirugía	3	357.5
Acelerador lineal de alta energía con braquiterapia	3	317.9
Acelerador lineal de baja energía	2	183.1
Acelerador lineal de alta energía	1	108.3
Acelerador lineal dedicado a cirugía robótica	1	160.1
Total	26,341	5,109.9

Fuente: IMSS.

proforma de alto costo, se adquirieron 441 equipos, con una inversión de 744.2 mdp. Por su parte, se compraron 17,396 equipos de bajo costo, realizando una inversión de 663.9 mdp.

A través de los programas nacionales se realizó una inversión de 2,431 mdp para reforzar programas como imagenología, la detección de cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino, así como equipo para fortalecer la operación y reducir el rezago quirúrgico.

Como tercera vertiente, se asignaron dos mdp a cada delegación y UMAE para la adquisición y reposición del equipo médico urgente. En este rubro se logró la compra de 2,406 equipos con un importe de 97.7 mdp.

La sustitución de equipo de cocina y comedor fue la cuarta vertiente a considerar. Se asignó un mdp a cada delegación y UMAE para que en el ámbito local se renovaran los utensilios de los servicios de Nutrición y Dietética. Lo anterior obedece a la necesidad de dotar de los recursos materiales necesarios a las áreas encargadas en las unidades médicas de la preparación y distribución de alimentos. La inversión en este rubro fue de 46.1 mdp.

Cabe destacar que la estrategia de fortalecimiento del equipamiento médico se llevó a cabo considerando la opinión técnica del personal experto médico y paramédico de las unidades operativas, usuarias de los bienes. De esta forma, se han perfeccionado las especificaciones de los equipos adquiridos, logrando con ello ajustar la tecnología disponible en el mercado a las necesidades institucionales.

En la segunda mitad del Siglo XX, las condiciones de desarrollo y de salud de la población mejoraron y se incrementó la expectativa de vida. De igual forma, se observó un cambio y una transición epidemiológica al disminuir las enfermedades infecto-

contagiosas y transmisibles, entre otras. Asimismo, se dio un incremento en la incidencia y prevalencia de padecimientos crónicos degenerativos y oncológicos.

Todos estos cambios tienen implicaciones importantes para la organización de los servicios de salud, incluido el IMSS, y dan origen al Programa de Modernización de los Servicios Oncológicos.

Es así que en esta Administración se decidió fortalecer los servicios de Radioterapia incorporando 14 aceleradores lineales. En una primera fase se adquirieron nueve de ellos con una inversión de 966.8 mdp (tabla IV.2).

Se realizó una inversión por 1,126 mdp para fortalecer y modernizar los servicios oncológicos del IMSS.

En este mismo tenor, para fortalecer el Programa Servicio Oncológico para Diagnóstico y Radiocirugía Robótica del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", se adquirió un acelerador lineal dedicado a radiocirugía robótica, modelo CyberKnife, por un monto de 160.1 mdp (tabla IV.1). Este instrumento de tecnología de punta constituye el método más moderno, preciso y seguro para el tratamiento con radiocirugía de los padecimientos oncológicos en general. Contempla, a su vez, el tratamiento de patologías oncológicas del sistema nervioso central e incluso en tumores de difícil acceso. La adquisición de este equipo de alta tecnología coloca al IMSS como una institución de vanguardia en la atención de este tipo de patologías.

Se adquirió un CyberKnife, por un monto de 160.1 mdp, instrumento que constituye el método más moderno, preciso y seguro para el tratamiento con radiocirugía de los padecimientos oncológicos en general.

TABLA IV.2. ACELERADORES LINEALES ADQUIRIDOS
(NÚMERO, 2011)

Ubicación	Tipo de acelerador lineal	Cantidad
UMAE HE CMNO, Guadalajara, Jal.	Alta energía	1
UMAE HE CMNO, Guadalajara, Jal.	Alta energía con braquiterapia	1
UMAE Oncología CMN "S. XXI"	Baja energía	2
UMAE Oncología CMN "S. XXI"	Alta energía con sistema de radiocirugía	1
UMAE Oncología CMN "S. XXI"	Alta energía con braquiterapia	1
UMAE HE 25 Monterrey, N. L.	Alta energía con sistema de radiocirugía	1
UMAE HE Puebla, Pue.	Alta energía con sistema de radiocirugía	1
UMAE HE León, Gto.	Alta energía con braquiterapia	1
Total		9

Fuente: IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para dar continuidad a las acciones de fortalecimiento de los servicios oncológicos del Instituto, se tiene programado adquirir cinco aceleradores lineales adicionales. Con base en el estudio de mercado se estima una inversión de 546 mdp (tabla IV.3), que serán ubicados en dos Hospitales Regionales de segundo nivel y tres UMAE.

IV.1.2. IMPACTO MÉDICO DE LAS OBRAS DE INFRAESTRUCTURA

El crecimiento de la población ha generado un incremento en las necesidades de infraestructura a nivel

nacional. Con el propósito de reducir la brecha entre los requerimientos de la población derechohabiente y el alcance físico de las unidades médicas, se diseñaron diferentes estrategias. Entre éstas se encuentra principalmente la generación de obras nuevas, la ampliación y remodelación de áreas críticas de las unidades existentes y la recuperación de espacios confinados mediante la estrategia de Hospital sin Ladrillos.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Durante el periodo del reporte, se concluyeron nueve obras nuevas, que representaron una inversión de 1,371

TABLA IV.3. ACELERADORES LINEALES PENDIENTES DE ADQUIRIR
(MILLONES DE PESOS, 2011)

Ubicación	Tipo de acelerador lineal	Costo
HGR 1 Cd. Obregón, Sonora	Alta energía	111.4
UMAE HE 7 Torreón, Coahuila	Alta energía	111.4
UMAE HE Guadalajara, Jalisco	Alta energía	111.4
UMAE HE Mérida, Yucatán	Alta energía con braquiterapia	105.9
HGR 20 Tijuana, B. C.	Alta energía con braquiterapia	105.9
Total		546.0

Fuente: IMSS.

mdp en beneficio de 989,500 derechohabientes. Del total de obras, cinco corresponden a unidades de primer nivel, dos a UMAA y dos a Hospitales Generales (uno de Subzona y otro de Zona). En total, con estas obras se incorporaron 42 consultorios y 189 camas censables al sistema. Por su parte, respecto a las obras de ampliación y remodelación, se concluyeron 17 obras; tres de primer nivel, 11 de segundo nivel y tres de tercer nivel, con una inversión de 816 mdp.

Durante el periodo de reporte se concluyeron nueve obras nuevas, que representaron una inversión de 1,371 mdp en beneficio de 989,500 derechohabientes.

Como complemento, ante la falta de infraestructura física acorde con las demandas de atención médica, se implementó en el año 2008 la estrategia denominada Hospital sin Ladrillos. Su objetivo fue incrementar el número de camas censables, a través de la recuperación de espacios físicos que originalmente estaban destinados a áreas de hospitalización y que por diversas circunstancias se asignaron a áreas administrativas.

A esta estrategia se integraron 35 delegaciones, buscando la recuperación de 1,519 camas y la transformación de 808 camas censables de pediatría y ginecología para el fortalecimiento de los servicios de Medicina Interna y Cirugía. Para el año 2010 se alcanzó un total de 1,359 camas recuperadas y a finales de abril de 2011, se logró recuperar 124 camas más, con lo que se llegó a la cifra total de 1,483 camas, que representa 97.6 por ciento de la meta esperada.

Mediante la estrategia Hospital sin Ladrillos se logró recuperar 1,483 camas, que representan un ahorro de 7,627 mdp, equivalente a 10 hospitales nuevos de 144 camas.

En lo que respecta a la transformación de camas censables, se recuperaron 761 camas, con un porcentaje de éxito de 94.2 por ciento respecto de la meta programada, como se puede apreciar en la tabla IV.4.

TABLA IV.4. CAMAS RECUPERADAS Y TRANSFORMADAS MEDIANTE LA ESTRATEGIA HOSPITAL SIN LADRILLOS
(NUMERO, 2008-2011)

Año	Camas Recuperadas	Camas Transformadas	Total
2008	352	255	607
2009	901	446	1,347
2010	106	39	145
2011	124	21	145
Total	1,483	761	2,244

Fuente: IMSS.

Mediante la estrategia Hospital sin Ladrillos se obtuvo un ahorro aproximado de 7,627 mdp, lo que equivale a la construcción de 10 hospitales modelo de 144 camas.

En otro punto de igual importancia, se encuentra en proceso la integración de la información y el soporte documental correspondiente, para presentar ante el H. Consejo Técnico los programas especiales de aquellos hospitales que requieren de la construcción de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que originalmente no contaban con ella. Adicionalmente, se determinó que es necesaria la implementación de siete proyectos para la prevención de muerte materna y la construcción en cinco hospitales de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Finalmente, de las 126 obras en proceso de construcción, se han validado 37 guías de equipamiento médico, quedando por revisar 85 de ellas, mismas que se remitirán en su momento para la correspondiente validación.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para el cierre del 2011, se tiene proyectada la conclusión de cinco obras nuevas, tres unidades de primer nivel y dos hospitales regionales. En cuanto a obras de ampliación y remodelación están en proceso cuatro unidades de primer nivel y seis de segundo nivel.

Por otro lado, como parte del esquema de equipamiento asociado a obra, se instalarán equipos de aire acondicionado en 33 delegaciones y UMAE, con una inversión de 148 mdp.

IV.1.3. SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES

Los servicios integrales son una alternativa de contratación de servicios médicos para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos a fin de que las unidades médicas del Instituto den respuesta a las demandas de atención de forma integral y sin interrupciones. Sus componentes esenciales son el equipamiento médico y sus accesorios, instrumental quirúrgico, así como bienes de consumo compatibles con el equipo médico. Este tipo de servicio incluye la capacitación al personal para el uso y manejo del equipo, además de equipo de cómputo y los sistemas de información necesarios para el control de los servicios. Lo anterior, de conformidad con la Norma que Establece las Disposiciones Generales para la Planeación, Implantación, Evaluación y Control de Servicios Médicos Integrales 2000-001-001.

Con base en los resultados satisfactorios obtenidos en el periodo 2008-2010 en la contratación de servicios integrales, el Instituto decidió optar nuevamente por esta modalidad en la adquisición de los servicios para los años 2011-2013, con el propósito de dar respuesta a la creciente demanda de los mismos.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Se integraron, validaron y consolidaron los requerimientos multianuales de servicios integrales 2011-2013 proporcionados por las delegaciones y UMAE. Las cantidades solicitadas para los tres años contemplan un total de 392,000 pruebas de laboratorio clínico, más de 3.5 millones de procedimientos para banco de sangre, 530,000 cirugías de mínima invasión y cerca de 4.9 millones de sesiones de hemodiálisis interna.

El H. Consejo Técnico autorizó, en sesión ordinaria celebrada el 29 de septiembre de 2010, un presupuesto de 19,769 mdp para la contratación plurianual de servicios integrales para el periodo del 1º de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2013. Los recursos se destinarán a la contratación de pruebas de laboratorio clínico (9,860 mdp), banco de sangre (3,826 mdp), procedimientos de mínima invasión (3,868 mdp), así como sesiones de hemodiálisis interna (2,215 mdp). Entre los meses de abril y mayo de 2011 se iniciaron los eventos de licitaciones públicas internacionales para estos cuatro servicios.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Entre los meses de julio y agosto de 2011 se iniciará la puesta en marcha de los servicios integrales para el periodo 2011-2013. Asimismo, se continuará el desarrollo de aplicaciones informáticas que permitan el control, seguimiento y evaluación de este tipo de servicios.

IV.1.4. PROGRAMA DE CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN 6º Y 7º DÍA

A partir del año 2008 el Instituto estableció el Programa denominado "Consulta de Medicina Familiar en 6º y 7º

Día”, con el objetivo de dar respuesta al desequilibrio generado por la creciente demanda de atención y el déficit de consultorios de medicina familiar. El Programa busca hacer uso eficiente de los recursos que no son ocupados en fin de semana, mejorando la accesibilidad y oportunidad en la atención médica. Las unidades participantes se eligen con base en el número de derechohabientes y de solicitudes de consulta, cuando estos sobrepasan los valores establecidos.

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

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En el periodo del informe participaron 33 delegaciones en el programa con 191 UMF y 1,020 consultorios. Se otorgaron 1'991,079 consultas en el fin de semana, de las cuales 93 por ciento fueron para derechohabientes que solicitaron cita previa (tabla IV.5). El promedio hora-médico alcanzado fue de 4.1 y se favoreció la atención de los asegurados en 39 por ciento y de las embarazadas en 4.5 por ciento.

En el periodo del informe se otorgaron casi dos millones de consultas en fines de semana, 38.8 por ciento más respecto al periodo 2009-2010.

Comparativamente con el periodo 2009-2010, se registró un incremento en el número de consultas de 557,188 (38.8 por ciento), así como una mejoría en

los indicadores de desempeño del Programa. En este sentido, el promedio de consulta por hora-médico pasó de 3.9 a 4.1, mientras que el porcentaje de atención a través de cita previa se incrementó en 1.8 puntos porcentuales, representando 93 por ciento del total de las citas. Por su parte, el porcentaje de atención a asegurado pasó de 38.2 a 39 por ciento, y el porcentaje de atención a embarazadas de 4.4 a 4.5 por ciento del total.

Un avance adicional fue la instalación en todas las UMF de la versión 4.2 del Sistema de Información en Medicina Familiar (SIMF), sistema que ya contiene la agenda electrónica de 6° y 7° Día. Por otra parte, se continuó la operación de las 10 UMF en la estrategia presidencial “Todos Somos Juárez”, con 19 consultorios. A través de este esquema se proporcionaron 52,061 consultas, de las cuales 47 por ciento correspondieron a asegurados y 2.5 por ciento a embarazadas. El promedio hora-médico registrado fue de 3.7.

Se continuó la operación de 10 UMF en la estrategia presidencial “Todos Somos Juárez”, en donde se proporcionaron 52,061 consultas.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Debido al dinamismo del Programa, durante el segundo semestre de 2011 participarán 32 delegaciones con 192 UMF, que equivalen a 1,031 consultorios, estimándose otorgar un total de 2'080,385 consultas en el periodo enero-diciembre de 2011. Al cierre del periodo se espera que las consultas otorgadas por cita previa representen 95 por ciento del total, con un promedio hora-médico mayor a cuatro. Adicionalmente, se estima que la atención a los asegurados corresponda a 40 por ciento de las citas, y que las consultas a mujeres embarazadas representen 6 por ciento del total.

TABLA IV.5. CONSULTAS OTORGADAS EN 6° Y 7° DÍA
(NÚMERO, MAYO DE 2010-MAYO DE 2011)

Delegación	Consultas	Delegación	Consultas
Aguascalientes	38,632	Morelos	29,965
Baja California	28,631	Nayarit	16,409
Baja California Sur	9,829	Nuevo León	242,768
Campeche	12,984	Oaxaca	14,617
Coahuila	120,397	Puebla	76,831
Colima	1,500	Querétaro	66,037
Chiapas	28,952	Quintana Roo	136,918
Chihuahua	130,701	San Luis Potosí	56,763
D. F. Sur	71,637	Sinaloa	70,331
Durango	7,392	Sonora	105,020
Guanajuato	97,446	Tabasco	4,180
Guerrero	12,083	Tamaulipas	35,987
Hidalgo	1,747	Veracruz Norte	57,364
Jalisco	141,154	Veracruz Sur	47,052
México Oriente	157,689	Yucatán	35,594
México Poniente	64,296	Zacatecas	13,151
Michoacán	57,022		
Total			1,991,079

Fuente: IMSS.

Proseguirán las acciones de monitoreo, análisis y validación de la información en el ámbito nacional con el propósito de identificar con oportunidad aquellas unidades médicas que, por su comportamiento operativo, sean factibles de integrarse a la estrategia. Asimismo, semestralmente se depurará el estatus de las UMF, incorporando las que cumplan criterios y excluyendo a aquellas que no reúnan los criterios de permanencia. Se dará seguimiento a la utilización de la agenda electrónica de 6° y 7° Día, y se validará el informe de productividad del programa, que será emitido mensualmente.

IV.1.5. MEJORAR LA ATENCIÓN EN URGENCIAS

En el 2009 se realizó un diagnóstico referente a los servicios de Urgencias, identificando 18 delegaciones con estancia prolongada en Urgencias, así como problemas de gestión entre estos servicios y hospitalización y auxiliares de diagnóstico. Asimismo, se observó inoportunidad en la interconsulta con las

diferentes especialidades, así como 35 hospitales con problemas de infraestructura en áreas físicas.

El IMSS atiende aproximadamente 50,000 urgencias diarias en todo el país. Dada la importancia de este servicio, se diseñó una estrategia para reducir la estancia prolongada y ocupación en el área de Observación, fortalecer la infraestructura y mejorar la comunicación con los familiares de los pacientes.

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

En este contexto, cabe resaltar la creación de Redes Zonales, estrategia dirigida a optimizar el uso de la infraestructura ya instalada en los servicios de Urgencias de las UMF, en apoyo a los servicios de Urgencias de los hospitales.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En relación con las Redes Zonales, se ha consolidado la primera fase integrada por 45 redes de servicios de Urgencias, cuya población beneficiada asciende a 14'249,793 derechohabientes. Asimismo, considerando la capacidad instalada en primer nivel de atención, se identificaron y pusieron en funcionamiento las 48 Redes Zonales que conforman la segunda fase, beneficiando a 12'198,028 derechohabientes.

Durante el periodo de mayo de 2010 a abril de 2011 se trasladaron 10,043 pacientes de servicios de Urgencias de hospitales a servicios de Urgencias de UMF en las 93 Redes Zonales (primera y segunda fases), observando un impacto positivo en los porcentajes de ocupación y estancia prolongada de pacientes en las áreas de Observación de Urgencias de los hospitales.

Otro resultado relevante de la implantación de las Redes Zonales es la reducción del porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de Observación del servicio de Urgencias y del porcentaje de ocupación en dicha área. En la medición comparativa del periodo julio-diciembre de 2009 y julio-diciembre de 2010, se registró una mejora de 4.5 puntos porcentuales para el indicador de estancia prolongada. Por su parte, el porcentaje de ocupación en las áreas de Observación se redujo en 25.5 puntos, lo que se traduce en mayor oportunidad de la atención e incremento de la disponibilidad de recursos para la atención de la demanda de servicios de los derechohabientes.

Como resultado de la operación de las 93 Redes Zonales se registró una reducción de 25.5 puntos en el porcentaje de ocupación de las áreas de Observación de Urgencias.

Por su parte, para el fortalecimiento de la infraestructura física, se da continuidad al proyecto de ampliación y remodelación de 35 servicios de Urgencias prioritarios en unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención con una inversión de 1,382 mdp. Estas medidas permitirán incrementar la satisfacción del usuario, fortalecer la capacidad resolutive de los hospitales, así como otorgar mejores condiciones de trabajo al personal.

Se da continuidad a la ampliación y remodelación de 35 servicios de Urgencias prioritarios en unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, con una inversión de 1,382 mdp.

Otra de las acciones realizadas fue la elaboración de un diagnóstico situacional de las ambulancias necesarias para el traslado oportuno de pacientes entre las unidades médicas de las Redes Zonales, concluyendo con un requerimiento de 76 ambulancias, cuya dotación está en proceso de análisis.

Para la mejor coordinación entre las unidades médicas de cada Red Zonal, se gestionó la implementación de un sistema de intercomunicación de voz que enlace los servicios de Urgencias en forma bidireccional dentro de la Red Zonal. Lo anterior, buscando facilitar los traslados, asegurar la continuidad de la atención del paciente y verificar la disponibilidad de camas en la unidad receptora.

En forma complementaria, y con el propósito de mejorar la comunicación con los familiares de los pacientes, se instaló el Sistema de Información

Aeropuerto, que consta de pantallas informativas para dar a conocer el estado de salud y ubicación de los pacientes internados en Urgencias. Para este fin, se adquirieron 747 pantallas para las salas de espera de los servicios de Urgencias de los tres niveles de atención, de las cuales a la fecha se han colocado 683 (91.4 por ciento). Asimismo, se han implementado estrategias educativas para la capacitación al personal encargado de manejar el sistema.

Por último, para dar a conocer las acciones de mejora realizadas a los derechohabientes y personal institucional, se estableció una estrategia de comunicación interna a través de la distribución y colocación de material gráfico en las 35 unidades médicas en remodelación y/o ampliación.

Se instaló el Sistema de Información Aeropuerto, que consta de 747 pantallas en las salas de espera de los servicios de Urgencias, para comunicar a las familias el estado de salud y ubicación de los pacientes internados.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

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

En corresponsabilidad con las diferentes instancias involucradas, se dará seguimiento al avance físico de las 35 obras de ampliación y remodelación de los servicios de Urgencias, la dotación de las 76 ambulancias

requeridas y la solicitud de instalación del sistema de intercomunicación que funcionará para enlazar los servicios de Urgencias de la Red Zonal.

Con respecto al Sistema de Información Aeropuerto, se dará seguimiento a la puesta en marcha y buen funcionamiento a nivel nacional. Adicionalmente y con el propósito de continuar fortaleciendo la estrategia de mejorar los servicios de Urgencias, se realizará el diagnóstico para la implantación de una “Sala de altas en hospitalización” en 108 unidades médicas de segundo nivel, 79 de las cuales están incluidas en Redes Zonales. Esto con la finalidad de agilizar el egreso de los pacientes hospitalizados e incrementar así la disponibilidad de camas para el ingreso de pacientes en Urgencias con indicación de hospitalización.

En las acciones de comunicación interna del programa antes señalado, se supervisará la colocación y permanencia de los materiales gráficos seleccionados con la finalidad de dar continuidad a la difusión de la estrategia a derechohabientes y personal institucional.

IV.1.6. DIFERIMIENTO EN CIRUGÍA PROGRAMADA

Dentro de un universo de cerca de 1.5 millones de cirugías cada año, de las cuales aproximadamente 80 por ciento corresponden a cirugía electiva, el Instituto enfrentó, en marzo de 2009, una lista de espera de 32,905 procedimientos quirúrgicos diferidos; 19,309 en delegaciones y 13,596 en UMAE. A raíz de esta situación, se implementó una estrategia con dos componentes. El primer componente fue un programa emergente, dirigido a disminuir la lista de espera, al optimizar la utilización de salas quirúrgicas en unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención en los turnos matutino, vespertino y en jornadas quirúrgicas extraordinarias en fines de semana; mejorar la gestión del proceso quirúrgico y realizar encuentros médico-quirúrgicos con utilización de las unidades quirúrgicas móviles. Por su parte, el segundo componente se trata

de un programa permanente cuyo objetivo es evitar el resurgimiento del rezago en cirugía programada y disminuir progresivamente los tiempos de espera para la realización de procedimientos electivos.

A pesar de realizar cerca de 1.5 millones de cirugías cada año, de las cuales aproximadamente 80 por ciento corresponden a cirugía electiva, el Instituto enfrentó en marzo de 2009 una lista de espera de 32,905 procedimientos quirúrgicos diferidos.

**INFORME DE LABORES DE
MAYO DE 2010 A 2011**

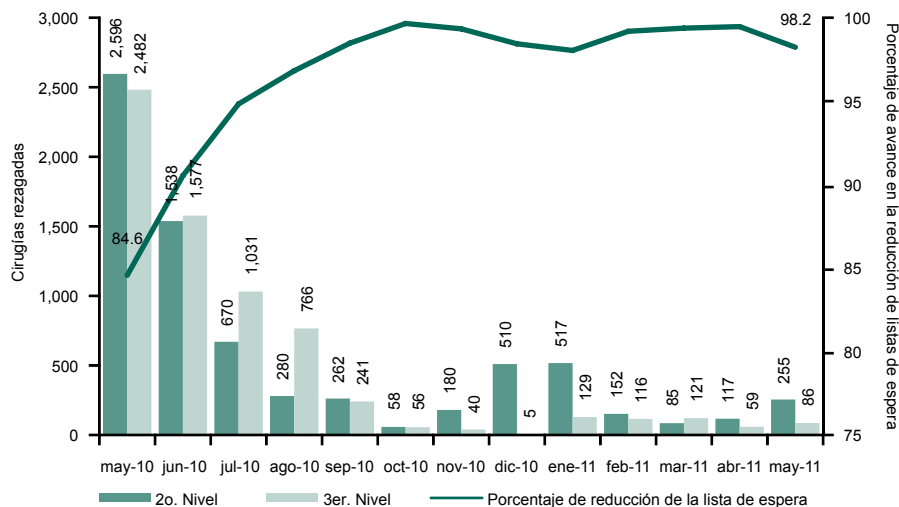
Como resultado de la aplicación de la estrategia para abatir el diferimiento quirúrgico, se realizaron, de mayo de 2010 a abril de 2011, un total de 1'443,513 procedimientos quirúrgicos en unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención. Al 31 de mayo de 2011 se reportan 341 procedimientos rezagados en

delegaciones y UMAE, de los cuales 255 corresponden a unidades de segundo nivel y 86 a unidades de tercer nivel, con un porcentaje de avance en la reducción del rezago en cirugía electiva de 98.9 por ciento. Derivado de lo anterior, 30 delegaciones y 21 UMAE lograron eliminar el diferimiento quirúrgico (gráfica IV.1).

En el periodo de mayo de 2010 a marzo de 2011 se logró un promedio nacional de 91.9 por ciento en oportunidad quirúrgica en cirugías electivas, no concertadas con el paciente, realizadas en unidades de segundo nivel. En 24 delegaciones se registró una oportunidad quirúrgica mayor a 90 por ciento, cifra superior al valor de referencia establecido de ≥ 80 por ciento (gráfica IV.2).

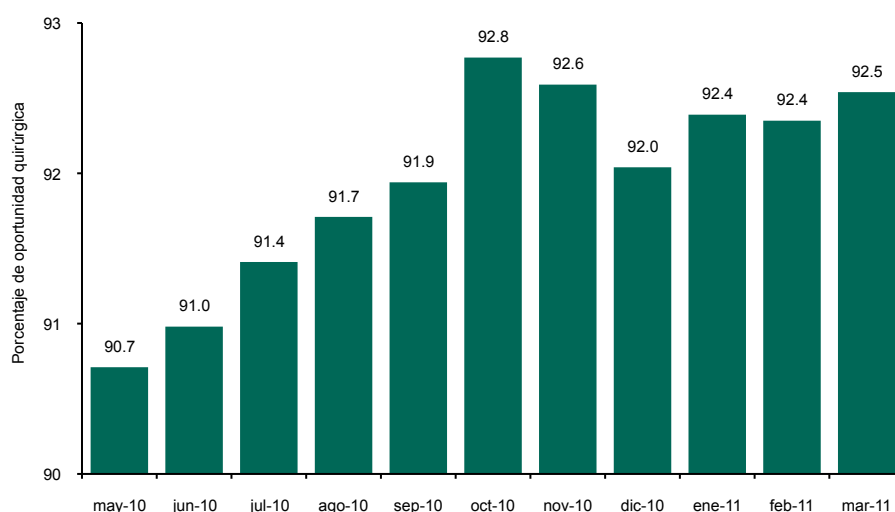
Como resultado de la estrategia, al 31 de mayo de 2011 se reportan 341 procedimientos rezagados, 1.04 por ciento de lo registrado en 2009. En este periodo, 30 delegaciones y 21 UMAE lograron eliminar el diferimiento quirúrgico.

GRÁFICA IV.1. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REZAGADOS Y REDUCCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA
(NÚMERO Y PORCENTAJE, MAYO DE 2010-MAYO DE 2011)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA IV.2. OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA
(PORCENTAJE, MAYO DE 2010-MARZO DE 2011)



Fuente: IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para asegurar la continuidad de estos resultados y evitar el resurgimiento del rezago quirúrgico, se fortalecerá la gestión para optimizar la eficiencia en el uso de la capacidad instalada en salas de cirugía y camas hospitalarias. Cabe señalar que durante los últimos 12 meses, el seguimiento de los avances se ha basado en los registros nominales de pacientes en lista de espera, los cuales serán modernizados para su obtención sistematizada a través del Nuevo Expediente Clínico Electrónico.

Con el fin de identificar con mayor precisión áreas de oportunidad, se concluirá una medición de tiempos de espera de cirugía programada en procedimientos quirúrgicos realizados del 1 de julio al 31 de diciembre de 2010. Para este fin, se analizarán 35,751 expedientes, de los cuales 16,794 corresponden a unidades de segundo nivel, y 18,957 a unidades de tercer nivel. Esta medición tiene como objetivo determinar el tiempo transcurrido de espera en el proceso que comprende desde que el paciente es referido del primer nivel de atención hasta que es intervenido quirúrgicamente.

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

La muerte materna representa uno de los problemas más importantes de la salud pública en el mundo, en México y en el Instituto, a pesar de los avances tecnológicos y de los conocimientos médicos que se aplican a la atención materna. Por lo anterior, México –conjuntamente con otros 189 países– se comprometió a disminuir la mortalidad materna, en línea con lo establecido en el indicador del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio y el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

En el marco de los compromisos del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio: reducir la mortalidad materna, el IMSS ha alcanzado avances importantes.

En el IMSS se mantuvieron las líneas de acción específicas dirigidas a prevenir los embarazos de alto riesgo, incrementar la vigilancia prenatal y asegurar la atención oportuna e integral de las complicaciones

durante la etapa del embarazo y puerperio. Para atender este último punto, se implantaron equipos de respuesta inmediata que fortalecen la capacidad de atención de las emergencias obstétricas en las unidades hospitalarias y en las delegaciones.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

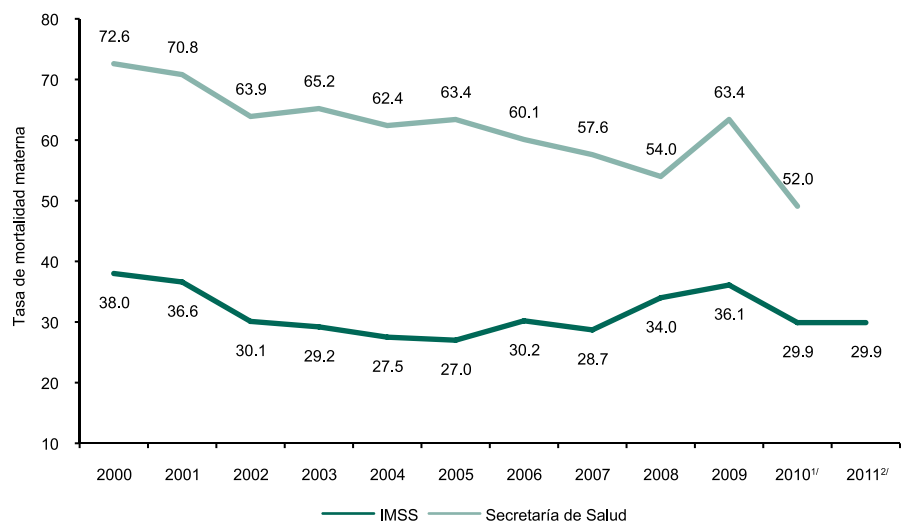
El promedio de atenciones prenatales por embarazada en derechohabientes del Régimen Obligatorio al cierre de 2010 fue de 7.2, y al mes de marzo de 2011 fue de siete, cifras superiores a la meta establecida en la NOM-007 de cinco consultas.

Al cierre de 2010, la tasa de muerte materna que reporta el Sector Salud fue de 52.0 por 100,000 nacidos vivos. Por su parte, la obtenida en el Instituto en el Régimen Obligatorio correspondió a 29.9 por 100,000 nacidos vivos, lo que representa una diferencia significativa y favorable considerando que el IMSS atiende aproximadamente a la mitad de los mexicanos (gráfica IV.3).

Con la finalidad de mejorar la atención obstétrica, se reorganizaron los servicios de Gineco-Obstetricia para que el personal con mayor capacidad técnico-médica se ubicara en las áreas de Tococirugía. Asimismo, las delegaciones del Instituto notifican la ocurrencia de casos de mujeres embarazadas o puérperas en riesgo de morir, al equipo de respuesta inmediata del nivel central, las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de un teléfono celular dedicado exclusivamente al programa, con el propósito de proveer y agilizar la atención de todas las pacientes con emergencia obstétrica. Esta estrategia se encuentra en operación desde el 15 de diciembre de 2009.

En 2010, la tasa preliminar de muerte materna en el Régimen Obligatorio fue de 29.9 por 100,000 nacidos vivos. Esta tasa es inferior a la reportada por el Sector Salud en ese mismo año y a la registrada en el año 2000 por el Instituto.

GRÁFICA IV.3. COMPORTAMIENTO DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA
(TASA POR 100,000 NACIDOS VIVOS PRELIMINAR, 2000-2011)



^{1/} 2010, información preliminar.

^{2/} Tasa anualizada al mes de abril de 2011.

Fuente: IMSS.

Asimismo, se continuó la realización de reuniones gerenciales de capacitación para mantener las líneas de acción que contribuyan a disminuir la mortalidad materna. Así, en 2010 se realizó la tercera reunión gerencial, del 27 al 30 de abril, a la que asistieron 78 coordinadores médicos delegacionales.

En la cuarta reunión de capacitación, llevada a cabo del 30 de noviembre al 3 de diciembre de 2010, el objetivo educativo se dirigió a mejorar la coordinación interdisciplinaria y la comunicación entre directivos para lograr mayor eficiencia de los equipos de respuesta inmediata y de los Comités Institucionales de Estudios en Mortalidad Materna, contando con la asistencia de 100 jefes de servicio de Gineco-Obstetricia y cinco jefes de división del servicio de Obstetricia de UMAE.

Por su parte, como una acción precursora de la estrategia federal de intercambio de servicios entre instituciones del Sector Salud, se aplica el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, suscrito el 29 de mayo de 2009, mediante el cual, entre mayo de 2009 y mayo de 2011, se ha proporcionado atención a 3,215 mujeres en estado grávido puerperal no derechohabientes del IMSS, de las que 1,659 se catalogaron como emergencia obstétrica. Asimismo, se brindó atención médica a 1,037 recién nacidos. Cabe resaltar que el número de muertes maternas registradas de esas emergencias ha sido solamente de nueve casos en los dos años de ejecución del convenio.

Como una acción precursora de la estrategia federal de intercambio de servicios entre instituciones del Sector Salud, se ha proporcionado atención a 3,215 mujeres en estado grávido puerperal no derechohabientes del IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se continuará con la capacitación de los jefes de servicio y de división de Gineco-Obstetricia en hospitales de segundo y tercer niveles para mejorar la conducción de los servicios y la eficiencia de los equipos de respuesta inmediata, a fin de incrementar la oportunidad y calidad de la atención a la emergencia obstétrica.

Permanecerá la realización de visitas de supervisión a las delegaciones para mejorar la organización de los servicios de atención a las mujeres en estado grávido-puerperal con enfoque de riesgo, con el objetivo de anticiparse al daño. De igual manera, se evaluará la organización y funcionamiento de los Comités Institucionales de Estudios en Mortalidad Materna hospitalarios y delegacionales, proporcionando retroalimentación sobre los resultados obtenidos.

Continuará el seguimiento a la atención de todas las pacientes con emergencia obstétrica en riesgo de morir, a través de la notificación inmediata al nivel central, las 24 horas del día, incluyendo a pacientes no derechohabientes que solicitan atención al amparo del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica; esto sin demeritar la calidad de atención de nuestras derechohabientes.

Finalmente, se diseñará e implementará un sistema de información que permita conocer el número de mujeres en edad fértil con enfermedades preexistentes que usan métodos anticonceptivos, con el fin de fortalecer el programa de planificación familiar y disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo.

IV.1.8. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)

Ante la diversidad e insuficiente homologación en la evaluación clínica y el tratamiento de los enfermos que eran atendidos en las UMF y hospitales del IMSS, desde el inicio de esta administración se propuso mejorar la

calidad de la atención, con el firme objetivo de mejorar la práctica médica y promover el uso eficiente de los recursos. Se definió como proyecto estratégico el desarrollo, difusión e implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC), para conocimiento y aplicación de todos los médicos del Instituto en sus tres niveles de atención. Las GPC han sido desarrolladas considerando los principales padecimientos que afectan a nuestros derechohabientes, buscando la excelencia académica y clínica de los profesionales de la salud, a través de una metodología basada en la evidencia científica disponible y con reconocimiento internacional.

Las Guías de Práctica Clínica, además de apoyar la toma de decisiones clínicas, son útiles para la administración de los servicios de salud y para mejorar la seguridad del paciente.

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

Desde el inicio del proyecto, el IMSS ha desarrollado 285 GPC, de las cuales 198 se encuentran disponibles en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (intersectorial), al alcance de la población mundial, particularmente de habla hispana, en el portal del Centro Nacional de Evaluación de Tecnología en Salud (CENETEC), así como en la página web institucional. La meta del Instituto es desarrollar 500 GPC al cierre de 2012, con ello se fortalecerá no sólo la academia y el conocimiento de nuestros médicos, sino también complementará las referencias disponibles para todos los alumnos de escuelas y universidades relacionadas con la Medicina.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Durante el periodo de reporte se desarrollaron 130 GPC, de las cuales 70 por ciento (91 GPC) se entregaron al CENETEC para su validación por la Academia Mexicana de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía. Cabe destacar que 52 por ciento (47 GPC) ya fueron autorizadas e incorporadas también al Catálogo Maestro mencionado en el párrafo anterior.

Asimismo, continúa activamente la difusión e implementación de las GPC en las delegaciones y UMAE, implementando acciones de supervisión que garanticen a mediano plazo el conocimiento y uso de las GPC por los médicos institucionales. A la fecha de corte, 81.3 por ciento de estas GPC se han difundido a nivel nacional.

El IMSS ha contribuido en total con 62 por ciento de las GPC incorporadas al Catálogo Maestro del Sector Salud, compuesto por instituciones públicas y privadas (tabla IV.6).

El IMSS ha contribuido con 62 por ciento de las Guías de Práctica Clínica incorporadas al Catálogo Maestro del Sector Salud.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

De junio a diciembre de 2011 está programada la elaboración de 61 nuevas GPC, a efecto de superar la meta de 100 para el presente año. Adicionalmente, se integrará y validará el mismo número de guías desarrolladas. De igual forma, se realizará la difusión de todas ellas y se continuará con la vigilancia y seguimiento del plan de implementación, a través de visitas de evaluación y asesoría a delegaciones y UMAE.

TABLA IV.6. DESARROLLO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA POR INSTITUCIÓN PÚBLICA EN EL SECTOR
(NÚMERO, ENERO DE 2008-MAYO DE 2011)

Institución	Guías programadas meta sectorial acumulada	Guías desarrolladas	Guías en Catálogo Maestro
IMSS	194	285	198
SSA	130	102	102
ISSSTE	45	16	16
DIF	7	3	3
Total	376	406	319

Fuente: IMSS.

En este mismo periodo, se coordinará con el CENETEC y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de la Secretaría de Salud Federal, el desarrollo, la difusión y la implementación de todas las GPC disponibles a nivel sectorial. Igualmente, se impulsarán las acciones para la evaluación operativa del apego a las recomendaciones de las guías. También se dará seguimiento a la consolidación del Convenio IMSS-Cochrane para participar como centro colaborador de la Red Iberoamericana Cochrane, cuyo objetivo es la comparación referencial de las mejores prácticas en salud internacionales y mejorar la atención de los enfermos.

IV.1.9. PROGRAMA INSTITUCIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

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

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

El tratamiento con trasplante renal proporciona al paciente independencia de máquinas o de hospitales, facilitándole su reintegración a la vida económicamente activa. Es la mejor opción terapéutica confirmada por los expertos internacionales médicos y economistas (tablas IV.7 y IV.8), así como por la percepción y satisfacción de los propios pacientes y sus familiares. Comparado con las otras opciones, el trasplante renal es hasta cinco veces más económico (tabla IV.9).

TABLA IV.7. SOBREVIDA ESTIMADA CON TRASPLANTE RENAL
(PORCENTAJE)

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

Fuente: IMSS.

TABLA IV.8. ESTIMACIÓN DE COSTOS POR TIPO DE PACIENTE
(MILLONES DE PESOS)

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

Fuente: IMSS.

TABLA IV.9. COSTO ESTIMADO DE LAS TRES OPCIONES TERAPÉUTICAS
(PESOS)

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

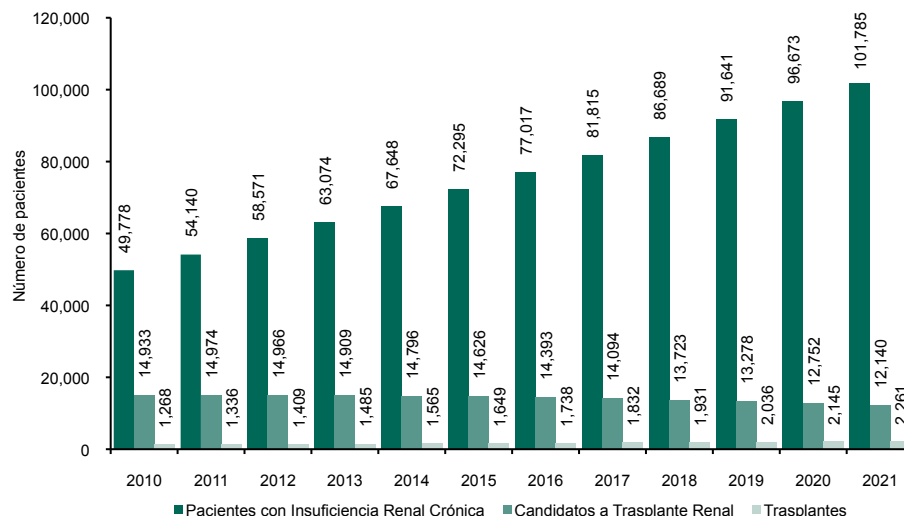
Fuente: IMSS.

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

En México, la insuficiencia renal crónica constituye la décima causa de mortalidad general y en el IMSS, el tratamiento consume aproximadamente 7 por ciento del presupuesto para la atención médica.

Asimismo, en el Instituto existen más de 49,000 pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo con diálisis o hemodiálisis. De estos, se estima que casi 15,000 (30.6 por ciento) son potenciales candidatos a trasplante renal. Si se compara la tendencia de crecimiento poblacional, la transición demográfica y epidemiológica mencionada al inicio, con la tasa anual de trasplante, para el año 2021 habrá una diferencia importante con poca oferta y gran demanda de este tipo de procedimientos (gráfica IV.4). Por lo anterior, estamos obligados a desarrollar estrategias para fortalecer la infraestructura y capacidad para su realización, así como equilibrar oferta y demanda, en beneficio de la población derechohabiente, de la economía del país y del propio Instituto.

**GRÁFICA IV.4. PROYECCIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL
CONTRA TRASPLANTES REALIZADOS EN EL IMSS**
(NUMERO, 2010-2021)



Fuente: IMSS.

Debido al impacto de la insuficiencia renal crónica se desarrolló la estrategia de trasplantes, que contribuye a satisfacer la demanda de tratamiento al menor costo social y económico para el paciente y el Instituto.

De acuerdo con lo anterior, para atender la demanda no satisfecha en salud, se estableció para el 2012 la meta de realizar 2,000 trasplantes por año. Es decir, se requiere un incremento de 78 por ciento con relación a los trasplantes realizados en el año 2008. Con ello, se alcanzaría la tasa de trasplantes de 43 por millón de derechohabientes, similar a la de España o Estados Unidos de América. Por este motivo, se elaboró un proyecto de fortalecimiento de los programas de trasplante renal que permitirá equilibrar la oferta y la demanda gradualmente.

Con el fin de atender la demanda no satisfecha en salud, se estableció para 2012 la meta de alcanzar una tasa de 43 trasplantes por millón de derechohabientes, similar a la de España o Estados Unidos de América.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

El Instituto llevó a cabo 49.6 por ciento de los trasplantes renales del país, en 26 unidades médicas que realizan este tipo de procedimiento altamente complejo. Esto en números absolutos, se traduce en que 1,879 pacientes fueron beneficiados con trasplantes, observándose un incremento de los procedimientos gracias a la obtención altruista procedente de donadores vivos (83 por ciento del total) y de donadores cadavéricos (17 por ciento).

El IMSS organizó en el segundo semestre de 2010 el tercer Consenso Nacional de Médicos Dedicados al Trasplante Renal, en el que participaron especialistas clínicos y quirúrgicos con la finalidad de la actualización académica y difusión del conocimiento. Entre otras cosas, se establecieron estrategias y compromisos para incrementar el número de trasplantes renales exitosos; esto es, que la función del implante renal prevalezca para mejorar la expectativa de vida del paciente. Otros puntos relevantes del Consenso Nacional fueron la identificación de áreas de oportunidad médica y social para incrementar la donación cadavérica y las acciones

para favorecer el envío oportuno de pacientes a los hospitales.

El Instituto llevó a cabo 49.6 por ciento de los trasplantes renales a nivel nacional en 26 unidades médicas que realizan este procedimiento altamente complejo.

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

Con el objetivo de incrementar el número de trasplantes renales, se firmaron en septiembre de 2010 Acuerdos de Gestión Tripartitas entre las Direcciones de Finanzas, Prestaciones Médicas y nueve de las UMAE, a fin de estimular el buen desempeño. Para ello se asignan recursos financieros adicionales al presupuesto, que son empleados con autonomía de gestión para equipamiento, remodelación, obra y tiempo extraordinario, entre otras cosas, con apego a la normatividad, así como la autorización y supervisión de nivel central.

Para favorecer el envío oportuno de pacientes con IRC terminal a los hospitales, se difundió la normatividad en materia de trasplantes, estableciendo metas específicas y compromisos por cada delegación. Asimismo, está en proceso de integración un listado nominal de pacientes con falla renal para ser referidos a los hospitales. Esto ha significado un incremento en el registro de pacientes en la base de datos del Registro Nacional de Trasplantes del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), pasando de 4,285 a 5,139.

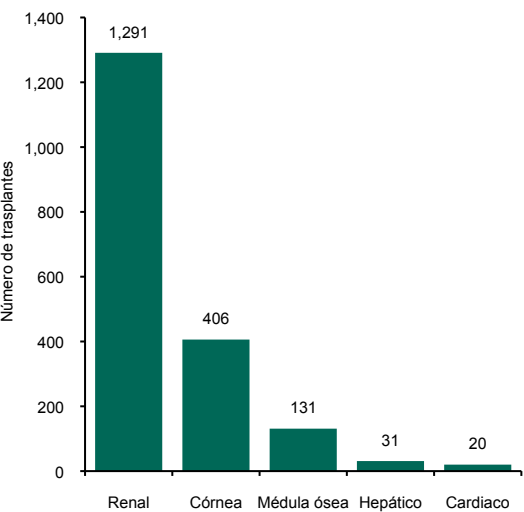
Con el objetivo de impulsar la cultura de donación cadavérica, se crearon seis nuevas plazas para Coordinador

Hospitalario de Donación y cuatro más se encuentran en trámite. Se capacitó a 12 médicos en el Diplomado Universitario para la Formación de Coordinadores de Donación de Órganos con Fines de Trasplante, impartido conjuntamente con el CENATRA y avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Para garantizar la transparencia del destino de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica, en junio de 2010 se actualizó la normatividad institucional para el resguardo y distribución de órganos provenientes de donación cadavérica. Se generaron propuestas a las iniciativas de modificación de la Ley General de Salud, en materia de donación y trasplantes, que están siendo analizadas por el Sector para su eventual publicación.

El IMSS cuenta actualmente con cinco programas de trasplantes activos; en la gráfica IV.5 se muestran los logros obtenidos en el periodo señalado.

GRÁFICA IV.5. TRASPLANTES REALIZADOS
(NÚMERO, MAYO DE 2010-MAYO DE 2011)



Fuente: IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se fortalecerá la capacitación y supervisión operativa, así como el seguimiento a la asignación de recursos financieros relacionados con los Acuerdos de Gestión, para fortalecer los programas de trasplante renal en las

unidades médicas, con la finalidad de incrementar la tasa de este procedimiento.

Asimismo, se supervisará la integración del censo nominal de pacientes con falla renal, candidatos a trasplante, referencia oportuna a los programas, así como la inclusión en la base de datos del Registro Nacional de Trasplantes, y dar cumplimiento a las metas comprometidas por delegación.

Se administrará el contrato para la prestación del servicio de extracción y procesamiento de tejido corneal humano por donación cadavérica proveniente del banco de tejidos del extranjero, en beneficio de los derechohabientes que requieren un trasplante.

Por último, para obtener las licencias sanitarias, así como la disposición de órganos y tejidos en la modalidad de procuración, sobre todo de las unidades médicas que aún no se han integrado a la Red Institucional de Donación, se colaborará con la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para realizar los trámites administrativos pertinentes.

IV.1.10. CONVENIO DE SUBROGACIÓN CON HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, así como la Ley General de Salud promueven, a través de la Secretaría de Salud, la suscripción de un Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios Médicos Interinstitucionales. Dicho Acuerdo permitirá consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios médicos de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad.

Con sustento legal en el Artículo 11 del Reglamento de Servicios Médicos, el Instituto tiene facultades para proporcionar las prestaciones en especie del Seguro de

Enfermedades y Maternidad en sus establecimientos, o indirectamente a través de convenios establecidos con instituciones del propio sector público, así como del privado. De esta manera, se busca mejorar la calidad de los servicios, incrementando la accesibilidad, eficiencia, oportunidad y eficacia de los mismos.

La firma de convenios de prestación de servicios con Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE), de la Secretaría de Salud, constituye una firme alternativa para fortalecer el logro de la misión institucional. Los convenios permiten integrar una red de hospitales que cuentan con especialidades clínico-quirúrgicas, atienden padecimientos de alta complejidad y poseen la infraestructura médica suficiente para dar factibilidad a la convergencia de los servicios médicos en el sector.

En este contexto, el Ejecutivo Federal instruyó a las instituciones de salud para que establecieran los acuerdos necesarios para consolidar el intercambio de servicios en el HRAE de Ciudad Victoria, Tamaulipas, dando origen al Compromiso Presidencial IMSS0455, referente a la subrogación de servicios médicos entre instituciones públicas.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Con el propósito de cumplir el ordenamiento federal señalado y consolidar el intercambio de servicios, se formalizaron convenios locales de intercambio con el IMSS y los HRAE existentes en el país, como son los correspondientes a los estados de Chiapas, Guanajuato, Oaxaca, Yucatán y Tamaulipas. Los convenios han permitido otorgar atenciones médicas en mejores condiciones de accesibilidad a un gran número de derechohabientes a quienes, sin esta estrategia, eventualmente pudiera haberles representado traslados a otras localidades con las implicaciones de demora, insatisfacción y en ocasiones mayores gastos para el Instituto y el propio derechohabiente.

Se han atendido en estos hospitales un total de 1,639 pacientes del IMSS, para lo cual se ejerció un monto de 5'873,126 pesos (tabla IV.10).

Los servicios con mayor demanda fueron: Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (1,341 procedimientos), Consulta Externa de Especialidades (220 consultas) y Cirugía (43 intervenciones quirúrgicas).

Asimismo, se integró el Comité Intersectorial de Federalización de los Servicios Médicos por parte del ISSSTE, IMSS, Seguro Popular y la Secretaría de Salud, el cual ha logrado concluir la elaboración del documento Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, que regirá las condiciones para el intercambio entre las instituciones y que tiene sustento en la portabilidad y convergencia.

De manera coordinada se realizaron, entre octubre y diciembre de 2010, seis visitas de evaluación y asesoría a las entidades que cuentan con HRAE. El objetivo de las visitas fue verificar la firma de los convenios, analizar el mecanismo de los envíos por localidad y así consolidar el procedimiento de referencia y contrarreferencia en un marco general.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se continuará con las visitas a delegaciones con HRAE a fin de supervisar el proceso de intercambio y fortalecer la gestión de recursos presupuestales necesarios para el intercambio. Asimismo, una vez obtenida la formalización del documento Lineamientos para el Intercambio de Servicios en el Sector Salud, se procederá a la difusión del mismo en las áreas operativas para su aplicación. En forma paralela, se realizará un censo de los convenios de intercambio de servicios médicos existentes en las delegaciones para que, posterior a este ejercicio, se planee la estrategia para que se ajusten a los lineamientos mencionados.

IV.1.11. CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA-CENTRO DE CONTACTO (CALL-CENTER)

El Instituto cuenta con un servicio de atención telefónica, proporcionada a través de un Centro de

TABLA IV.10. PROCEDIMIENTOS Y GASTO EROGADO DE REFERIDOS A LOS HRAE
(PESOS, MAYO DE 2010-MAYO DE 2011)

Hospital Regional de Alta Especialidad	Cirugía		Consulta Externa		Hospitalización		Auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento		Total	
	Casos	Gasto	Casos	Gasto	Casos	Gasto	Casos	Gasto	Casos	Gasto
Tapachula y Tuxtla Gutiérrez, Chiapas	-	-	51	13.3	-	-	620	3,644.1	671	3,657
Guanajuato	-	-	-	-	-	-	342	270.8	342	271
Oaxaca	2	18.4	-	-	-	-	8	23.4	10	42
Tamaulipas	41	734.0	169	33.4	35	383.7	371	751.5	616	1,903
Total	43	752.4	220	46.7	35	383.7	1,341	4,689.8	1,639	5,873

Fuente: IMSS.

Contacto (*call center*). Este servicio permite otorgar orientación e información de manera efectiva, así como facilitar la gestión de servicios a patrones y demás sujetos obligados, derechohabientes, jubilados y público en general. Entre los objetivos del servicio del Centro de Atención Telefónica destacan:

Funcionar como punto único de contacto para derechohabientes, contribuyentes, jubilados y público en general en la República Mexicana y en el extranjero, los 365 días del año.

Proporcionar el servicio de Cita Médica Telefónica de forma automatizada.

Brindar información telefónica a los mexicanos en el extranjero referente a servicios, a los cuales tienen derecho sus familiares en territorio nacional, y que es otorgada por el Instituto.

Proporcionar información de temas referentes a salud sexual y reproductiva a través de la campaña de PLANIFICATEL.

Fomentar el uso de los servicios que actualmente brinda el Instituto a través de las nuevas tecnologías utilizadas en el Centro de Contacto (orientación telefónica, Internet, chat, correo electrónico y mensajes SMS).

Mediante el servicio de Cita Médica Telefónica, el derechohabiente puede solicitar una cita con su médico familiar o estomatólogo sin necesidad de trasladarse a la unidad médica, contando con un amplio horario para realizar la llamada.

Específicamente, mediante el servicio de Cita Médica Telefónica el derechohabiente ha recibido los beneficios de solicitar la cita con su médico familiar o estomatólogo, sin necesidad de trasladarse a la unidad médica; para ello se cuenta con un horario para realizar

la solicitud de 8:00 a 23:00 horas, de lunes a viernes, y de 8:00 a 16:00 horas, en sábados, domingos y días festivos. Para el Instituto, este servicio ha facilitado la organización de la consulta, fomentado la reducción de tiempos de espera. Por su parte, las Asistentes Médicas, al no tener que registrar las citas, disponen de mayor tiempo para atender al derechohabiente.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En el periodo de mayo de 2010 a mayo de 2011 se extendió el servicio de Cita Médica Telefónica en las Delegaciones Morelos, Baja California Sur, Yucatán, Michoacán, Tabasco, Oaxaca, Jalisco y Distrito Federal. De esta manera, el servicio se encontraba disponible en 535 UMF del Instituto.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Continuar con la habilitación del servicio de Cita Médica Telefónica en las 16 Delegaciones de Campeche, Estado de México Oriente, Estado de México Poniente, Guerrero, Chiapas, Quintana Roo, Coahuila, San Luis Potosí, Querétaro, Chihuahua, Durango, Puebla, Sinaloa, Tlaxcala, Veracruz Norte y Veracruz Sur. Al implantar el servicio en 565 UMF de estas delegaciones, se logrará la cobertura a nivel nacional.

IV.1.12. DIABETIMSS

La diabetes fue la primera causa de muerte en el Instituto, con 22,082 casos en 2010, año en el que se atendió a 1'903,018 pacientes diabéticos. Este padecimiento ocupa el segundo motivo de consulta en Medicina Familiar, con 10'776,876 consultas; el quinto lugar como motivo de consulta en Especialidades (672,384 consultas), el octavo lugar como motivo de consulta en Urgencias (334,087 consultas), y el octavo motivo de egresos hospitalarios (68,221 egresos).

Por cada 100 derechohabientes del IMSS, 11 son diabéticos y se espera que para el año 2025 haya 11 millones de enfermos. En marzo de 2010 se reportó que la atención ambulatoria por diabetes implicó un costo total diario de 54'939,068 pesos, gastando 2'898,297 pesos en terapia sustitutiva de la función renal (diálisis peritoneal y hemodiálisis), y por rehabilitación de pacientes amputados 727,954 pesos.

La diabetes ocupa el segundo motivo de consulta en Medicina Familiar (10'776,876 consultas), el quinto lugar en consulta de Especialidades (672,384 consultas) y el octavo lugar en consulta de Urgencias (334,087 consultas).

Debido al impacto social y económico de la diabetes, el Instituto puso en marcha el Programa DIABETIMSS. El programa consiste en capacitar al equipo de salud en el modelo de atención médico asistencial y de educación grupal, con un equipo multidisciplinario enfocado al paciente y a su familia, teniendo como objetivo enseñar al paciente a modificar su estilo de vida para alcanzar los niveles normales de glucosa y lípidos en la sangre, así como de la presión arterial. Es especialmente relevante la identificación temprana de complicaciones en riñón, ojos, pies, etcétera, buscando de esta manera una intervención oportuna que se traduzca, en el mediano y largo plazos, en una disminución considerable de los efectos catastróficos de las complicaciones de esta enfermedad, tanto para la calidad y esperanza de vida del paciente, como para el Instituto.

A pesar que los resultados económicos esperados con el Programa se podrán percibir a partir de los cinco y siete años de iniciado, al lograr el control de los pacientes diabéticos como se plantea, los gastos diarios que actualmente se tienen por concepto de hemodiálisis ambulatoria (1'476,843 pesos), diálisis peritoneal (1'421,454 pesos) y rehabilitación de pacientes amputados (727,954 pesos), se reducirán. Se ha estimado que al transcurrir este periodo, se tendrá

una disminución de 15 por ciento en los costos totales por atención a los pacientes diabéticos, 20 por ciento en complicaciones, 18 por ciento en invalidez y 14 por ciento en mortalidad.

Debido al impacto social y económico de la diabetes, el Instituto creó DIABETIMSS, a través del cual se estima disminuir en 15 por ciento los costos totales por atención a los pacientes diabéticos, 20 por ciento en complicaciones, 18 por ciento en invalidez y 14 por ciento en mortalidad.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Durante el año 2010 y con la autorización de 195 plazas de nueva creación, se planeó establecer un mínimo de 39 nuevos módulos DIABETIMSS, adicionales a los 35 existentes. Al mes de diciembre de 2010 se implantaron 42, y al mes de abril de 2011 se establecieron 14 módulos más, dando un total de 94 módulos en operación.

Entre mayo de 2010 y abril de 2011 se otorgaron en los módulos DIABETIMSS 443,664 consultas y el promedio hora-médico a nivel nacional fue de 3.63. Por otra parte, con el propósito de medir el avance del Programa, se decidió formular un indicador que combinara dos elementos: el incremento en la apertura de nuevos módulos DIABETIMSS y el número de pacientes que hayan alcanzado el control de su enfermedad. El avance alcanzado a nivel nacional durante el periodo mayo de 2010 a abril de 2011, de este indicador, fue de 33 por ciento.

Para la atención integral del paciente diabético, el 2 de junio de 2010 se incluyó la cámara no midriática de retina en el Cuadro Básico Institucional. Está pendiente por las autoridades del Sector Salud la aceptación del

software de autointerpretación de las fotografías de retina para su inclusión al Cuadro Básico Institucional.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se espera concluir la implantación de 35 nuevos módulos para el mes de diciembre de 2011, uno en cada delegación; lograr un promedio de consulta hora-médico de seis en todos los módulos; alcanzar 40 por ciento de pacientes en control metabólico y referir a segundo nivel a 85 por ciento de pacientes a los que se les identifiquen complicaciones en forma temprana.

Además, se vigilará el cumplimiento de las metas establecidas en las delegaciones a través de los Jefes de Servicio de Prestaciones Médicas, a fin de coadyuvar en el logro de los objetivos y documentar las estrategias que operan en sus delegaciones para cumplir con el valor de referencia de los indicadores.

IV.1.13. EDUCACIÓN EN SALUD. FORMACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

La creciente demanda de médicos especialistas es un reto para el Instituto. Surge como resultado de las necesidades de atención médica como consecuencia de cambios en el perfil epidemiológico de la población, el aumento en las jubilaciones de personal especialista, así como de la remodelación y creación de nuevas unidades médicas.

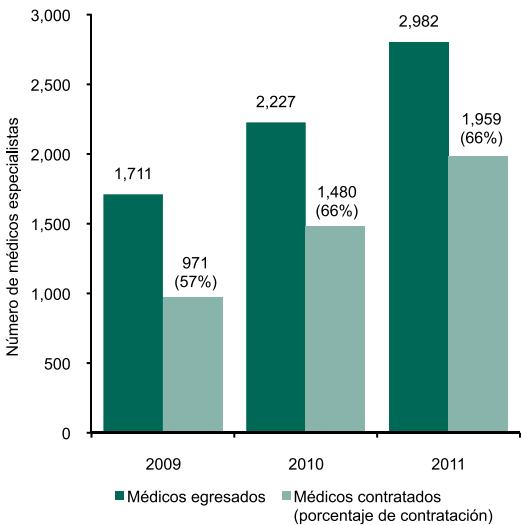
Para hacer frente a este reto, se han dirigido esfuerzos al fortalecimiento del Sistema Institucional de Residencias Médicas. Entre las acciones realizadas destacan la expansión de la oferta de sedes y subsedes formadoras, la orientación de los programas académicos de las diversas especialidades a las necesidades de salud de la población derechohabiente y el fortalecimiento de la calidad de la educación en salud.

La mejora del Sistema Institucional de Residencias Médicas contempla incrementar el número de ingresos de nuevos residentes, así como la instrumentación de medidas que permitan incorporar a los médicos especialistas recién egresados al capital humano del Instituto, con el propósito fundamental de garantizar la oportunidad, calidad y calidez de los servicios de atención a la salud.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En febrero de 2011 egresaron del Instituto 2,982 nuevos médicos especialistas en 58 diferentes especialidades. Este número de egresados se incrementó en 34 por ciento con relación a 2010, continuando con la tendencia de crecimiento anual en el número de egresos y contrataciones observada de 2009 a la fecha (gráfica IV.6).

GRÁFICA IV.6. MÉDICOS ESPECIALISTAS EGRESADOS DEL IMSS Y MÉDICOS CONTRATADOS (NÚMERO, 2009-2011)



Fuente: IMSS.

Para el ciclo académico que dio inicio en marzo de 2011 ingresaron 4,152 nuevos residentes al Sistema Institucional de Residencias Médicas, cifra que

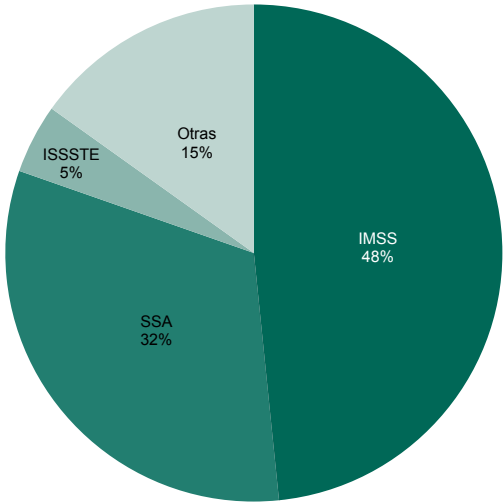
manifiesta la importancia que el Instituto ha otorgado a la formación de recursos humanos para la salud (tabla IV.11).

El IMSS es la institución que forma más médicos especialistas en el país y en América Latina. En febrero de 2011 egresaron del Instituto 2,982 nuevos médicos en 58 diferentes especialidades, cifra 34 por ciento mayor con relación a 2010.

Lo anterior posiciona al Instituto Mexicano del Seguro Social como la institución que forma más médicos especialistas en el país y en América Latina. Para el periodo que se informa, se encuentran realizando estudios de especialización médica, en 72 especialidades diferentes, 11,932 médicos, en 210 unidades médicas distribuidas en el país.

Anualmente, el Instituto recibe 48.4 por ciento del total de médicos que inician una residencia médica después de haber acreditado el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas coordinado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), de la cual forma parte el Instituto (gráfica IV.7).

GRÁFICA IV.7. INGRESOS A RESIDENCIAS MÉDICAS, CICLO ACADÉMICO 2011-2012
(PORCENTAJE, 2011-2012)



Fuente: IMSS.

El proceso de formación de recursos humanos para la salud y la actualización permanente del personal de salud se fortalecieron mediante la adquisición de material bibliográfico para el Sistema Bibliotecario del IMSS. En este aspecto se ejerció 97.5 por ciento de los 22.2 mdp autorizados como asignación adicional al programa, considerando que la información científica y tecnológica actualizada son un insumo básico para la atención a la salud. Cabe destacar que el ejercicio total de los recursos disponibles se vio condicionado por

TABLA IV.11. INGRESOS AL SISTEMA INSTITUCIONAL DE RESIDENCIAS MÉDICAS, CICLO ACADÉMICO 2011-2012
(NÚMERO, 2011-2012)

Concepto	Ingresos
Especialidades de Entrada Directa y Rama	3,569
Cursos Institucionales de Especialidad para Médicos de Base	478
Especialidades Rurales para el Programa IMSS-Oportunidades	105
Total	4,152

Fuente: IMSS.

aquellos títulos de libros de texto no disponibles en el mercado editorial al momento de realizar la Licitación Pública Internacional.

En marzo de 2011, como resultado de las estrategias propuestas en coordinación con el SNTSS, se contrató en plazas de Base del Instituto a 67 por ciento de los médicos especialistas egresados en este año. Al mismo tiempo, se ha buscado incorporar a los médicos como personal sustituto (08) para fortalecer la bolsa de trabajo. El porcentaje de contratación de los médicos egresados de cursos de especialización del IMSS se ha incrementado durante los últimos dos años y, como resultado de la incorporación a la bolsa de trabajo, la retención en el Instituto de los médicos especialistas recién egresados alcanza 85.3 por ciento. Sin embargo, debe destacarse que este proceso de incorporación a la fuerza de trabajo institucional se encuentra estrechamente vinculado con la libertad de selección de los médicos para prestar sus servicios profesionales en la institución de su elección.

Como parte de las estrategias acordadas con el SNTSS, se han intensificado las actividades de difusión de los espacios laborales disponibles en el Instituto, con el propósito de incentivar la incorporación de médicos especialistas egresados en años anteriores y de egresados de otras instituciones. Estas acciones coordinadas en marzo del año en curso permitieron incorporar a 2,361 nuevos especialistas en plazas vacantes del Instituto y fortalecer la bolsa de trabajo con 1,282 médicos de diversas especialidades (tabla IV.12).

Derivado de la observación de la Comisión de Vigilancia del Instituto, **"Revisar jurídicamente la permanencia de los médicos residentes formados en el IMSS, a fin de aplicar los conocimientos y la capacitación recibida en beneficio del derechohabiente"**, el Instituto carece de atribuciones para establecer disposiciones que permitan sujetar a los médicos especialistas por un periodo mayor al previsto en los programas de formación. Por este motivo, se han orientado esfuerzos hacia la motivación profesional, el reforzamiento de los aspectos éticos de la especialización y la identificación con los valores institucionales.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Dada la importancia que reviste la formación de recursos humanos para la salud, y dentro de estos la formación de médicos especialistas, anualmente se deben realizar acciones de manera consecutiva que permitan alcanzar los objetivos planteados. En este sentido, para el periodo junio-diciembre de 2011 se reforzarán las tareas para actualizar el diagnóstico de necesidades de médicos especialistas de manera prospectiva a 2015 y 2025. El análisis considerará factores como el desplazamiento del personal, jubilaciones y nuevas necesidades, resultado del modelo de atención a la salud, programas prioritarios, perfil epidemiológico y crecimiento de infraestructura, entre otros.

TABLA IV.12. CONTRATACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS
(NÚMERO, 2011)

Concepto	Contratación en plaza de base	Asignado a 08 (sustituto)	Médicos especialistas incorporados
Egresados IMSS 2011	1,959	585	2,544
Egresados IMSS de otros años	25	32	57
Egresados otras instituciones	377	665	1,042
Total	2,361	1,282	3,643

Fuente: IMSS.

Tarea de especial significado es la integración del marco presupuestal para la formación de médicos especialistas, considerando la incorporación de nuevos residentes médicos para especialidades de entrada directa y de rama, así como el número de becas necesarias para los programas institucionales de formación como especialistas dirigidos a personal de Base.

De manera complementaria, se fortalece el programa de calidad de la educación, mediante la estandarización y evaluación permanente de los programas académicos de formación de médicos especialistas. Asimismo, se busca implementar estrategias educativas que favorezcan el aprendizaje significativo en todos los cursos de especialización médica, supervisando frecuentemente los procesos educativos en todas las sedes de cursos de especialización médica.

Se destinarán recursos del Fondo de Fomento a la Educación (FOFOE) para el fortalecimiento de la infraestructura educativa en las unidades médicas formadoras de médicos especialistas, con especial atención al equipamiento médico y de tecnologías de la información. Asimismo, se continuará trabajando para alinear los programas de formación de médicos especialistas a las necesidades institucionales y actualizar requisitos de ingreso, duración y contenido de los cursos, en coordinación con las instituciones de Educación Superior que otorgan el aval académico a las diversas especialidades. Finalmente, se impulsará ante la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud la propuesta institucional para disminuir el número de especialidades médicas, orientando los programas hacia la formalización de cursos de adiestramiento en servicio como alternativa de las subespecialidades.

IV.1.14. INVESTIGACIÓN EN SALUD

La investigación en salud es una actividad estratégica que favorece la prestación de servicios de calidad. En el contexto del Plan Nacional de Desarrollo, los objetivos estratégicos del Instituto señalan el reto

actual de consolidar la investigación, con la obtención de productos científicos y tecnológicos de calidad internacional, pero que además tengan repercusión en la atención que se otorga. La capacidad desarrollada durante varias décadas es el sustento actual para realizar estudios de vanguardia, orientados a los problemas prioritarios de salud de los derechohabientes, como son el cáncer, la diabetes y la obesidad. Como resultado del impulso continuo a la investigación en salud, el Instituto cuenta con el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECyT) y participa en el *Ranking* Iberoamericano de Instituciones de Investigación (Ri3) y en el área de Medicina en México se encuentra clasificado sólo después de la Universidad Nacional Autónoma de México.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En lo referente a la formación de recursos humanos en programas de maestría o doctorado en investigación en salud, durante el ejercicio 2010 se graduaron 113 alumnos de posgrado en investigación, 86 en programas de maestría y 27 de doctorado. Se estima un número similar de graduados para el término del ejercicio 2011.

Entre los 402 profesionales de la salud con calificación curricular de investigador institucional, tanto clínicos como investigadores de tiempo completo que estuvieron vigentes al término del ejercicio 2010, 68 por ciento fue reconocido por el Sistema Nacional de Investigadores, de acuerdo con los registros del CONACyT. Entre ellos, 78.3 por ciento de los 258 investigadores de tiempo completo cuenta con este reconocimiento.

Para promover la productividad científica y tecnológica institucional, en 2010 se fortaleció la regulación del Fondo de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico, denominado Fondo de Investigación en Salud. En 2011 se continúan

implementando medidas para perfeccionar su funcionamiento.

En 2010 se otorgó apoyo financiero por concurso para el desarrollo de 68 protocolos de investigación científica y desarrollo tecnológico. Durante el ejercicio 2011 se planea apoyar al menos a un número similar de propuestas.

El personal institucional generó 981 artículos científicos en el ejercicio 2010, de los cuales 684 (70 por ciento) fueron publicados en revistas indizadas y 410 (60 por ciento) de estos últimos se publicaron en revistas con factor de impacto. En la actualización del *Journal of Citation Reports*, la revista institucional *Archives of Medical Research* obtuvo un factor de impacto de 1.884 y se mantuvo entre las revistas médico-científicas con el mayor factor de impacto en Latinoamérica.

Durante el ejercicio 2010, el IMSS obtuvo seis títulos de patente ante el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial. En 2011 se está efectuando el seguimiento de 11 solicitudes adicionales que se encuentran en trámite. Se planea que de estas patentes se puedan obtener regalías al someter a subasta su comercialización, de modo que se beneficie económicamente el Instituto y se incentive a los investigadores y a las unidades de investigación.

Desde el inicio de la Administración se propuso un nuevo modelo de investigación que tuviese impacto directo en la salud de los derechohabientes, a partir de dirigirla hacia los problemas de salud que con mayor frecuencia y gravedad los afectan, e incentivando a los investigadores cuyos resultados repercuten directamente en una mejor atención a la salud o en su eficiencia operativa. Se han desarrollado las acciones para estructurar y regular este modelo.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Durante el 2011 se continuarán desarrollando los programas para impulsar la investigación científica y el

desarrollo tecnológico en salud, apegados a las políticas del Instituto y del sector, con énfasis en la atención a la salud. Estas acciones se realizarán en coordinación con el Comité de Vinculación de la Investigación con la Atención a la Salud, para formalizar la política de dirigir la investigación hacia la solución de los problemas de salud de los derechohabientes.

IV.1.15. ENFERMERÍA

La gestión del profesional de enfermería es de gran importancia dentro de las organizaciones de salud. Es por ello que el Instituto ha incorporado en su estructura orgánica la División de Programas de Enfermería, cuya misión fundamental se sustenta en la Atención de Enfermería.

Es importante resaltar que todo el personal de enfermería, tanto de Base como de Confianza, se encuentra involucrado en todos los procesos de los servicios de atención a la salud, lo que es fundamental para alcanzar el logro de los objetivos institucionales y la satisfacción de los derechohabientes.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Durante el primer semestre de 2011 se fortaleció la plantilla de personal de enfermería en los diferentes niveles de atención, contando con 103,803 enfermeras en el Régimen Ordinario y 6,743 en IMSS-Oportunidades. Asimismo, se ha iniciado la incorporación de los niveles directivos de enfermería, con la creación de la categoría Jefe de Área de Enfermería con nivel N-62 Coordinadoras de Programas de Enfermería, además de iniciar en una primera etapa la transformación de los niveles salariales de N-50 a N-57, autorizada por el H. Consejo Técnico en 2010.

Durante el primer semestre de 2011 se fortaleció la plantilla de personal de enfermería, contando con 103,803 enfermeras en el Régimen Ordinario y 6,743 en IMSS-Oportunidades.

La capacitación y actualización es la base para una atención de enfermería de calidad. A la fecha se han capacitado a 1,200 enfermeras en la metodología del Plan de Cuidado de Enfermería, elaborándose 230 Planes de Cuidado de Enfermería (PLACE).

En el periodo de este informe, se realizó el 8º Curso-Taller para el personal directivo de Enfermería. Entre los temas tratados destaca la reestructuración de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas Delegacionales, así como la incorporación de las funciones, actividades directivas y la estandarización de los planes de cuidados en los equipos de supervisión, a través de la metodología por trazadores, con enfoque prioritario a la satisfacción de los usuarios y prestadores de los servicios de Enfermería.

Para evaluar los procesos de calidad en la atención de enfermería se implementaron indicadores de estructura, proceso y resultado (oportunidad, eficiencia, eficacia y efectividad), así como estándares de desempeño encaminados a fortalecer el trato digno al derechohabiente y su familia.

Asimismo, en el periodo se ha monitoreado, en unidades de segundo nivel de atención, la calidad en su dimensión técnica e interpersonal a través del indicador de trato digno. En esta materia, en 2010 se alcanzó un logro de 95 y 96 por ciento, respectivamente, mientras que en los últimos cuatrimestres y en el primer cuatrimestre de 2011 se registra un logro de 97 por ciento.

Por otra parte, se inició la capacitación del equipo de supervisión al personal de enfermería para fortalecer su función en las delegaciones. Se han realizado

supervisiones a los hospitales de segundo nivel de atención para verificar la gestión directiva de las Coordinadoras Delegacionales. A nivel operativo se realizó una encuesta de satisfacción para conocer la percepción del usuario en torno a la imagen institucional de orden, limpieza y acomodo, así como el logro de los indicadores relacionados con los procesos de atención de enfermería.

Se elaboraron las bases de colaboración entre las Secretarías de Salud y de Educación Pública para la mejora del bachillerato tecnológico en Enfermería y la participación en el programa de mejoramiento de la oferta educativa de los Centros de Capacitación para el Trabajo.

En lo referente al proceso de certificación de hospitales, se inició la acreditación de personal de enfermería y la certificación por el Consejo Nacional de Certificación de Enfermería (CONCE). En este contexto, en la Delegación México Oriente se ha iniciado la certificación de 510 licenciadas en Enfermería que laboran en distintas unidades en todo el país.

Para fortalecer la investigación de enfermería se desarrollaron actividades para promover la investigación operativa, las cuales fueron presentadas en el Foro de Investigación realizado en Veracruz, con temas de los principales programas como DIABETIMSS, GERIATRIMSS y Mortalidad Materna. Ante el compromiso de disminuir la mortalidad materna, se diseñó un modelo de atención que promueve una mayor participación de la licenciada en Enfermería y Obstetricia, en la atención de la mujer en el embarazo, parto, puerperio y en la atención al recién nacido.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se terminará la capacitación formal de la primera generación de los cursos posttécnicos de geriatría, como parte del Modelo de Atención de Enfermería en GERIATRIMSS, en unidades de los tres niveles de atención médica.

Se tienen programadas actividades de capacitación y difusión, entre las que destacan el Curso Gerencial para Directivas de Enfermería; la difusión de la Encuesta Nacional de Enfermería, y la 9ª Reunión de Coordinadoras Delegacionales de Enfermería. Asimismo, se publicarán los resultados de la encuesta Nivel Académico y Expectativas de Desarrollo Profesional de Enfermería, así como las actividades de la Auxiliar de Enfermería de Salud Pública en la atención preventiva integrada.

Se certificará a 10 por ciento de la plantilla de enfermeras y se implementará el programa de supervisión a la función directiva en las delegaciones. En materia de evaluación, se participará en el proceso de mejora de los indicadores en la Plataforma INDICAS II de la Secretaría de Salud y se continuará trabajando con el indicador de trato digno. Finalmente, se participará en el seguimiento del Sistema de Registro de Enfermería del Nuevo Expediente Clínico Electrónico y en el Plan Maestro de Enfermería en GERIATRIMSS, y se creará la página web de enfermería institucional.

IV.1.16. ECONOMÍA DE LA SALUD

Los indicadores de desempeño de las unidades médicas del IMSS han demostrado que éstas tienen un alto nivel de calidad y eficiencia. Sin embargo, aún es posible disminuir los costos de los hospitales con la aplicación de los GRD. Los GRD son una herramienta que mide articuladamente los resultados de morbilidad y costos hospitalarios, permitiendo analizar y evaluar en forma simplificada la eficiencia y calidad de los servicios. Asimismo, aportan información para elaborar los presupuestos prospectivos con base en los servicios efectivamente realizados.

El IMSS es la primera institución de México que utiliza los GRD. Cada hospital cuenta con sus propios GRD, así como con sus indicadores de eficiencia. Además, se capacita de manera permanente al personal de todos los hospitales del Instituto sobre su aplicación. En forma

paralela, se avanza en el proyecto de desarrollo de un sistema similar con los GRAA.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Para contribuir a mejorar la asignación y utilización de los recursos en las unidades médicas del IMSS, es necesario contar con un sustento económico y técnico al proceso de planeación. Para este efecto se trabaja en lo siguiente: i) Grupos Relacionados con el Diagnóstico; ii) cédula médico-económica para GRD (CME-GRD) y cédula médico económica para GRAA (CME-GRAA); iii) Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria; iv) catálogo de bienes y servicios para CME; v) costos médico-técnicos y análisis costo-beneficio/factibilidad técnica económica (ACB/FTE); vi) centros de producción de servicios y costos (CPSyC); vii) eficiencia y calidad del producto hospitalario, y viii) publicaciones.

El costo unitario por diagnóstico atendido se obtiene a través de la elaboración de las cédulas médico-económicas de los GRD y de los GRAA. Este proceso requiere la actualización de los centros de costos, los GRD, GRAA y el costeo de servicios médicos, aspectos que aportan elementos para el desarrollo institucional al estar vinculados con la visión de hacer sustentable y sostenible al IMSS. Estas herramientas son un insumo esencial para llevar a cabo el proyecto sobre la convergencia de los servicios, considerado como un paso previo hacia un Sistema Unico de Salud.

Se han desarrollado 700 GRD institucionales que permiten identificar, medir y obtener los costos del producto hospitalario y establecer comparaciones internacionales. Los GRD-IMSS se utilizaron para obtener el costo médico-técnico de las atenciones hospitalarias del: Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas, del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), y para comparar los diagnósticos que se

atienden en los hospitales de segundo nivel del IMSS con los del Seguro Popular. En este contexto, se elaboró el libro GRD-IMSS: Producto Hospitalario, con los diagnósticos atendidos en 255 hospitales y 11 UMAA, el cual se encuentra en proceso de publicación.

Se han desarrollado 700 GRD que permitan obtener los costos del producto hospitalario y establecer comparaciones internacionales. Estos GRD han servido como base para el intercambio de servicios entre instituciones del Sector Salud.

Como se mencionó anteriormente, las CME-GRD constituyen una innovación tecnológica para establecer el costo unitario de los GRD y al mismo tiempo son la base para establecer catálogos de medicamentos, materiales, laboratorios clínicos, gabinetes y otros insumos de uso hospitalario con base en diagnósticos. En esta materia, el Instituto elaboró y proporcionó al Seguro Popular 109 CME-GRD, correspondientes a las intervenciones hospitalarias del CAUSES. De manera similar, se desarrollaron y aportaron las cédulas de las 27 intervenciones hospitalarias que integran el Convenio General de Colaboración de Urgencia Obstétrica. Asimismo, el IMSS aportó las CME de los 440 escenarios de las 217 intervenciones hospitalarias del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios.

La CME-GRAA es el instrumento para las atenciones ambulatorias de primera vez y subsecuente en el IMSS. El Instituto desarrolla cuatro cédulas de las atenciones ambulatorias del CAUSES para el Convenio General de Colaboración en materia de urgencia obstétrica, elabora la totalidad de cédulas para los eventos ambulatorios y proporciona 23 cédulas a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) para cumplir con el Acuerdo General de Colaboración.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para el segundo semestre de 2011 se planea consolidar los GRD institucionales, implantar los GRD por hospital y evaluar el desempeño de los hospitales por medio de GRD.

Se llevará a cabo el “Curso de evaluación del producto hospitalario y ambulatorio por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) y Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria (GRAA)”, al que asistirán médicos de segundo y tercer niveles de atención, del 4 al 9 de septiembre de 2011.

En lo que se refiere al proyecto de los GRAA se desarrollará el libro GRAA-IMSS: Producto Ambulatorio. Asimismo, se terminarán las 694 CME-GRAA, así como las CME correspondientes a las 49 intervenciones del FPGC y las 128 intervenciones del SMNG. Los trabajos de catálogos son permanentes, requieren actualización constante por los desarrollos tecnológicos y avances de la Medicina que ofrece nuevas alternativas de tratamiento, la actualización de precios, inclusiones y exclusiones que indica el Consejo de Salubridad General.

Con relación a los ACB/FTE, la prioridad es actualizar el capítulo de Factibilidad Económica de Hemodiálisis Externa, así como el capítulo de Factibilidad Económica para la Central de Mezclas de Medicamentos. En cuanto a los costos médico-técnicos, se obtendrán los costos correspondientes a las atenciones ambulatorias de radioterapia por tipo de fuente de radiación, diálisis y endoscopia, litotricia, hemodinamia, electrofisiología y angiología, entre otras.

Para el proyecto de los CPSyC, se continuará con los trabajos ya iniciados principalmente en los centros de PREVENIMSS, hospitales, UMF y UMAA.

Se tiene programado avanzar en la publicación del libro GRD-IMSS: Producto Hospitalario. Asimismo, se continuará la elaboración del libro GRAA-IMSS:

Producto Ambulatorio y de tres artículos: “GRD del IMSS”, “Cédula Médico-Económica” y “Los costos de la Diabetes en el IMSS”.

IV.1.17. NUEVO EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO (NECE)

El IMSS, al ser una institución dedicada a brindar servicios de alta calidad a sus derechohabientes, trabaja para colocarse a la vanguardia en el uso de las Tecnologías de la Información. De manera complementaria, se ha unido al esfuerzo interinstitucional de participar en los compromisos de interoperabilidad y convergencia. Para alcanzar dichos objetivos, se han orientado acciones de cambio tecnológico a la integración y actualización de las herramientas para el acceso a la información, específicamente dirigidas al cuidado y conservación de la información de los derechohabientes y del personal de salud.

El Nuevo Expediente Clínico Electrónico fomenta la eficiencia en la provisión de servicios, apoya la toma de decisiones informada en todos los niveles y ofrece la posibilidad de extender la experiencia y el uso de la plataforma IMSS en el resto del Sector Salud.

En este sentido, el Instituto se ha dado a la tarea de integrar los sistemas de sus tres niveles de atención, conformando el Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE). El NECE es una herramienta versátil, que permite estandarizar los datos necesarios a intercambiar en forma interinstitucional, apegándose a la normatividad del Instituto, sectorial y nacional.

Es importante mencionar que el NECE pretende facilitar el alcance de los objetivos institucionales al consolidarse como un recurso electrónico para la administración y manejo de las prestaciones médicas,

como son la atención, la vigencia de derechos, recetas, incapacidades; además de favorecer la eficiencia en la entrega de los servicios asistenciales y de atención a la salud del derechohabiente. El NECE también simplifica el trabajo de los profesionales de la salud al facilitar el registro, almacenaje, explotación y análisis de la información, a través de una fuente única para inteligencia de negocio. De esta manera, la herramienta apoya la toma de decisiones informada en todos los niveles de la institución, y se tiene la posibilidad de extender la experiencia y el uso de la plataforma IMSS en el resto del Sector Salud.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Para la puesta en marcha del NECE, en el último bimestre de 2010 se compró equipo de cómputo para garantizar la funcionalidad de la aplicación. Se adquirieron 38,213 computadoras y 12,072 impresoras, mismas que fueron entregadas en su totalidad en los almacenes delegacionales el 31 de enero de 2011 para comenzar el proceso de instalación. Cabe mencionar que se estableció como prioridad de instalación a los hospitales para estar en condiciones de comenzar con la implantación del NECE 1.1.

Se definieron tres fases para el equipamiento e instalación de los equipos antes mencionados con base en las características de las unidades médicas. Las primeras dos fases están concluidas, mientras que la tercera está en proceso.

La primera fase incluyó la instalación en 173 hospitales con necesidades primordiales de equipo y 40 UMAA. Durante la fase dos se favorecieron otras unidades con falta de equipo para completar su equipamiento en todas las áreas que utilizarán el NECE. Finalmente, en la fase tres se realizará la sustitución parcial de equipo obsoleto.

Durante 2010 se realizó el desarrollo de la versión 1.1 del NECE, el cual cubre 215 de 288 requerimientos del sistema e incluye las siguientes características: historia clínica, Programas Integrados de Salud, valoración del riesgo reproductivo y planificación familiar, climaterio y menopausia, vigilancia prenatal, salud en el trabajo, urgencias, enfermería, hojas de control de diabéticos e hipertensos, estomatología, nutrición y dietética, trabajo social, agenda de quirófano, anatomía patológica y hospitalización. Estos módulos representan alrededor de 20 por ciento de los eventos en las unidades médicas del IMSS.

La versión 1.1 se implantará en las unidades médicas de los tres niveles de atención que cuenten con infraestructura, por lo que sustituirá paulatinamente a los sistemas actuales, los cuales están conformados por el Expediente Clínico Electrónico (ECE), el SIMF, el Sistema de Información de Consulta Externa Hospitalaria (SICEH), el Sistema de Control Hospitalario IMSS VISTA y la primera versión de NECE 1.0. Finalmente, en la estrategia de despliegue relacionada con la capacitación, se considera la experiencia previa que tienen las unidades con el uso del ECE para definir el nivel de actualización requerido.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

El programa de actividades está basado en la continuidad del proyecto NECE, y su principal objetivo es la implantación de la versión 1.1 a nivel de todas las unidades médicas del Instituto. Con base en ello, ya se cuenta con un documento detallado denominado Manual de Despliegue del NECE, el cual considera aspectos como: i) universo de unidades; ii) fases del despliegue como son: el pre-arranque (requisitos y actividades previas a la fecha de entrada de cada unidad médica), la capacitación, el acompañamiento (periodo en el cual el personal experto en NECE a nivel central apoyará en sitio a los usuarios para facilitar su adopción), el cierre de unidad (periodo en el que concluye la

implantación del NECE en cada unidad médica), el seguimiento, y iii) conclusión de la implantación.

Se estima que el Nuevo Expediente Clínico Electrónico estará operando en todas las unidades médicas del IMSS en el primer semestre de 2012.

Se continuará con el desarrollo del Proyecto de Generación de Reportes (REPOMER), que servirá como una herramienta única en los procesos de recopilación, consolidación y explotación de la información. Este proyecto permitirá utilizar los datos del NECE como fuente principal para generar información en salud, así como unificar los reportes en los diferentes niveles institucionales (unidad médica, UMAE, delegacional y central) con características apegadas a la normatividad.

Para integrar la funcionalidad del NECE se debe migrar información de múltiples bases de datos locales, incluyendo 1,212 unidades con SIMF, 81 unidades con SICEH, 58 unidades con IMSS VISTA. Este proceso se llevará a cabo mediante el Proyecto de Migración y Carga de Datos, que permitirá dar continuidad al uso de la información recopilada en cada expediente clínico electrónico de las diversas unidades del IMSS. De esta manera, el NECE partirá de una base sólida de información que ha sido recopilada durante los últimos siete años en cada una de estas unidades.

IV.1.18. PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD (PREVENIMSS)

Los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) otorgan un conjunto de acciones de promoción y protección a la salud, dando respuesta a la acelerada transición epidemiológica y demográfica de la población derechohabiente, y consolidando la protección a la salud de mujeres y hombres en todas las etapas de la vida.

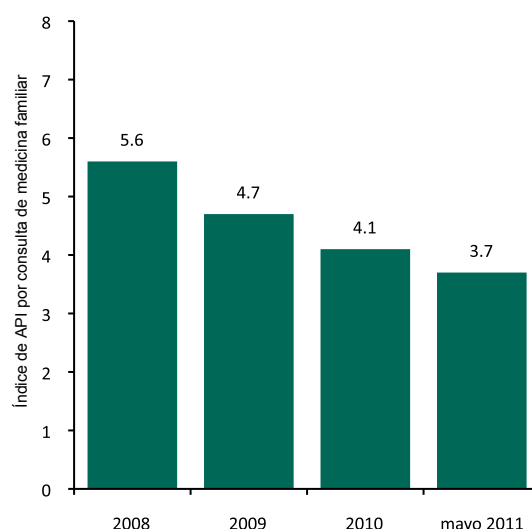
Como parte de la política estratégica institucional, PREVENIMSS contribuye a la consecución del Eje Rector II, que es “Fortalecer la viabilidad financiera del IMSS”, a través de las acciones anticipatorias de la medicina preventiva. En este sentido, las acciones preventivas de los Programas Integrados de Salud buscan lograr un impacto favorable en la salud de los usuarios, al tiempo de disminuir el costo económico y social de la atención de enfermedades prevalentes, especialmente las crónico-degenerativas y los cánceres. Las atenciones se otorgan anualmente de acuerdo con la edad, sexo y factores de riesgo que le corresponden a cada derechohabiente.

Como parte de la política estratégica institucional, PREVENIMSS contribuye a la consecución del Eje Rector II: “Fortalecer la viabilidad financiera del IMSS”, a través de las acciones de medicina preventiva.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Las acciones de PREVENIMSS han favorecido un cambio en la utilización de los servicios de salud por parte de la población derechohabiente. En los últimos tres años se ha observado un incremento en la atención preventiva en razón a la atención curativa. Mientras en 2008 por cada 5.6 consultas de medicina familiar se realizó una de medicina preventiva, en 2010 por cada 4.1 consultas de medicina familiar se otorgó una de medicina preventiva. Al mes de mayo de 2011 este indicador continúa mejorando, al tener 3.7 consultas de medicina familiar por una de medicina preventiva (gráfica IV.8).

GRÁFICA IV.8. ÍNDICE DE ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA POR ATENCIÓN CURATIVA
(ÍNDICE DE CONSULTAS, 2008-MAYO DE 2011)



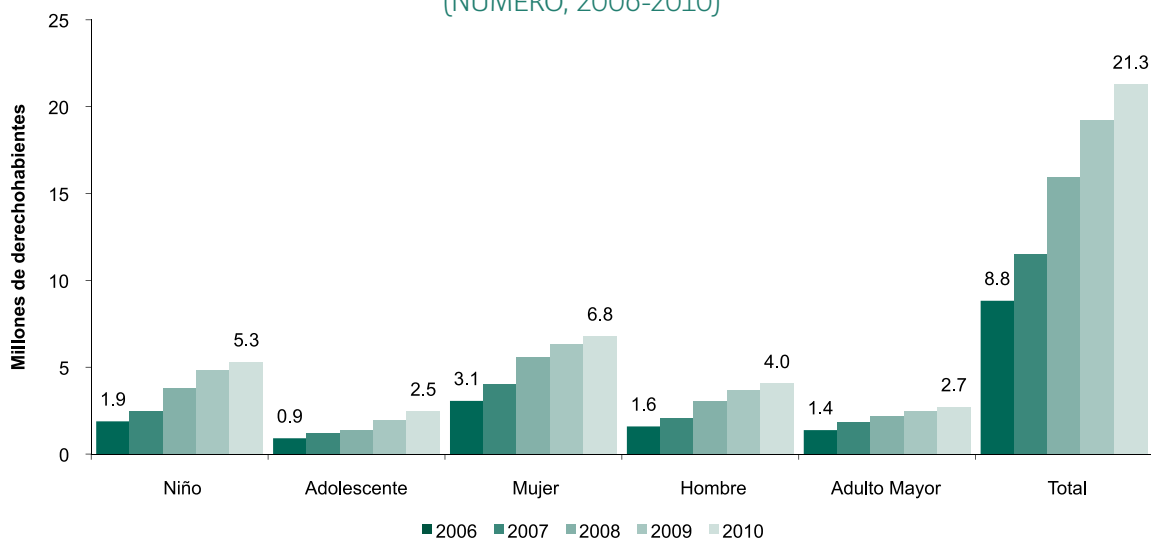
Fuente: IMSS.

Mientras en 2008 por cada 5.6 consultas de medicina familiar se realizó una de medicina preventiva, al mes de mayo de 2011 se alcanzaron 3.7 consultas de medicina familiar por una de atención preventiva.

Programa de Atención Integral PREVENIMSS

En 2010, 21'278,849 derechohabientes recibieron Atención Integral PREVENIMSS, que incluye además de las acciones educativas, actividades de nutrición, protección específica, prevención de enfermedades, detección oportuna y salud reproductiva, de acuerdo con el grupo de edad y sexo, lo que representa una cobertura de 56 por ciento, cifra superior a la meta establecida de 52.5 por ciento para el periodo (gráfica IV.9).

GRÁFICA IV.9. DERECHOHABIENTES CON ATENCIONES PREVENTIVAS INTEGRADAS
(NÚMERO, 2006-2010)



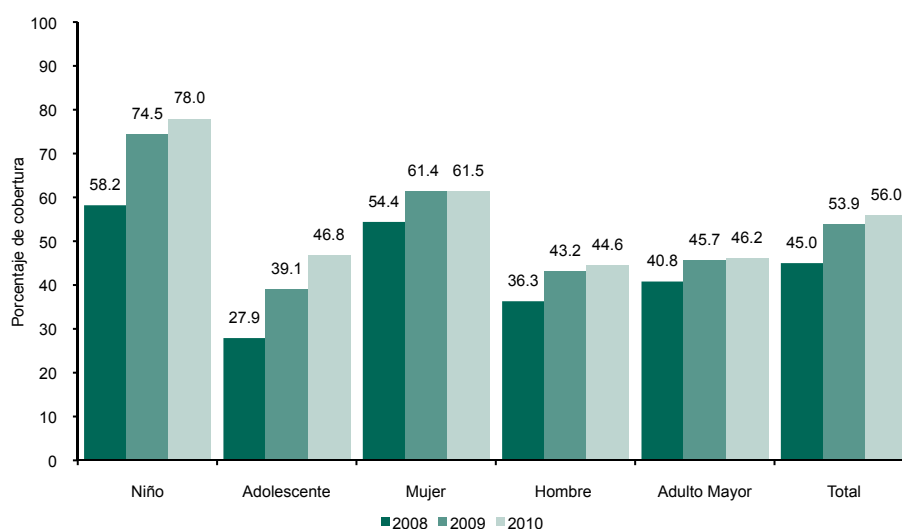
Fuente: IMSS.

Dentro de los programas de salud se benefició a 5.3 millones de niños menores de 10 años (78 por ciento de los beneficiarios), 2.5 millones de adolescentes de 10 a 19 años (46.8 por ciento), 6.8 millones de mujeres de 20 a 59 años (61.5 por ciento), cuatro millones de hombres de 20 a 59 años (44.6 por ciento) y 2.7 millones de adultos mayores (46.2 por ciento). Estos niveles de cobertura son superiores a los obtenidos el año anterior en cada grupo de edad, destacando con

los mayores incrementos los programas de salud del adolescente y del niño menor de 10 años (gráfica IV.10).

Cabe señalar que de enero a mayo de 2011 se alcanzó una cobertura de 50.8 por ciento, logro superior al reportado en el mismo periodo del año anterior (44 por ciento). De continuar con esta tendencia, se superará el valor de referencia establecido a diciembre de 55 por ciento.

GRÁFICA IV.10. COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL PREVENIMSS
(PORCENTAJE, 2008-MAYO 2011)



Fuente: IMSS.

En 2010 PREVENIMSS benefició a más de 21 millones de derechohabientes.

Programa de Salud del Niño Menor a 10 Años

La vigilancia del estado nutricional de niños de 0 a 9 años y las acciones orientadas a favorecer la alimentación correcta de los niños desde su nacimiento, tienen un papel fundamental en este grupo. Estas acciones incluyen, entre otras, la promoción de la lactancia materna, la prevención de anemia y de cualquier grado de malnutrición. Cabe resaltar los esfuerzos orientados a la prevención y control del sobrepeso y la obesidad por el grave problema de salud pública que constituye desde las etapas tempranas de la vida. En 2010 se realizó la medición de peso y talla a 2'527,574 niños menores de cinco años, que representó una cobertura de 79.1 por ciento del total de niños beneficiados; la prevalencia de sobrepeso identificada fue de 13.4 por

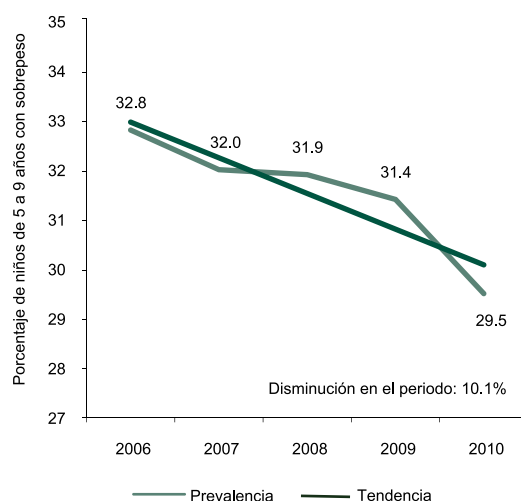
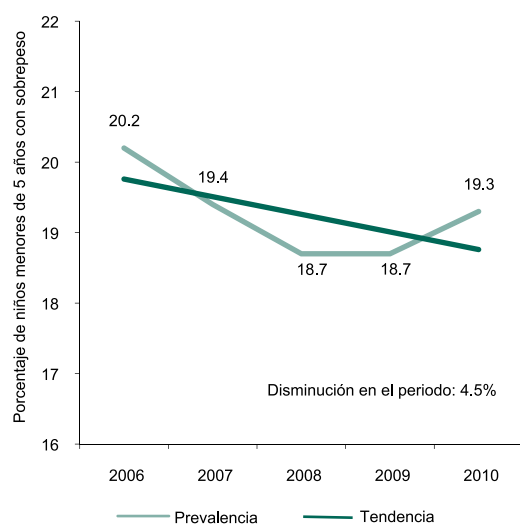
ciento y de obesidad de 5.9 por ciento. En este grupo de edad se observa un decremento de 4.5 por ciento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, como se muestra en la gráfica IV.11.

En el periodo enero a mayo de 2011 se vigiló el estado nutricional de 1'476,980 niños menores de cinco años con una cobertura de 50 por ciento del total, cifra mayor a la registrada en el mismo periodo de 2010, de 43.3 por ciento. Cabe destacar la aparente contención del sobrepeso y obesidad en este grupo de edad, ya que las prevalencias de estos padecimientos se mantienen con los mismos valores que el año anterior.

En el periodo de enero a mayo de 2011 se vigiló el estado nutricional de casi 1.5 niños menores de cinco años.

La prevención de anemia en los menores de un año alcanzó una cobertura de 88.6 por ciento, lo que contribuye a que los niños tengan un mejor desempeño durante la etapa escolar. Esta cifra fue superada a mayo de 2011 al alcanzar 90.9 por ciento de la cobertura.

GRÁFICA IV.11. TENDENCIA DE SOBREPESO-OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS
(NÚMERO, 2006-2010)



Fuente: IMSS.

Por su parte, en lo referente a la detección de enfermedades metabólicas congénitas, además del tamiz de hipotiroidismo congénito que se realiza en el Sector Salud, para los derechohabientes del IMSS se incluye la detección de fenilcetonuria, deficiencia de biotinidasa e hiperplasia adrenal congénita. La falta de diagnóstico y tratamiento temprano de estas condiciones ocasionan retraso físico o mental, muerte prematura y definición incorrecta de sexo, entre otras complicaciones.

A partir de octubre de 2009 se eliminó la toma de muestra de cordón umbilical al nacimiento para detección de hipotiroidismo congénito. En su lugar, y al igual que con los otros tres padecimientos antes mencionados, se realiza en muestra de sangre de talón en los niños de tres a cinco días de vida, en las UMF.

En 2010 se realizaron las acciones para la detección de enfermedades metabólicas congénitas a 450,965 recién nacidos con una cobertura de 98.5 por ciento, cifra superior al valor de referencia de 95 por ciento; lo que permitió detectar y tratar oportunamente a 181 casos nuevos de hipotiroidismo congénito, 27 de hiperplasia adrenal congénita, cinco de fenilcetonuria y dos de deficiencia de biotinidasa. Para el periodo enero a mayo de 2011 se realizaron 177,818 detecciones de enfermedades metabólicas congénitas con una cobertura de 99 por ciento, cifra superior al valor de referencia (95 por ciento).

Se realizaron 177,818 detecciones de enfermedades metabólicas congénitas, logrando una cobertura de 99 por ciento.

La vacunación es una de las estrategias con mayor impacto en la salud de los niños. El indicador representativo es la cobertura con esquemas completos en niños de un año. Con el propósito de incorporar los nuevos esquemas de vacunación, desde el 2009 se cambió la plataforma informática sectorial que genera trimestralmente la cobertura. A la fecha, el sistema

presenta problemas técnicos que no permiten mostrar las coberturas reales alcanzadas. Sin embargo, el comportamiento epidemiológico de las enfermedades inmunoprevenibles, así como el monitoreo de las acciones de vacunación realizadas, fundamentan la estimación de que la cobertura con esquemas completos en niños de un año bajo responsabilidad institucional es de 94.6 por ciento, cifra cercana a la meta establecida por el Consejo Nacional de Vacunación de 95 por ciento en 2011.

Al mes de mayo de 2011, aún no se contaba con información oficial de las coberturas, validada por el Consejo Nacional de Vacunación, debido a que no se había logrado consolidar la información por la institución a nivel sectorial. Sin embargo, con fundamento en la metodología de estimación acordada en el Consejo Nacional de Salud, se tiene una cobertura de 92.4 por ciento.

Por otra parte, en el periodo invernal 2010-2011 se aplicaron 8'201,265 dosis de vacuna antiinfluenza estacional en los diferentes grupos de riesgo. Para mantener erradicado al polio virus silvestre del territorio nacional, se ha continuado con la estrategia de Semanas Nacionales de Salud. El IMSS protegió con acciones de vacunación durante la Primera Semana de Salud de 2011, a 2'717,523 niños menores de cinco años en las áreas de responsabilidad institucional, independientemente de su derechohabiencia. Para la Segunda Semana de Salud, que inició el 28 de mayo, se beneficiará a cerca de tres millones de niños.

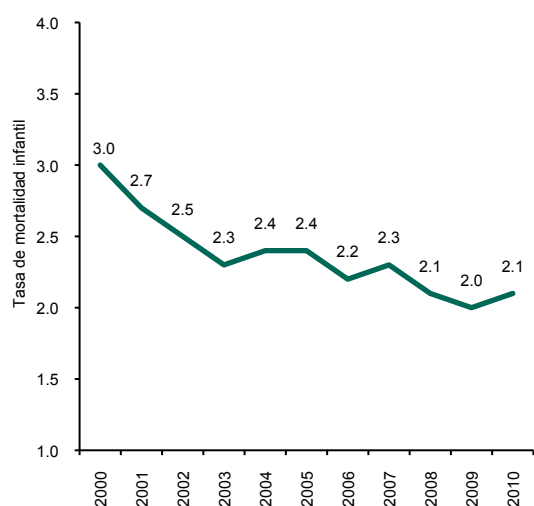
Con fundamento en el éxito de JUVENIMSS, se diseñó la estrategia educativa para niños de cuatro a seis años de edad, denominada CHIQUITIMSS. Se realizó la prueba piloto en la Delegación México Oriente con resultados satisfactorios, entre los que destacan el funcionamiento de seis grupos educativos en UMF con la formación de 600 promotores de CHIQUITIMSS y la participación activa de sus padres. Durante el segundo semestre de 2010 se capacitó a personal multidisciplinario de las 35 delegaciones para implantar este Programa. A mayo de 2011 se realizaron 471

cursos con 21,780 niños graduados en CHIQUITIMSS y 1,862 padres o tutores.

El IMSS protegió con acciones de vacunación a cerca de tres millones de niños menores de cinco años durante la Primera Semana de Salud de 2011. En la Segunda Semana se beneficiará a una cantidad similar.

El Programa de Salud del Niño ha contribuido a reducir en 30 por ciento la mortalidad preescolar en el periodo 2000 a 2010, al pasar de una tasa de tres por 1,000 derechohabientes menores de cinco años adscritos a médico familiar en 2000, a 2.1 para 2010 (gráfica IV.12).

GRÁFICA IV.12. MORTALIDAD EN NIÑOS DERECHOHABIENTES MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD
(TASA POR 1,000 DERECHOHABIENTES MENORES DE CINCO AÑOS, 2000-2010)



Fuente: IMSS.

En el periodo 2000-2010 el Programa de Salud del Niño ha contribuido a reducir en 30 por ciento la mortalidad preescolar.

Programa de Salud del Adolescente de 10 a 19 Años

Un componente prioritario en los adolescentes de 10 a 19 años es la vigilancia del estado de nutrición. La medición de peso y estatura es fundamental, ya que permite conocer el adecuado crecimiento en esta importante etapa de desarrollo, así como el peso con el que el adolescente ingresará a la edad adulta. En 2010, la cobertura de medición de peso y talla fue de 53.2 por ciento, con una prevalencia de sobrepeso de 26.8 por ciento y de obesidad de 12.3 por ciento.

A mayo de 2011 se evaluó el estado nutricional de 1'525,744 adolescentes, con una cobertura de 30.4 por ciento. Cabe señalar la aparente contención de las prevalencias de sobrepeso y obesidad, ya que se identificaron prevalencias de 26.2 y 12 por ciento, respectivamente.

Los Centros JUVENIMSS continúan consolidándose con fundamento en la estrategia educativa entre pares, con énfasis en la promoción de conductas saludables entre las que destacan la alimentación correcta, la práctica de ejercicio cotidiano, la salud sexual y reproductiva, así como la prevención de adicciones. Al término del 2010 se tienen en funcionamiento 343 Centros JUVENIMSS en UMF con cinco y más consultorios, que ampliaron sus actividades a 561 escuelas. Asimismo, se realizaron 2,972 cursos y se graduaron 92,571 promotores adolescentes, que sumados a los de años anteriores, dan un total de 152,238 promotores formados. De enero a mayo de 2011 se graduaron 36,310 en 274 UMF que desarrollaron los cursos.

Durante el periodo reportado, la estrategia en escuelas de educación media superior y superior logró incorporar a PREVENIMSS a 318,518 estudiantes en todo el país, quienes recibieron el conjunto de acciones preventivas que le corresponde en los propios planteles escolares.

Por otra parte, se han celebrado 92 Convenios de Colaboración con escuelas y universidades de educación media superior y superior a nivel nacional, delegacional y local, dentro de los que destacan la Secretaría de Educación Pública, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional y la Universidad de Colima. Con esta estrategia se desarrollaron actividades en 315 escuelas o universidades, con más de 500 centros escolares participantes, en los cuales fueron aplicadas 447 Fases Intensivas y se realizaron acciones programadas en 70 módulos PREVENIMSS ubicados en diferentes Escuelas de Convenio. Asimismo, en 43 planteles escolares de nivel medio superior se desarrolla el modelo JUVENIMSS.

En noviembre de 2010 se llevó a cabo en la Ciudad de Colima el I Congreso de Universidades Saludables PREVENIMSS y el III Congreso de Universidades Promotoras de Salud con el propósito de dar a conocer los avances en escuelas de educación media superior y superior, así como establecer las bases para la formación de una Red Nacional de Universidades Saludables.

La integración de la Red Nacional de Universidades Saludables es la respuesta de nuestro país en el ámbito de escuelas superiores, a la Iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud, pronunciada en la ciudad de Chile en 1995 para la Región de las Américas. Con fundamento en el trabajo realizado por el IMSS desde 2004, el Instituto fue invitado a participar activamente en su integración y desarrollo, el cual contó con la asistencia de 17 Universidades de todo el país. En el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, a partir del segundo semestre de 2010 fueron fortalecidas las acciones para la alimentación correcta y la práctica de la actividad física en escuelas superiores. Las acciones sustantivas consistieron en promover la instalación y uso de bebederos de agua, promover la oferta de menús saludables en cafeterías y restaurantes de las escuelas, e implementar el Circuito Pasos por la Salud u otra acción para la práctica de la actividad física, tanto de los estudiantes como del personal académico y administrativo. Entre los avances alcanzados en este

rubro se tiene que en 114 planteles escolares de un total de 461 reportados, ya se cuenta con bebederos de agua potable; en 140 planteles se ofrecen menús saludables y en 106 se implementó el Circuito Pasos por la Salud u otra acción relativa a la práctica de la actividad física.

A partir de marzo de 2010, el Gobierno Federal, con el propósito de mejorar las condiciones de la población de Ciudad Juárez, instituyó una estrategia de “100 días” con actividades intensivas de apoyo a la población. Con el objetivo de dar continuidad a las mismas, se implantó en Ciudad Juárez, Chihuahua, la Estrategia “Todos somos Juárez”, vigente hasta el momento. En este contexto, se están trabajando los 10 Centros JUVENIMSS comprometidos en las UMF, en turnos matutino y vespertino. Se realizaron 513 cursos en los que se graduaron 8,819 promotores adolescentes, de los cuales 2,344 (27 por ciento) participan como educadores de sus pares. En el presente año se han diferido las actividades grupales y extramuros con adolescentes por razones de seguridad del personal y los propios jóvenes.

Adicionalmente, se impartieron 568 sesiones educativas complementarias sobre prevención de violencia familiar, violencia en el noviazgo y discriminación, así como técnicas de manejo y control del estrés, estrés postraumático, comunicación y desarrollo del adolescente. Se realizaron 44 encuentros con la participación de 1,307 jóvenes, de los cuales 10 fueron para celebrar el Día Mundial sin Tabaco.

Aunado a lo anterior, se realizó la entrega informada de condones a 672,242 jóvenes. Relacionado con este ejercicio, la Encuesta Nacional de Coberturas de los Programas Integrados de Salud 2010 (ENCOPREVENIMSS) identificó un incremento de 22.9 por ciento en la utilización de condón durante la última relación sexual. De los adolescentes encuestados, 73.6 por ciento refirieron su uso, en comparación con 59.9 por ciento registrado en 2006. Con respecto a la protección específica, con las vacunas aplicadas se lograron las siguientes coberturas: 100 por ciento para

tétanos y difteria, 96.9 por ciento para hepatitis B, así como 100 por ciento para sarampión y rubéola. Se efectuaron 391,455 detecciones de agudeza visual. Asimismo, a mayo de 2011, 351,816 jóvenes recibieron condones y capacitación sobre su uso correcto, y se realizaron 196,785 detecciones de agudeza visual. Las coberturas de vacunación se mantienen en 100 por ciento para los tres biológicos aplicados.

Programa de Salud de la Mujer de 20 a 59 Años

A diciembre de 2010 se vigiló el estado nutricional de 7'834,598 mujeres, con una cobertura de 71 por ciento. Lo anterior permitió identificar prevalencias de 37 por ciento de sobrepeso, 39 por ciento de obesidad y 86 por ciento de obesidad central (medida a través de circunferencia de cintura).

La vacunación con influenza estacional a mujeres embarazadas quedó incorporada al esquema de protección específica en este grupo a partir de la epidemia de influenza. En el periodo invernal 2010-2011 se protegió a 289,501 embarazadas, lo que corresponde a 100 por ciento de la meta programada.

La detección de enfermedades crónicas se realizó en: 670,607 mujeres de 45 a 59 años (diabetes mellitus);

4.5 millones de mujeres de 30 a 59 años (hipertensión arterial) y tuberculosis en 740,275. En todas ellas se cumplió más de 80 por ciento de la meta de cobertura programada. Asimismo, se realizaron 2.7 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 a 64 años de edad; 4.9 millones de exploraciones clínicas de mama y 834,740 mastografías, cifras superiores a las reportadas en 2009.

En 2010 se realizaron 2.7 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 a 64 años de edad; 4.9 millones de exploraciones clínicas de mama y 834,740 mastografías.

Cabe señalar que el IMSS rebasó la meta establecida de 16.8 por ciento para cáncer de mama por mastografía en el Sistema de Salud. Asimismo, de las 1'200,000 mastografías efectuadas en las mujeres de 50 a 69 años en todo el Sistema de Salud, 834,740 se hicieron en el IMSS. Adicionalmente, el Instituto realizó 308,240 mastografías de detección a las mujeres derechohabientes de 40 a 49 años con factores de riesgo para cáncer de mama. La mortalidad por esta causa disminuyó en los últimos tres años en 2.5 por ciento en las mujeres mayores de 24 años (tabla IV.13).

TABLA IV.13. DETECCIONES POR MASTOGRAFÍA Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA SEGÚN GRUPO DE EDAD EN EL IMSS
(NÚMERO Y TASA POR 100,000 MUJERES MAYORES DE 24 AÑOS ADSCRITAS A MÉDICO FAMILIAR, 2008-2010)

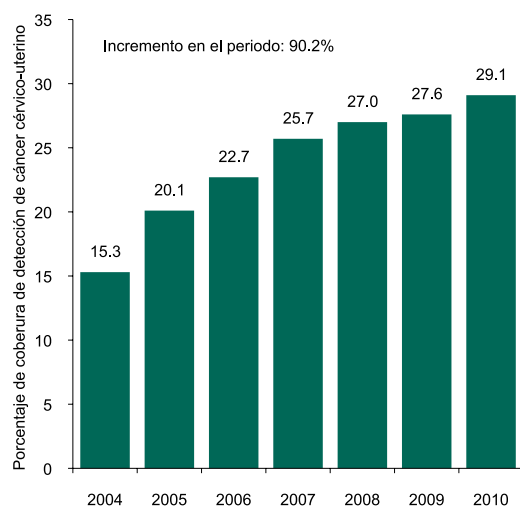
Año	Número de mujeres con mastografía de detección			Tasa de mortalidad en mujeres mayores de 24 años
	Grupo blanco 50 a 69 años	40 a 49 años con riesgo	Total	
2008	390,167	360,934	751,101	11.7
2009	474,559	469,140	943,699	11.5
2010	834,740	308,240	1,142,980	11.4

Fuente: IMSS.

El IMSS rebasó la meta de detección en 16.8 por ciento para cáncer de mama por mastografía en el Sistema de Salud. Asimismo, de las 1'200,000 mastografías efectuadas en mujeres de 50 a 69 años en todo el Sistema de Salud, 834,740 se realizaron en el IMSS.

El incremento de las coberturas de detección de cáncer cérvico-uterino a partir de 2001 y la calidad de la atención médica para un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno favorecieron una disminución de 46.9 por ciento en la mortalidad por este padecimiento durante el periodo 2000-2010. La tasa de mortalidad en 2010 fue de 6.9 por 100,000 mujeres de 25 años y más, lo que representa una disminución de 5.5 por ciento, respecto a la tasa de 2009 (7.3 por ciento), con lo que se supera el compromiso del Programa Nacional de Salud de disminuir 4.5 por ciento anual (gráficas IV.13 y IV.14).

GRÁFICA IV.13. COBERTURA DE DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO-UTERINO EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS
(PORCENTAJE, 2004-2010)

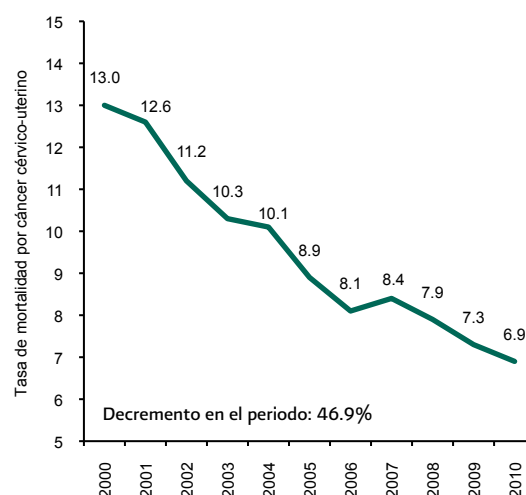


Fuente: IMSS.

Durante los primeros cinco meses de 2011 se han mantenido los logros obtenidos en este grupo de edad. Entre lo más relevante se encuentra la vigilancia del estado nutricional en 5.2 millones de mujeres, identificándose el mantenimiento de las prevalencias de sobrepeso y obesidad; la detección de cáncer cérvico-uterino a 1.4 millones de mujeres, y la mastografía para cáncer de mama a 367,978 mujeres. De continuar con este avance se obtendrán a fin de 2011 las coberturas e impactos en salud programados.

La mortalidad por cáncer de mama en mujeres mayores de 24 años disminuyó en 2.5 por ciento en los últimos tres años.

GRÁFICA IV.14. MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO-UTERINO EN MUJERES DERECHOHABIENTES MAYORES DE 24 AÑOS
(TASA POR 100,000 MUJERES MAYORES DE 24 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A MÉDICO FAMILIAR, 2000-2010)



Fuente: IMSS.

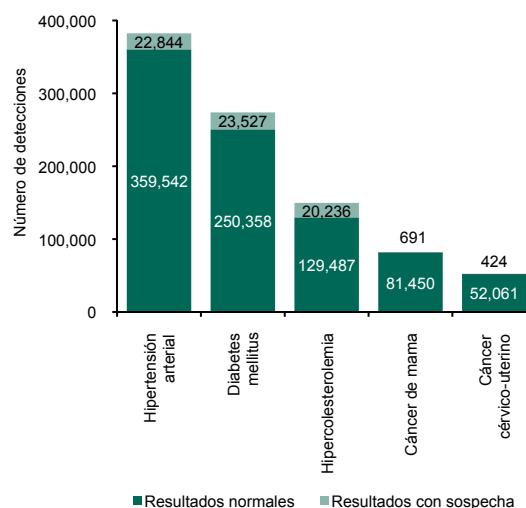
Programa de Salud del Hombre de 20 a 59 Años y PREVENIMSS en Empresas

En el Programa de Salud del Hombre de 20 a 59 años de edad se realizaron 4.8 millones de mediciones de peso y talla con el fin de evaluar su estado nutricional. Asimismo, se efectuaron 2.8 millones de detecciones de hipertensión arterial en hombres de 30 a 59 años. En lo referente a diabetes mellitus se llevaron a cabo 355,699 detecciones, y en hombres de 20 a 59 años se realizaron 428,170 pruebas de detección de tuberculosis pulmonar. Todas estas cifras fueron superiores a las registradas en 2009.

Acorde con las recomendaciones planteadas por la Comisión de Vigilancia, **"Continuar promoviendo y fortaleciendo el Programa PREVENIMSS, involucrando al mayor número de trabajadores mediante el acercamiento con las Centrales Obreras y Confederaciones Patronales"**, al mes de mayo de 2011 se han firmado diez convenios con: la Comisión Federal de Electricidad (CFE), Teléfonos de México (TELMEX), la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (CROC), Walmart, FEMSA-Coca Cola, Liverpool, Comercial Mexicana, JUMEX, CEMEX y General Electric, lo que refleja una clara aceptación del Programa por parte de los empresarios, organizaciones sindicales y sus trabajadores.

Durante el periodo de reporte se logró atender a 555,426 trabajadores, de los cuales 444,457 (80 por ciento), recibieron el conjunto de acciones preventivas correspondientes a su grupo de edad, cifra cuatro veces mayor a lo cubierto en 2009. Se realizaron 273,885 detecciones de diabetes mellitus; 382,386 de hipertensión arterial; 149,724 de hipercolesterolemia; 52,485 de cáncer cérvico-uterino, y 82,141 de cáncer de mama. Los casos que resultaron sospechosos fueron enviados a su UMF para corroboración del diagnóstico, seguimiento y, en su caso, tratamiento oportuno (gráfica IV.15).

GRÁFICA IV.15. DETECCIONES REALIZADAS EN EMPRESAS, RESULTADOS NORMALES Y CON SOSPECHA
(NÚMERO, 2010-2011)



Fuente: IMSS.

Durante el periodo de 2010 a 2011 se evaluó el estado nutricional de 444,457 trabajadores, detectando sobrepeso en 33 por ciento y obesidad en 19 por ciento, a quienes se orientó sobre alimentación correcta, consumo de agua simple potable y actividad física cotidiana. En este mismo periodo se aplicaron 640,128 dosis de vacunas de acuerdo con el esquema por edad y sexo del trabajador.

Entre las actividades educativas y de salud bucal destacan la entrega de 67,556 cartillas nacionales de salud; 521,617 sesiones de información en salud impartidas de forma personalizada, y 441,959 detecciones de placa dentobacteriana. Asimismo, se refirieron 55,326 personas para atención médica y 57,956 para integrarse a actividades de prestaciones sociales.

Cabe resaltar como un logro adicional que, en el último año, en tres de las empresas atendidas (Liverpool, FEMSA-Coca Cola y Comercial Mexicana) a través de la estrategia PREVENIMSS en empresas, refirieron un decremento alrededor de 5 por ciento en el número de incapacidades por enfermedad general, lo que corresponde aproximadamente a 1,000 incapacidades por empresa.

Programa de Salud del Adulto Mayor de 59 Años

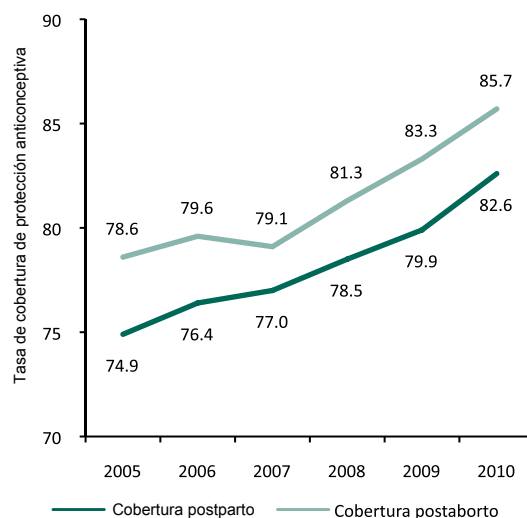
En el Programa del Adulto Mayor, durante 2010 se realizó la medición de peso y talla a 4.4 millones de personas, identificándose prevalencias de 42 por ciento para sobrepeso, 34 por ciento para obesidad y 81 por ciento para medición de cintura. Para identificar oportunamente la detección de enfermedades crónicas, se hicieron 944,630 detecciones de diabetes mellitus; 2.4 millones de hipertensión arterial, y 438,325 de tuberculosis, lo que permitió cumplimientos cercanos a 80 por ciento en las metas de coberturas de 2010.

En lo que respecta a vacunación, se aplicaron en este grupo 4.9 millones de vacunas para protegerlos de enfermedades invasivas por neumococo y virus de la influenza estacional. En el periodo invernal 2010-2011 se aplicaron 2'657,042 dosis de vacuna antiinfluenza estacional, con lo que se logró 100 por ciento de la meta programada. Al mes de mayo de 2011, se evaluó el estado de nutrición en 3.2 millones de adultos mayores, se realizaron 389,726 detecciones de diabetes mellitus, 1.6 millones de hipertensión arterial y 159,340 de tuberculosis pulmonar.

Programa de Planificación Familiar

En el Programa de Planificación Familiar la cobertura de protección anticonceptiva postparto y transcesárea se incrementó de 80 a 83 por ciento entre los años 2009-2010. Por su parte, la protección anticonceptiva postaborto pasó de 83 a 86 por ciento en el mismo periodo (gráfica IV.16). Ambos indicadores se mantuvieron por arriba de los valores de referencia en los primeros cinco meses de 2011, con 82.6 por ciento de cobertura de protección anticonceptiva postparto y 86.4 por ciento en el postaborto.

GRÁFICA IV.16. COBERTURA DE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA POSTPARTO^{1/} Y POSTABORTO (PORCENTAJE, 2005-2010)



^{1/} Incluye cesárea.

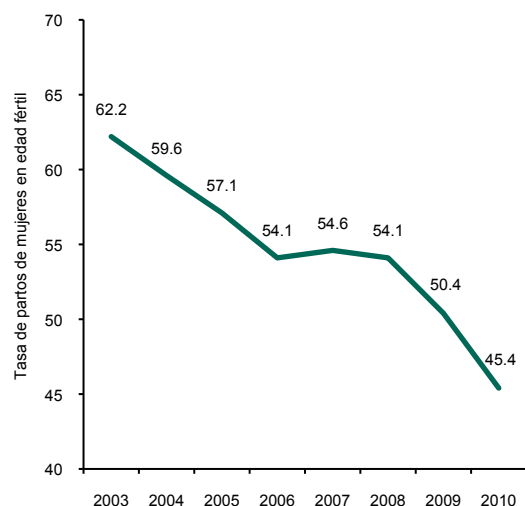
Fuente: IMSS.

El impacto de las acciones del Programa de Planificación Familiar se observa en la disminución de la fecundidad de la población derechohabiente, que se mide de manera indirecta a través de la tasa de partos por 1,000 mujeres en edad fértil adscritas a médico familiar. En 2010, la tasa de partos por 1,000 mujeres en edad fértil presentó una cifra de 45.4, representando una disminución de 10 por ciento en comparación a 2009 (gráfica IV.17). Por su parte, la tasa de abortos por 1,000 mujeres en edad fértil registrada en 2010 fue de 6.3, dato inferior al del año anterior, que fue de 6.9.

Fase intensiva de vacunación antiinfluenza A H1N1 en el IMSS

Como medida preventiva, se llevó a cabo en el IMSS, del 25 de noviembre de 2009 al 30 de septiembre de 2010, la fase intensiva de vacunación con antiinfluenza A H1N1. Se aplicaron 10'063,810 dosis de vacuna, lo que representó 104 por ciento de lo programado. Cabe destacar que los logros alcanzados por grupo de edad superaron 100 por

**GRÁFICA IV.17. PARTOS DE MUJERES
EN EDAD FÉRTIL**
(TASA POR 1,000 MUJERES, 2005-2010)



Fuente: IMSS.

ciento en todos los grupos de riesgo, a excepción de los cuidadores de menores de seis meses.

Estrategia para el control del sobrepeso y la obesidad

Ante el grave problema que significa el sobrepeso y la obesidad en la población derechohabiente durante todas las etapas de la vida, en 2010 se continuó con las actividades de promoción de alimentación correcta, ingesta de agua simple potable y práctica de actividad física en unidades médicas, escuelas y centros laborales. Para ello se diseñaron, reprodujeron y distribuyeron los siguientes materiales: guías para el cuidado de la salud, por grupo de edad, guías técnicas dirigidas al personal de salud, carteras de alimentación correcta y actividad física, dípticos "Refrigerio saludable en edad escolar y durante la adolescencia" y carteles de actividad física.

Es importante mencionar la participación del Instituto conjuntamente con la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública en el diseño e implementación de los Lineamientos que fundamentan

la regulación del consumo de alimentos saludables en planteles educativos.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se continuará trabajando para lograr la meta de cobertura programada para que un número cada vez mayor de derechohabientes reciban las acciones preventivas por grupo de edad, sexo y factores de riesgo que les corresponden. Para 2011 nuevamente se establecieron criterios más estrictos en el sistema de evaluación y seguimiento, al incrementar los valores de referencia (vr) en cuatro indicadores: índice de atención preventiva integrada por atención curativa (vr 1:4), cobertura de atención integral PREVENIMSS (vr 55.0 por ciento), cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino (vr 30.0 por ciento) y tasa de partos (vr 52.9 por 1,000 mujeres en edad fértil).

Para incrementar la cobertura de PREVENIMSS, se continuará con la estrategia de obligatoriedad en guarderías, escuelas, empresas, así como en pensionados y jubilados, beneficiando a más de 22 millones de derechohabientes al término de 2011.

Para incrementar las coberturas de los programas de salud, se continuará con la estrategia de obligatoriedad en guarderías, escuelas, empresas, así como en pensionados y jubilados, con lo que se beneficiará a más de 22 millones de derechohabientes al término de 2011.

Con motivo de la reestructuración de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas, se fortalecerán las actividades de capacitación y asesoría en servicio para verificar que los avances en las coberturas de PREVENIMSS se mantengan o se consoliden en forma efectiva. Asimismo, se vigilará que los procedimientos para la atención preventiva integrada y las actividades educativas se realicen con la calidad debida.

Se fortalecerá la gestión de recursos humanos, financieros y materiales para resolver las necesidades existentes a nivel operativo y garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para alcanzar las coberturas programadas en los cinco grupos de edad.

Se participará en los procesos de evaluación externa de la iniciativa, con el propósito de contar con evidencias que sustenten la contribución de PREVENIMSS en los impactos en salud de la población derechohabiente, así como en la viabilidad financiera del IMSS.

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

Para contender con los graves problemas que representan el sobrepeso y la obesidad, en el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria se dará inicio a una estrategia de seguimiento en UMF mediante la cual se verificará la pérdida de peso en los derechohabientes que quieran participar en la adopción de los planes de alimentación y de actividad física diseñados para tal efecto. Esta estrategia se denominará “Pasos por la salud” y se realizará de manera permanente a partir de su implementación.

En los niños menores de 10 años de edad se continuarán los siguientes proyectos: incorporación de la detección de galactosemia en el tamiz neonatal ampliado, dirigidos a los recién nacidos (se lleva a cabo la prueba piloto correspondiente en ocho delegaciones del país); presentación para aprobación interna de los proyectos de detección de atresia de vías biliares y de tamiz neonatal auditivo; transición de la vacunación con rotavirus monovalente a pentavalente por acuerdo sectorial en el Consejo Nacional de Vacunación, y la consolidación de la estrategia educativa CHIQUITIMSS en 100 por ciento de guarderías bajo responsabilidad

institucional, para beneficio de cerca de 50,000 niños y sus familias.

En el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, se comenzará la estrategia Pasos por la Salud, que hace frente a los problemas de sobrepeso y obesidad de la derechohabiente.

Entre los proyectos para los adolescentes de 10 a 19 años de edad destaca el fortalecimiento de la prevención universal de adicciones a través de los Centros JUVENIMSS en unidades médicas, escuelas, universidades e institutos de enseñanza superior. En este sentido, se continuará la participación conjunta con la Subsecretaría de Educación Media Superior implementando en sus planteles escolares las estrategias PREVENIMSS y Centros JUVENIMSS. Asimismo, se mejorará el sitio “Constrúyete” para fomentar la salud de los jóvenes y disminuir los riesgos asociados con la edad.

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

Para los adultos mayores de 59 años o más se concertará con el Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS para la implementación de la certificación de sobrevivencia a jubilados y pensionados en los Módulos PREVENIMSS y lograr con ello beneficiar a un mayor número de adultos mayores con su programa de salud.

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

Estimación de ahorros

Se ha hecho un esfuerzo por estimar los ahorros institucionales derivados de PREVENIMSS, teniendo como resultado preliminar un ahorro de cerca de 6,000 mdp en los últimos tres años (tabla IV.14).

Estas estimaciones se fundamentan en información definitiva por delegación de casos nuevos para los años 2008 y 2009. Los datos correspondientes a 2010 incluyen información preliminar al mes de diciembre, ya que aún no se cuenta con información oficial de los sistemas de casos nuevos.

Se estima que gracias a PREVENIMSS, el Instituto ha generado ahorros por 6,000 mdp en los últimos tres años.

IV.1.19. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO A CONTINGENCIAS

La vigilancia epidemiológica de las causas de enfermedad y muerte de los derechohabientes del IMSS permite detectar y prever cambios en los patrones de salud-enfermedad, con el fin de recomendar medidas para la

prevención y control de las enfermedades. La mejora en las comunicaciones y facilidades para el desplazamiento de la población ha provocado que las enfermedades transmisibles puedan extenderse con mayor rapidez, como sucedió con la pandemia de influenza, y ha provocado alertas sanitarias ante la probabilidad de otros brotes o epidemias como el cólera, entre otros. Sin embargo, la tecnología nos ha permitido también estar mejor preparados para atender las contingencias sanitarias y mitigar sus efectos. Actualmente, tenemos acceso a información para evaluar el comportamiento de los padecimientos, tanto en México como en otros países, lo que facilita alertar a las unidades médicas y emitir las recomendaciones para el control y la preparación para una respuesta adecuada ante la presencia de estas enfermedades.

La transición demográfica y epidemiológica ha dado por resultado el cambio en el patrón de morbilidad y mortalidad de la población, desplazando las causas transmisibles por las no transmisibles. Entre éstas destacan la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y sus complicaciones, las neoplasias malignas, particularmente el cáncer de mama y cáncer del cuello uterino, así como las enfermedades respiratorias crónicas. En los últimos años estos padecimientos se han ubicado dentro de las primeras causas de muerte, ocupando los principales

TABLA IV.14. AHORRO ESTIMADO DERIVADO DE LA OPERACIÓN DE PREVENIMSS
(MILES DE PESOS, 2008-2010)

Concepto	Ahorro estimado		
	2008	2009	2010
Enfermedades crónico-degenerativas:			
- Diabetes mellitus	535,541	192,164	956,291
- Hipertensión arterial			
Planificación familiar	1,581,916	532,800	1,819,671
Cáncer cérvico-uterino	189,397	31,899	157,022
Total	2,306,854	756,863	2,932,984

Fuente: IMSS.

motivos de egresos hospitalarios y de demanda de consulta de los servicios de Medicina Familiar como de Urgencias y Especialidades.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Enfermedades transmisibles

Con respecto a las enfermedades transmisibles, se reportaron 14,752 casos de Enfermedad Tipo Influenza e Infección Respiratoria Aguda Grave (ETI e IRAG), con un ligero predominio de 51 por ciento en las mujeres. Las Delegaciones con mayor tasa de incidencia fueron Chihuahua, Oaxaca, San Luis Potosí, Tabasco y Quintana Roo. En este periodo se hospitalizó a 3,941 personas con casos de ETI/IRAG. El laboratorio confirmó 82 casos positivos a influenza H3N2, 40 casos positivos a influenza A H1N1, 497 casos a Influenza A, 10 casos de Influenza B, y 1,762 negativos. Asimismo, en este periodo se registraron 10 defunciones confirmadas de Influenza A H1N1, que representó 2.9 por ciento del total de incidencias. La curva epidémica de casos muestra que en 2010 se presentaron diferentes brotes (gráfica IV.18). Estos casos estuvieron focalizados en diferentes localidades de Yucatán, Tabasco, Islas Marías y Nayarit, en donde se identificó la circulación del virus de Influenza A H3N2, por lo que se emitió una alerta epidemiológica y se reforzaron las medidas de vigilancia, prevención y control, no presentándose mayor número de casos. Del 22 de marzo al 28 de abril de 2011 se presentó un brote de Influenza A H1N1 en Chihuahua, con un total de 375 casos de ETI/IRAG en el Sector Salud, de los cuales se confirmaron 86 casos y se descartaron 230. Fueron hospitalizados 86 casos y se presentaron 13 defunciones confirmadas a Influenza A H1N1. El IMSS reportó 240 casos, de los cuales 112

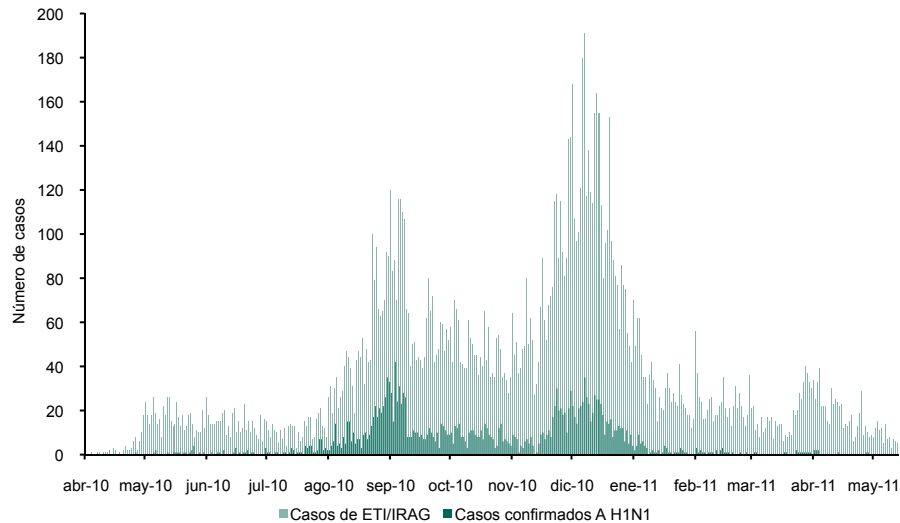
fueron hospitalizados, con 13 positivos a Influenza A H1N1 y tres defunciones confirmadas.

La tuberculosis se reconoce como un problema de rezago de la Salud Pública mundial, en las Américas y en México. Para el periodo considerado se reportaron 3,871 casos. La aplicación del Programa de Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de la Tuberculosis permitió la reducción de la tasa de morbilidad por este padecimiento en 27.3 por ciento, al pasar de una tasa de 13.2 en el año 2000 a 9.6 en 2010 por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar. En el periodo analizado se diagnosticaron 3,476 casos nuevos de tuberculosis pulmonar, de los cuales terminaron tratamiento 3,020 (86.9 por ciento) y fueron dados de alta por curación. Las Delegaciones con mayor número de casos fueron Nuevo León (394), Tamaulipas (356), Baja California (327) y Veracruz Norte (275).

Aunado a lo anterior, la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar ha disminuido en 40 por ciento en los últimos 10 años, pasando de 1.5 a 0.9 por cada 100,000 derechohabientes, con lo cual se posiciona como una enfermedad controlada. Sin embargo, México enfrenta en este momento el grave problema de un número de casos cada vez mayor de cepas infectantes de M. Tuberculosis resistentes a medicamentos de primera y/o segunda línea. El principal factor de riesgo para la fármacorresistencia es el poco apego al Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) en tratamientos primarios (gráfica IV.19).

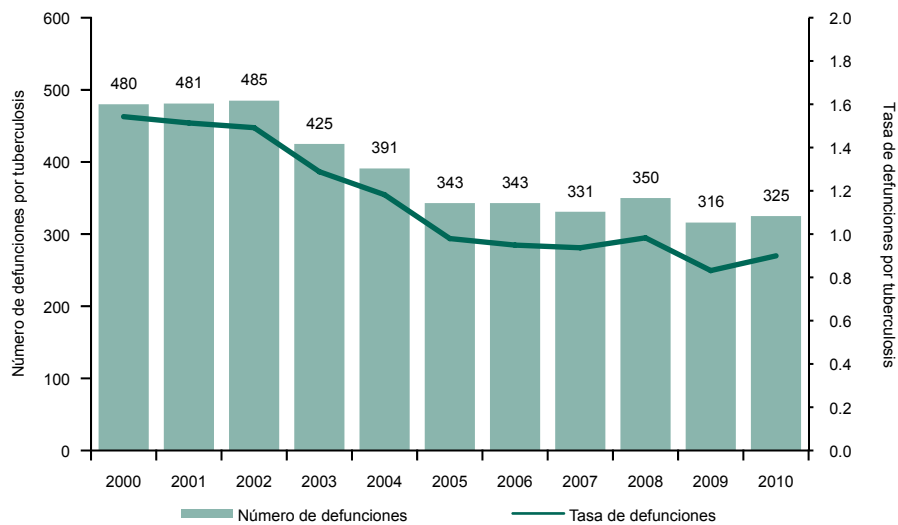
Por su parte, la epidemia de VIH/SIDA todavía es un reto para nuestro país. Desde el inicio de la epidemia hasta mayo de 2011 se han registrado 63,958 casos de VIH/SIDA, notificados y estudiados en el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica; 22 por ciento son casos seropositivos y el restante 78 por ciento son casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En el periodo del informe se registraron 1,910 nuevos casos, de los cuales 1,019 son portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y 891 son enfermos de SIDA, lo que representa una disminución

GRÁFICA IV.18. COMPORTAMIENTO DIARIO DE CASOS DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA E INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE
(NÚMERO, MAYO DE 2010-MAYO DE 2011)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA IV.19. MORTALIDAD GENERAL POR TUBERCULOSIS PULMONAR
(NÚMERO Y TASA POR 100,000 DERECHOHABIENTES, 2000-2010)



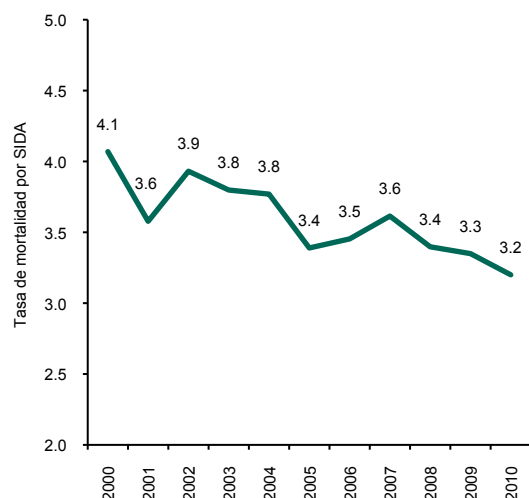
Fuente: IMSS.

de 8 por ciento en relación con el periodo anterior. Sin embargo, Baja California Sur, Querétaro, Nayarit, Sonora y Aguascalientes han incrementado sus casos. En la mortalidad se observa un descenso a partir del año 2000 hasta llegar a estabilizarse en los últimos años, reflejo del impacto de la terapia antirretroviral y de la detección oportuna (gráfica IV.20).

El sistema de vigilancia activa para las enfermedades prevenibles por vacunación identificó 487 casos de

síndrome coqueluchoide, confirmándose 64 casos de tos ferina, lo que representó una reducción significativa de 50 por ciento con respecto al año anterior. Estos casos se presentaron en niños que aún no tenían la edad para contar con un esquema completo de vacunación. En la vigilancia activa, para identificar casos de sarampión se estudiaron 1,841 casos de enfermedad febril exantemática, sin que se confirmara ningún caso. Los últimos tres casos en el IMSS se presentaron en 2006; sin embargo, es importante mantener este

GRÁFICA IV.20. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR SIDA
(TASA POR 100,000 DERECHOHABIENTES, 2000-2010)



Fuente: IMSS.

monitoreo, ya que el sarampión en diferentes países continúa siendo un problema de Salud Pública.

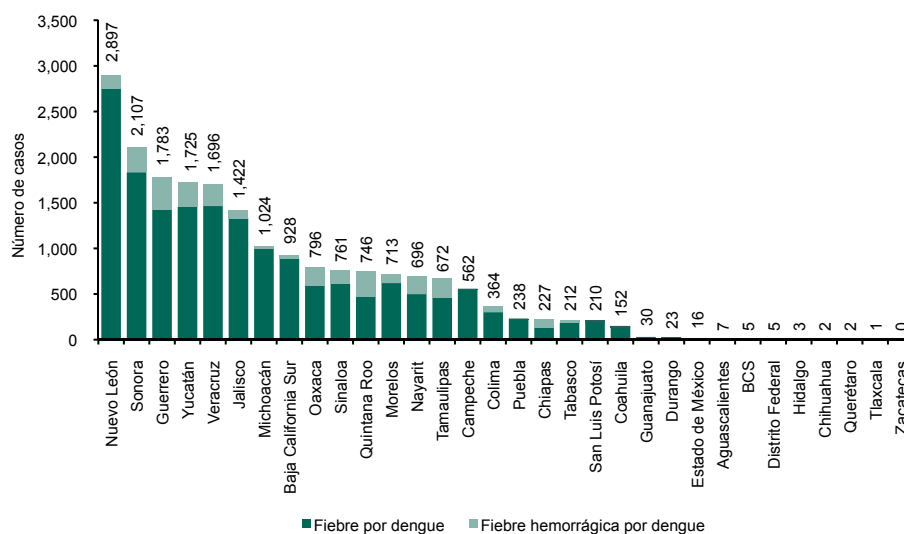
La vigilancia activa para la parálisis flácida aguda estudió 158 casos, con el objetivo de garantizar que no circule el polio virus salvaje en México, logrando la meta de un caso por cada 100,000 derechohabientes menores de 15 años de edad, 93.6 por ciento del total de casos.

Durante el año 2010 se notificaron 17,234 casos de fiebre por dengue y 2,791 casos de fiebre hemorrágica por dengue en el IMSS. Estas cifras representaron una disminución en el número de casos de 69 y 73 por ciento, respectivamente, en comparación con el año previo (gráfica IV.21).

En el periodo reportado se notificaron 39 defunciones en 13 delegaciones; de ellas se confirmaron 15, lo que representa una letalidad de 0.5 por ciento a nivel institucional, cifra inferior al estándar establecido de 5 por ciento. La disminución de la ocurrencia de este padecimiento tiene como fondo la saturación inmunológica de la población a los dengue virus circulantes (1 y 2), así como la realización de actividades de prevención y control en forma oportuna y con cobertura amplia, lo que a su vez es resultado de la vigilancia epidemiológica establecida y el reconocimiento temprano de los casos.

La investigación oportuna de los primeros casos en una epidemia puede permitir identificar y corregir tempranamente el problema. En el periodo estudiado se difundieron a las delegaciones y unidades médicas 19 alertas para fortalecer la vigilancia epidemiológica de enfermedades que están afectando a la población.

GRÁFICA IV.21. CASOS DE FIEBRE POR DENGUE Y FIEBRE HEMORRÁGICA POR DENGUE
(NÚMERO, MAYO DE 2010-MAYO DE 2011)



Fuente: IMSS.

Destacan las acciones para monitorear y aplicar medidas de prevención y control, evitando brotes o epidemias. Estas alertas fueron dirigidas a la vigilancia epidemiológica del sarampión, enfermedad diarreica por rotavirus, virus de Hepatitis A genotipo I-B 17, paludismo, tos ferina, influenza, cólera y meningitis meningocócica entre los principales padecimientos, así como el operativo de vigilancia epidemiológica por el retorno de mexicanos de Sudáfrica.

En el periodo estudiado se difundieron a las delegaciones y unidades médicas 19 alertas para fortalecer la vigilancia epidemiológica de enfermedades que afectan a la población.

Durante el mismo periodo se estudiaron y se tomaron las medidas adecuadas para el control de 493 brotes y 25 situaciones emergentes, de los cuales 84 ocurrieron en hospitales y 318 ocurrieron en guarderías. Las enfermedades más recurrentes fueron la varicela (68.9 por ciento de los casos), la conjuntivitis (6.6 por ciento), la enfermedad diarreica (5.7 por ciento), Hepatitis A (5.7 por ciento), gastroenteritis (5.3 por ciento), enfermedades tipo influenza (2.8 por ciento), y afecciones respiratorias (1.3 por ciento). Entre los principales diagnósticos bajo responsabilidad institucional y en la comunidad corresponden en su mayoría a varicela, dengue, intoxicación alimentaria, infección de vías respiratorias y gastroenteritis. Estos brotes fueron notificados oportunamente en 82.7 por ciento de los casos, y para su atención se realizaron 27 visitas de apoyo y asesoría a las delegaciones y UMAE.

Enfermedades no transmisibles

El cambio en el perfil epidemiológico de la población derechohabiente es consecuencia del desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles como causa de enfermedad y muerte. Este perfil hace evidente la reducción en forma drástica de las defunciones registradas por afecciones del periodo

perinatal y por enfermedades infecciosas intestinales, que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, así como el aumento en las defunciones debidas a enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular y enfermedades hipertensivas, que ocuparon los primeros lugares en 2010.

Actualmente, la diabetes mellitus constituye la primera causa de mortalidad en la población derechohabiente del IMSS. No obstante, como resultado de la mejora en los procesos de vigilancia, prevención, atención y control, para el año 2010 se ha retrasado la edad promedio de muerte respecto a la registrada en el año 2001. Esta situación ha dado origen a una mayor demanda de servicios para la atención de sus complicaciones en los diferentes niveles de atención institucional (tabla IV.15).

TABLA IV.15. EDAD PROMEDIO DE MUERTE POR DIABETES MELLITUS (AÑOS, 2001 Y 2010)

	2001	2010	Diferencia
Nacional IMSS	65.9	67.3	1.4
Hombres	65.3	66.7	1.4
Mujeres	66.3	68.0	1.7

Fuente: IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para el segundo semestre de 2011 se tiene programado reforzar la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmisibles. Todas las unidades deberán notificar inmediatamente los casos para aplicar medidas de prevención y control, e identificar oportunamente brotes en la comunidad, unidades médicas y guarderías. Se continuará con la vigilancia, monitoreo y análisis de la situación de enfermedades reemergentes como influenza, dengue, tos ferina, cólera, tuberculosis, entre otras, y se brindará

asesoría a las diferentes delegaciones en este sentido. Además, se participará en un programa de supervisión y asesoría a los estados prioritarios en coordinación con la Secretaría de Salud del nivel federal, así como en el operativo para la vigilancia epidemiológica de enfermedades reemergentes por la celebración del mundial de fútbol de la Sub 17 en diferentes estados del país que fungirán como sedes.

Se fortalecerá la vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales, con acciones para identificar y disminuir los riesgos de contraer y transmitir infecciones entre pacientes, personal de salud y familiares visitantes. Se fomentará la aplicación oportuna de las medidas de prevención y control, lo que permitirá contribuir en la reducción de las infecciones nosocomiales, en la calidad de la atención médica y garantizar la seguridad del paciente.

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

Se mantendrá el monitoreo y análisis de la situación de salud para identificar oportunamente brotes o epidemias y emitir la alerta epidemiológica a las unidades médicas para su preparación en la respuesta para la atención de los derechohabientes y aplicación de medidas de prevención y control.

Se analizará la carga que representan las enfermedades crónicas mediante el empleo de indicadores como los años de vida ajustados por discapacidad, que permite medir las necesidades de salud de una población; evaluar las intervenciones en salud; apoyar la determinación de prioridades de atención y de investigación en salud; medir su

impacto financiero; evaluar el potencial impacto de los programas de atención en el Instituto, y realizar cálculos para 2009 y proyecciones a 2050.

Se iniciará el desarrollo de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica para la diabetes mellitus y las neoplasias malignas, dos de las patologías de gran trascendencia en la población. Para ello, se medirán indicadores que contribuyan a mejorar el proceso de vigilancia, prevención y control de estas patologías en los diferentes niveles de atención.

Se analizará y publicará la Síntesis Ejecutiva de la ENCOPREVENIMSS 2010, que proveerá información de indicadores relevantes de los Programas Integrados de Salud, así como de prevalencias de enfermedades crónicas seleccionadas, factores de riesgo (consumo de tabaco, alcohol y otras drogas), estilos de vida (consumo de alimentos, actividad física) y utilización de servicios.

Se conformará una red de laboratorios que realicen vigilancia epidemiológica de enfermedades prioritarias para el IMSS, aprovechando la capacidad instalada y la experiencia del personal del Instituto para agilizar la toma, transporte y procesamiento de muestras; obtener información en tiempo real de los resultados de laboratorio, y formular recomendaciones que orienten políticas de salud.

IV.1.20. SALUD EN EL TRABAJO

Los servicios de Salud en el Trabajo buscan mejorar la salud de la población trabajadora afiliada al IMSS, así como la atención de los riesgos de trabajo y dictaminación de la invalidez. Estos servicios cumplen con el objetivo del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 de “reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo”, tal y como lo establece la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

Los servicios de Salud en el Trabajo buscan mejorar la salud de los trabajadores afiliados al IMSS, así como la atención de los riesgos de trabajo y la dictaminación de la invalidez.

Sobre esta base, se han establecido objetivos que enmarcan la acción de los servicios de Salud en el Trabajo, los cuales están alineados a la estrategia institucional para contribuir al bienestar social, mediante la promoción y protección de la salud de la población derechohabiente. De manera adicional, para mejorar el nivel de salud de los trabajadores, se realizan acciones de prevención de riesgos de trabajo, atención al daño, rehabilitación y reincorporación laboral, a través de la implementación, seguimiento y evaluación de programas de intervención en empresas prioritarias.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Las actividades de promoción de la salud de los trabajadores consistieron en 5,429 visitas y la capacitación de 5,387 Comisiones de Seguridad e Higiene, tanto en las empresas afiliadas como en el propio Instituto, a través de la estrategia PREVENIMSS en empresas.

Se llevaron a cabo actividades de asesoría, capacitación, apoyo técnico e información a patrones y trabajadores. Lo anterior con la finalidad de mejorar las condiciones y clima laboral en las empresas afiliadas y en los centros del IMSS, las que dieron como resultado el establecimiento de 5,472 estudios y programas preventivos. Asimismo, se efectuaron 5,056 visitas de seguimiento y se investigaron 778 accidentes de trabajo, que generaron incapacidades permanentes mayores a 50 por ciento o defunciones. Estas acciones han contribuido a la adopción de conductas enfocadas a la prevención de los accidentes y enfermedades de trabajo.

En el periodo de enero a diciembre de 2010 se elaboraron 19,930 dictámenes de invalidez iniciales, lo que representa una tasa de 1.39 por cada 1,000 trabajadores bajo el Seguro de Invalidez y Vida. Con información real a marzo de 2011, se estima que al final del año, la tasa de invalidez por cada 1,000 asegurados será de 1.1. Asimismo, se elaboraron 7,999 periciales médicas; se atendieron 16,129 audiencias (periciales médicas, tercerías en discordia, conciliación, cumplimiento de ejecutorias y visitas a empresas), y se solicitaron 23,969 estudios de laboratorio, gabinete e interconsultas. Por su parte, entre enero y abril de 2011, los médicos elaboraron 2,851 periciales médicas; se atendieron 3,884 audiencias, y se solicitaron 2,472 estudios de gabinete, 1,418 estudios de laboratorio y 3,424 interconsultas.

Las acciones de promoción de la salud de los trabajadores consistieron en 5,429 visitas y la capacitación de 5,387 Comisiones de Seguridad e Higiene, tanto en las empresas afiliadas como en el propio Instituto.

Para 2011, se estima que el promedio de días de incapacidad temporal para el trabajo, por trabajador en el ramo de Enfermedad General, se ubique en 2.51 días, en comparación con los 2.75 días alcanzados en 2010, lo que representará una reducción de 8.7 por ciento. En lo que respecta al promedio de días de incapacidad temporal para el trabajo por trabajador en el ramo de Riesgos de Trabajo, para 2011 se espera que se ubique en 0.86 días, lo que representará una reducción de 9.4 por ciento, con respecto a los 0.95 días observado en 2010. Al mes de marzo este indicador se ubicó en 1.33 en 2010 y en 1.29 para marzo de 2011, lo que representa un porcentaje de disminución en el número de días de 2.69 por ciento.

En el periodo de enero a marzo de 2011, los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS (SPPSTIMSS) tuvieron a su cargo 762 centros laborales con 189,967 trabajadores. Se

realizaron 236 recorridos en centros laborales IMSS por Comisiones Locales Mixtas de Seguridad e Higiene.

Como resultado de las atenciones preventivas integradas, se realizaron 15,907 multidetecciones, 13,714 trabajadores enviados a estomatología, nutrición y dietética, y actividades físicas, y 14,280 inmunizaciones. Además, se realizaron 10,709 exámenes médicos periódicos. Se llevó a cabo la gestión médico-administrativa en 3,258 casos con incapacidad temporal, de los cuales 1,430 se resolvieron y se otorgaron 2,000 atenciones médicas de primeros auxilios.

Con respecto al Programa de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral, con fecha 29 de septiembre de 2010, el H. Consejo Técnico del IMSS dio por concluido satisfactoriamente este Programa y aprobó que a través de los servicios médicos regulares se operarán los servicios de rehabilitación del HGR 72 dependiente de la Delegación Estado de México Oriente y de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación dependiente de la UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, actualmente funcionando. En forma complementaria, el Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo ubicado en la Unidad Morelos dependiente de la Delegación Norte del D. F., inició labores en la segunda quincena de diciembre de 2010.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se realizarán 2,142 Foros Promocionales de PREVENIMSS en las empresas, 721 intervenciones y asesorías a las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene de Empresas Captadas en los Foros de Promoción PREVENIMSS y 1,686 intervenciones a Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo del IMSS en apoyo a las actividades de los SPPSTIMSS.

Se continuarán las actividades para disminuir los accidentes y las enfermedades de trabajo en las empresas afiliadas y en los centros laborales del IMSS. Destacan

los 1,426 estudios de seguridad e higiene en el trabajo, 1,426 programas preventivos de seguridad e higiene en el trabajo y 2,891 visitas de seguimiento, asesoría y control de las recomendaciones técnicas emitidas en los programas preventivos. En apoyo a las actividades de prevención, se planea capacitar a 13,268 trabajadores y patrones de empresas afiliadas.

Se actualizará el Procedimiento para la Dictaminación y Prevención de los Accidentes de Trabajo y se desarrollarán los documentos “Criterios Generales para la Calificación de las Enfermedades de Trabajo”, así como las “Guías de Padecimientos de Columna de Origen Laboral” y las “Guías para el Diagnóstico de Cáncer de Trabajo”. Además, se elaborarán emisores con un sistema de evaluación y serán puestos a disposición de los médicos operativos de Salud en el Trabajo a través de Intranet. Se iniciará con la operación de los programas denominados “Mejora del Registro de los Riesgos de Trabajo” y “Mejora de la Detección y Diagnóstico de las Enfermedades de Trabajo”.

Se tiene contemplado el desarrollo de 39 cursos monográficos: manejo integral de las enfermedades de trabajo, cáncer de trabajo, dermatología de etiología laboral, sistemas de información en salud en el trabajo y 35 cursos impartidos a los médicos operativos a nivel nacional con el tema de “Enfermedades de Trabajo Emergentes”.

Se llevará a cabo trimestralmente la validación de la casuística de los riesgos de trabajo ocurridos y terminados. Derivado de esto, se emitirán también en forma trimestral los resultados de los indicadores contemplados en el Manual Metodológico 2011. Por otra parte, se dará continuidad al intercambio de información a la STPS y otras instancias dentro y fuera de la institución. Se elaborará para el segundo semestre el semáforo de evaluación a las delegaciones, compuesto para este año por nueve indicadores estratégicos.

Asimismo, se actualizará la Norma sobre Invalidez y los Procedimientos Normativos para la Dictaminación de la Invalidez y de Beneficiario Incapacitado; se

consolidará la Norma que establece las disposiciones para la valoración de la Discapacidad e Incapacidad, con la Norma que establece las disposiciones en materia de Rehabilitación para el Trabajo y Reincorporación Laboral. Se actualizará el procedimiento para la expedición del Certificado de Discapacidad para fines del Artículo 222 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta. Se consolidarán el Manual de Integración y Funcionamiento de los Comités para el Control de la Incapacidad Temporal para el Trabajo en los ámbitos Normativo, Delegacional y de UMAE con el Procedimiento del Comité de Evaluación de la Prescripción de la Incapacidad Temporal para el Trabajo.

En el marco del Programa de Estudios Médicos, Técnicos, Legales y Administrativos de las Demandas por Riesgo de Trabajo e Invalidez, se elaborará un informe semestral del personal contratado por honorarios, en el que se registren las actividades que realiza este personal en los módulos, así como su participación en la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje. A fin de mejorar la calidad y oportunidad de los dictámenes periciales médicos requeridos en los juicios laborales por riesgos de trabajo e invalidez, se desarrollarán dos cursos de actualización normativa en materia de invalidez y riesgos de trabajo dirigidos al personal médico contratado por honorarios y a médicos operativos de Salud en el Trabajo.

Con el propósito de detectar los puntos críticos del proceso de atención a demandas por riesgos de trabajo e invalidez y establecer las medidas correctivas pertinentes que permitan hacer eficiente la operación de los "Módulos Médicos de Atención a Demandas", se realizarán visitas de supervisión a los mismos.

Se continuarán las acciones de vigilancia del comportamiento de los indicadores: promedio de días de incapacidad temporal para el trabajo en trabajadores de empresas afiliadas, en los seguros de Riesgos de Trabajo y Enfermedad General.

Los SPPSTIMSS tienen programado realizar en trabajadores del IMSS, 173,653 actividades de atención preventiva integrada; 174,140 exámenes médicos

periódicos; 29,500 gestorías médico administrativas en casos con incapacidad temporal para el trabajo; 988 diagnósticos de salud y seguridad en centros laborales IMSS, y 80,367 atenciones médicas de primeros auxilios.

IV.1.21. REESTRUCTURACIÓN DE LAS JEFATURAS DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS

Con el fin de mejorar la calidad de los servicios e incrementar la eficiencia operativa en las delegaciones del Instituto, se llevó a cabo la reorganización funcional de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas (JSPM) y se modernizó la supervisión integral de los procesos de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica, rehabilitación, educación e investigación en las unidades médicas del IMSS.

A diciembre de 2010, las estructuras de las JSPM estuvieron integradas por siete coordinaciones: Atención Médica, Salud Pública, Salud Reproductiva, Información en Salud, Investigación en Salud, Educación en Salud y Salud en el Trabajo, que al operar bajo un esquema de trabajo vertical, generó la duplicidad de actividades y una escasa coordinación entre todas las áreas para la ejecución sistematizada de sus funciones.

Bajo esta estructura, las JSPM revelaron que ante la falta de análisis estratégico con base en la información médica local, y ante una extensa carga de trabajo en labores exclusivamente del ámbito administrativo, las Jefaturas tenían una escasa capacidad de respuesta para la toma de decisiones.

Con el fin de mejorar la calidad de los servicios e incrementar la eficiencia operativa en las delegaciones del Instituto, se llevó a cabo la reorganización funcional de las Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas.

Como resultado, se reorientó una parte de los recursos humanos de las JSPM a la supervisión integral de planes y programas en salud, y a liberar a los coordinadores médicos de las actividades administrativas, mediante la creación de una nueva coordinación denominada Soporte Médico. En este sentido, se promovió la capacidad de análisis para la toma de decisiones y la vinculación efectiva de las áreas normativas de nivel central con las JSPM.

Para lograr este objetivo se integró una estructura conformada por seis coordinaciones: Prevención y Atención a la Salud, Información y Análisis Estratégico, Planeación y Enlace Institucional, Salud en el Trabajo, Gestión Médica y Soporte Médico. Asimismo, se creó la figura del Equipo de Supervisión de Unidades Médicas integrado por 12 elementos: Médico Supervisor Líder, Médico Supervisor de Medicina Familiar, Médico Supervisor de Hospitales, Médico Supervisor Epidemiólogo, Enfermera Supervisora en Salud Pública, Enfermera Supervisora de Atención Médica, Supervisor de Estomatología, Supervisora de Asistentes Médicas, Supervisora de Trabajo Social, Supervisora de Nutrición y Dietética, Supervisor de Sistemas de Información en Salud, Supervisor Auxiliar de Soporte Médico.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

A fin de promover la supervisión médico-operativa y establecer las bases de la nueva Guía para la Supervisión de Unidades Médicas de primer y segundo niveles, en mayo de 2010 se realizó un seminario con los Líderes de los Equipos de Supervisión de las delegaciones participantes en el programa piloto de la reestructuración: Baja California Sur, Campeche, Oaxaca, Hidalgo, Veracruz Norte, México Oriente, Nuevo León y Sinaloa.

La Guía para la Supervisión se alinea a los nuevos estándares homologados del Consejo de Salubridad General y organismos internacionales como la *Joint Commission International* y la *Accreditation Canada*. Con esto, el Instituto Mexicano del Seguro Social favorece la certificación y la acreditación de sus unidades, y busca la homologación de la atención médica con las instituciones del Sector Salud.

En junio del 2010, y con el propósito de presentar las características teórico-metodológicas y operativas de la nueva estructura a los integrantes de las JSPM a nivel nacional, se efectuaron seis talleres con los coordinadores de las delegaciones piloto, a fin de preparar las temáticas y contenidos de la capacitación nacional.

El 29 de septiembre de 2010, el H. Consejo Técnico instruyó la adecuación de las estructuras orgánicas de las JSPM en las 35 delegaciones al nuevo modelo. En octubre y noviembre de 2010, se impartieron cinco cursos de capacitación nacional con el fin de difundir la nueva dinámica de trabajo delegacional y con ello llevar a cabo la implantación del modelo a nivel nacional.

En estos cursos se contó con la participación de los Jefes de Servicios de Prestaciones Médicas, los Coordinadores de las JSPM y los Líderes de los Equipos de Supervisión, y como ponentes, los representantes de las coordinaciones normativas de la Dirección de Prestaciones Médicas.

La Guía de Supervisión de Unidades Médicas se alinea al Consejo de Salubridad General y a organismos como la Joint Commission International y la Accreditation Canada. De esta manera, el IMSS favorece la certificación y acreditación de sus unidades, y promueve la estandarización de la atención médica con el Sector Salud.

En enero de 2011 concluyó la primera fase de implantación de la nueva estructura (fase de inicio), con labores de comunicación, información y concientización del proyecto a actores internos y externos de la Jefatura. En seguimiento, durante los meses de febrero y marzo, se visitó a las Delegaciones Jalisco y Querétaro, con el propósito de pilotear la Guía para la Supervisión en Unidades Médicas y observar su funcionalidad como herramienta de apoyo.

En marzo de 2011 se concluyó la fase de implementación de la nueva estructura en las JSPM, poniendo en práctica los conceptos y planes desarrollados durante la fase de inicio y consolidando el modelo de reestructuración. En abril de 2011 se obtuvo la validación y registro del nuevo Manual de Organización de las JSPM.

Finalmente, en abril y mayo de 2011, para formalizar la supervisión en las unidades médicas, se llevaron a cabo cinco cursos prácticos en unidades médicas a fin de capacitar a los Líderes de los Equipos de Supervisión de todas las delegaciones en la metodología y aplicación de la nueva Guía para la Supervisión. Asimismo, para proporcionar asesoría en el avance de implantación, se visitó a las delegaciones Puebla, Guerrero, Yucatán, Chiapas, Quintana Roo, Baja California y Tabasco. En mayo de 2011 concluyó la fase de desarrollo, en la cual todas las JSPM trabajan conforme a la nueva estructura, realizan visitas de supervisión programadas y hacen uso de la Guía para la Supervisión de Unidades Médicas.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En el segundo semestre del año se continuará con la implantación de la nueva estructura en las 35 delegaciones, verificando su grado de avance y las dificultades presentadas durante este proceso.

En agosto, las delegaciones concluirán la fase de madurez, en la cual habrán actualizado los diagnósticos de salud y situacional de las JSPM con base en la información estadística, epidemiológica y de salud pública. Asimismo, habrán comenzado con la planeación

de programas en materia de prevención de riesgos de trabajo, evaluación y vigilancia de daños a la salud por riesgos de trabajo, invalidez y reincorporación laboral.

Para el último trimestre del 2011 se llevará a cabo la preparación teórico-metodológica de la reunión nacional de planeación en salud con el fin de proveer a los Coordinadores Delegacionales de Planeación y Enlace Institucional y a los Coordinadores Auxiliares de Investigación y Educación, de las técnicas y herramientas que permitirán al IMSS atender las necesidades específicas de la población en materia de salud, mediante la elaboración de planes y programas acordes con lo que dicta la transición epidemiológica y sociodemográfica.

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

Como parte de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2007-2012, se pretende encaminar al Sector Salud hacia un sistema integrado y universal que garantice a toda la población el acceso a los servicios de salud. En este contexto, el 14 de marzo de 2003, se suscribió el Convenio General de Colaboración Interinstitucional en materia de Prestación de Servicios de Salud entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en el cual se establecieron las bases, términos y condiciones para el mejor aprovechamiento de la infraestructura de salud entre estas instituciones.

Como parte de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2007-2012, se trabaja para crear un sistema integrado y universal de salud, que garantice a toda la población el acceso a los servicios.

Lo anterior con el fin de incrementar la cobertura de los servicios en beneficio de los usuarios o derechohabientes de estas instituciones, lo cual se llevaría a cabo a través de la celebración de convenios específicos entre sus respectivas unidades médicas.

Para fomentar la colaboración interinstitucional y establecer lineamientos para la formalización de los compromisos de la prestación médica entre las instituciones públicas de una forma homogénea y con tarifas de referencia estandarizadas, se planteó la necesidad de trabajar en un convenio marco que fijará lineamientos generales bajo el cual se amparará la celebración de los convenios específicos.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Se concluyó con la elaboración del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los Servicios de Salud en los Estados, Institutos, Hospitales y Hospitales Regionales

de Alta Especialidad, el cual ha sido firmado por el Director General del IMSS y se encuentra en proceso de suscripción con el resto de las instituciones de salud.

En el Acuerdo referido se fijaron los lineamientos generales para la formalización de los intercambios de servicios entre las unidades médicas y se logró definir el Catálogo Nacional de Servicios, Intervenciones, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y el Tabulador de Tarifas Máximas Referenciales contenidas en el Anexo 1. En ese anexo se acordaron tarifas para 376 intervenciones de alta especialidad con los HRAE y sus respectivas garantías de plazo para la atención, así como 113 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud correspondientes a la atención médica en el primer y segundo niveles, como se muestra en la tabla IV.16.

Para homogeneizar la operación de los intercambios de servicios entre las unidades médicas, se diseñaron y consensuaron entre las instituciones los formatos para el proceso de atención médica y pago, integrados en el Anexo 2. Asimismo, se establecieron los formatos de referencia y contrarreferencia de los pacientes,

TABLA IV.16. GRUPO DE INTERVENCIONES A INTERCAMBIAR EN EL ACUERDO GENERAL DE COLABORACIÓN (NÚMERO)

Nivel y grupo de intervenciones a intercambiar	Cantidad
Hospitales Regionales de Alta Especialidad	376
Eventos quirúrgicos hospitalarios	221
Eventos quirúrgicos ambulatorios	27
Pruebas de laboratorio clínico y estudios de patología	18
Estudios de gabinete	99
Consultas y otros servicios	11
Catálogo Universal de Servicios de Salud	113
Atenciones médicas hospitalarias	23
Eventos quirúrgicos	63
Atenciones materno-perinatales	27
Total de intervenciones	489

Fuente: IMSS.

disponibles en el Anexo 3. Lo anterior, para contar con mecanismos que permitan la eficaz y oportuna atención médica de los pacientes.

Se concluyó el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios entre las instituciones públicas del sector, que establece los lineamientos de intercambio para 376 intervenciones de alta especialidad y 113 intervenciones de primer y segundo niveles.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se continuará con el seguimiento de suscripción del Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios entre las instituciones para concluir con su proceso de formalización, a fin de promover su funcionamiento en las unidades médicas.

La formalización del Acuerdo regulará la celebración de convenios específicos entre las instituciones públicas bajo lineamientos homogéneos que detallen las obligaciones, compromisos, mecanismos de atención y garantías de pago de los servicios intercambiados. Con estos instrumentos se pretende fomentar el uso eficiente de la capacidad instalada disponible entre las instituciones para satisfacer la carencia de servicios al interior de las mismas, ofreciendo al derechohabiente o usuario la prestación oportuna de servicios de atención médica y de servicios auxiliares de diagnóstico y terapéuticos.

Para dar cumplimiento y garantizar el funcionamiento adecuado del Acuerdo en las unidades médicas del Instituto a nivel nacional, se diseñarán estrategias para implementar los lineamientos, formatos y procedimientos que deben considerarse en la celebración de los convenios específicos y que están contenidos en el Acuerdo General. Lo anterior, con el fin de regular la operación de los servicios subrogados públicos como parte de los intercambios de servicios.

IV.1.23. CONTROL DE CALIDAD DE LOS INSUMOS

La eficacia de nuestros servicios médicos depende en buen grado del uso de insumos terapéuticos que cumplan cabalmente con las especificaciones de las normas nacionales e internacionales; que garanticen su funcionamiento apropiado y, por ende, una eficiente respuesta terapéutica. La totalidad de los insumos terapéuticos que adquiere el Instituto cuentan con registro sanitario que es otorgado con base en documentación que avala el cumplimiento de la normatividad establecida. Sin embargo, la heterogeneidad en los procesos de fabricación no garantiza que en la práctica la totalidad de los productos adquiridos cumplan con ello. El Instituto adquiere más de 11,000 productos terapéuticos surtidos por una amplia diversidad de proveedores (250 aproximadamente).

Para la prestación de servicios médicos, el año pasado se adquirieron 881 millones de piezas, amparadas por los registros sanitarios correspondientes. Al considerar el número de atenciones médicas prestadas con el amplio universo de productos utilizados, se hizo necesario solicitar al H. Consejo Técnico la creación de un sistema de control de calidad de los insumos terapéuticos, y que permitiera la vigilancia de su calidad. El H. Consejo Técnico dio su anuencia para instalar laboratorios capaces de corroborar que los insumos adquiridos y en uso en nuestros servicios efectivamente reúnen las condiciones para su satisfactoria operación.

Con esta autorización, en el año 2009 se inició la operación del único laboratorio en el sistema del Sector Salud capaz de practicar análisis fisicoquímicos, microbiológicos y funcionalidad a medicamentos y reactivos, así como pruebas mecánicas, dimensionales, metalográficas, de identificación y de comportamiento de elastómeros a material de curación e instrumental médico.

La actividad de vigilancia de los laboratorios de Control Técnico de Insumos se estableció a partir de la recepción de quejas que presentan médicos y enfermeras de medicamentos y dispositivos terapéuticos, así como por un sistema de muestreo aleatorio de productos que, sin ser objeto de quejas, requieren ser valorados por la posible presencia de desviaciones de las especificaciones originales con las que les fueron aprobados sus registros sanitarios.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

La satisfactoria calidad de los servicios médicos otorgados está sustentada en la calidad de los productos utilizados. Muestra de ello es el bajo número de reportes de quejas (1,078) que ha recibido el laboratorio institucional, corroboradas a través de análisis practicados en los que se han detectado defectos que impiden o limitan la eficacia terapéutica o pueden provocar en su empleo graves reacciones adversas (tabla IV.17).

Adicionalmente, se han realizado 143 estudios especiales correspondientes a trabajos de investigación y normalización. Aunque el número de quejas pudiera considerarse bajo, no es tolerable la afectación que a los pacientes les ocasione la utilización de productos de baja calidad, por lo que al detectarlos se ha indicado la suspensión del uso de estos, además de informar de los resultados a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para que, a su criterio, establezcan las sanciones pertinentes.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

La actividad de los laboratorios de Control Técnico de Insumos depende de la remisión que los servicios médicos hagan de productos en los que se detecten defectos, mala respuesta terapéutica o reacciones adversas. Para establecer metas de productividad a corto plazo se espera que la sola presencia ante la proveeduría de los laboratorios de control del Instituto propicien la mejoría de la calidad de los productos que oferte la proveeduría. De esta forma, se busca incrementar la vigilancia de los medicamentos y dispositivos médicos a través del programa permanente de muestreo aleatorio.

TABLA IV.17. REPORTE DE ESTUDIOS REALIZADOS
(NÚMERO Y PORCENTAJE)

Motivo	Analizadas	Cumplen	Porcentaje que cumplen	No cumplen	Porcentaje que no cumplen
Quejas presentadas	1,078	336	31	742	69
Programa de muestreo	968	644	67	319	33
Lote de corrección	445	226	51	219	49
Total	2,491	1,206	48	1,280	51

Fuente: IMSS.

IV.2. UNIDAD IMSS- OPORTUNIDADES

IV.2.1. DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA

IMSS-Oportunidades es un Programa del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social que, con una trayectoria de 32 años de trabajo en favor de la población que habita las zonas rurales marginadas de México, contribuye a lograr que todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud, impulsando su desarrollo integral y la igualdad de oportunidades.

El Programa presta servicios médicos a más de 12.2 millones de mexicanos que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social, de los cuales más de 2.9 millones son indígenas. Estos servicios son gratuitos y lo único que se pide a los beneficiarios es que participen activamente en el autocuidado de su salud.

IMSS-Oportunidades presta servicios médicos a más de 12.2 millones de mexicanos que no tienen acceso a la seguridad social, de los cuales más de 2.9 millones son indígenas.

IMSS-Oportunidades cuenta con una red de servicios integrada por 78 Hospitales Rurales (HR), 3,595 Unidades Médicas Rurales (UMR) y 270 Unidades Médicas Urbanas (UMU). Para la atención de las localidades más lejanas y dispersas, denominadas microrregiones, se cuenta con 225 equipos itinerantes de salud.

La cobertura del Programa abarca 1,380 municipios en 19 estados de la República en el medio rural y, a partir de 2005, opera en 26 entidades en el ámbito urbano-marginado para la atención de familias beneficiarias del

Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). Con base en la Declaratoria de las Zonas de Atención Prioritaria para el año 2011, 263 de estos municipios se clasifican como de muy alta marginación y 589 de alta marginación; es decir, 62 por ciento de los municipios con infraestructura del Programa tienen altos niveles de marginación.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

La construcción de ocho nuevos HR en las delegaciones de Puebla, Michoacán (2), Campeche, Veracruz Norte, Guerrero y el Estado de México Poniente (2); 42 UMR en las dos últimas entidades mencionadas y la instalación de 44 UMU, se desarrolló gracias a la ampliación presupuestal de 1,500 mdp autorizada por el H. Congreso de la Unión en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2009.

En resumen, entre mayo de 2010 y mayo de 2011 se realizaron 42 acciones de obra, con una erogación de 355.7 mdp. Destaca la terminación de los HR de San José del Rincón, en el Estado de México y de Plan de Arroyos, en Veracruz Norte, que se sumaron a los seis nuevos HR del Programa. De esta manera, durante el segundo semestre de 2010, iniciaron operaciones los ocho nuevos HR de 30 camas (tabla IV.18).

En el periodo de reporte se realizaron 42 acciones de obra, con una erogación de 355.7 mdp, entre las que destacan dos de los ocho nuevos Hospitales Rurales.

Es necesario destacar que la apertura de los HR en los Estados de México y Guerrero tiene especial relevancia para el Programa, pues durante 25 años éste dejó de tener presencia en esas entidades debido al proceso de descentralización de los servicios de salud.

TABLA IV.18. NUEVOS HOSPITALES RURALES Y POBLACIÓN BENEFICIADA
(2010-2011)

Delegación	Hospital Rural	Inicio de operaciones	Población potencial sin Seguridad Social en municipios beneficiados ^{1/}
Michoacán	Villamar	8 de junio	95,209
Michoacán	Buenavista	9 de junio	421,305
México Poniente	Amanalco	9 de julio	216,823
Guerrero	La Unión	23 de julio	82,714
Campeche	Mamantel	11 de agosto	155,342
México Poniente	San José del Rincón	22 de octubre	106,413
Veracruz Norte	Plan de Arroyos	17 de noviembre	33,718
Puebla	Ixtepec	16 de diciembre	206,214
Total			1,317,738

^{1/}Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.
Fuente: IMSS.

Derivado de la ampliación de cobertura hospitalaria, IMSS-Oportunidades contribuye a beneficiar a la población de 69 municipios de los estados mencionados, en zonas rurales y marginadas. Debido a que los HR se ubican en comunidades apartadas, se requirió de una gran movilización de insumos y personal para el logro de este objetivo.

En este contexto, cabe destacar el reto que representa el reclutamiento de aspirantes para cubrir las plantillas de personal. Ello en virtud de que las localidades donde se encuentran los HR son de difícil acceso, lo que acentúa la dificultad de contar con médicos que cubran las necesidades de personal para la puesta en marcha de la nueva infraestructura.

A la fecha, se tienen incluidas en nómina 902 nuevas plazas de Base y 47 de Confianza, que corresponden a los HR y UMR de las Delegaciones Guerrero (HR La Unión y 15 UMR), Estado de México Poniente (HR de Amanalco, HR San José del Rincón y 27 UMR), Michoacán (HR de Villamar y HR de Buenavista), Campeche (HR de Mamantel), Puebla (HR Ixtepec) y Veracruz (HR Plan de Arroyos).

En este sentido, el Gobierno Federal no sólo extiende la cobertura de atención médica de segundo nivel

en beneficio de la población que vive en condiciones de alta y muy alta marginación, también propicia el fortalecimiento del tejido social al ser estas obras un detonante económico para la población que habita en esas regiones del país.

Adicionalmente, se desarrolló un proyecto para fortalecer los servicios de Urgencias en los HR del Programa con el objetivo de brindar una mejor capacidad de respuesta, especialmente en las localidades de difícil acceso. Dicho proyecto incorporó la ampliación, remodelación y equipamiento con alta tecnología, cuyo costo de obra y equipamiento fue de 63.6 y 11.6 mdp respectivamente, beneficiando a las Delegaciones Michoacán, Oaxaca, Hidalgo, San Luis Potosí, Veracruz Norte, Veracruz Sur, Puebla, Chiapas y Zacatecas.

Para tal efecto se autorizaron 261 plazas de las siguientes categorías: 87 médicos generales UMR, 87 enfermeras generales HR y 87 auxiliares de servicios generales HR, con los que se cubre el turno nocturno, incluyendo fines de semana.

Con el propósito de mejorar la calidad y la oportunidad en el reporte de la citología cervical (papanicolaou), así como disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, se adecuaron cinco laboratorios

de citología ubicados estratégicamente en los HR de Chiapas, Michoacán, Oaxaca, Veracruz Norte y Zacatecas, con una inversión en obra y equipamiento de 5 mdp. Asimismo, se terminaron las obras de mejora de los HR de Guadalupe Tepeyac y San Felipe Ecatepec en Chiapas, y de San Buenaventura en Coahuila. También se mejoraron con acciones de ampliación y remodelación las UMR en Chiconcuautla y Honey en Puebla, y Chekubul en Campeche.

Se desarrolló un proyecto para fortalecer los servicios de Urgencias en los Hospitales Rurales, con el objetivo de brindar una mejor capacidad de respuesta, especialmente en las localidades de difícil acceso.

Por otra parte, se construyeron 14 Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO), en donde médicos generales y auxiliares de Área Médica proporcionan atención especializada a las embarazadas en sus distintas etapas (control prenatal, parto y puerperio). Estos Centros se encuentran localizados estratégicamente en las zonas donde prevalece el mayor número de muertes maternas (Chiapas, Chihuahua, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz Norte) con el fin de proporcionar atención médica oportuna a las mujeres embarazadas. La plantilla autorizada para estos Centros es de 56 plazas: dos médicos generales y dos auxiliares de Área Médica en cada unidad.

Con la finalidad de ampliar y cubrir nuevos servicios médicos en el primer nivel de atención, se crearon 35 plazas para 29 estomatólogos y seis nutriólogos en las Delegaciones Estado de México Poniente y Guerrero. Asimismo, buscando fortalecer los servicios médicos en el segundo nivel de atención, se autorizaron cinco plazas de médico no familiar HR en la especialidad de radiodiagnóstico para operar los mastógrafos en los HR de: Ixmiquilpan, Hidalgo; Ocozocoautla de Espinosa, Chiapas; San José del Rincón, Estado de México Poniente; Tlacolula de Matamoros, Oaxaca, y San Salvador el Seco, en Puebla.

Finalmente, se llevó a cabo la transformación de 50 Unidades Médicas Auxiliares (modalidad de primer nivel de atención operada por un técnico rural de salud y una auxiliar de sustitución del área médica) a UMR, con el objeto de homologar los servicios de salud del primer nivel de atención. Esta acción implicó la autorización de 50 plazas de médico general UMC.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para continuar con la estrategia de actualización de los diversos servicios hospitalarios, se llevará a cabo la mejora de las áreas de Urgencias de 16 unidades, se adecuarán cinco laboratorios de citología y se mejorarán servicios sustantivos de los HR de Ocosingo, Chiapas y Oxkutzcab, Yucatán. También se rehabilitarán los sistemas de aire acondicionado de los HR de Oxkutzcab, Izamal y Maxcanú del estado de Yucatán y se reestructurará el albergue del HR de Huejutla, Hidalgo.

Por otro lado, para fortalecer la atención obstétrica intermedia en comunidades remotas, se construirán y equiparán 15 nuevos CARO que estarán ubicados en las Delegaciones Chiapas, Chihuahua, Michoacán, Oaxaca, San Luis Potosí y Veracruz Sur. Para esta actividad se tiene prevista la construcción, equipamiento y contratación de personal para su operación.

Asimismo, se llevará a cabo la sustitución de 12 UMR que presentan problemas estructurales o resultaron afectadas por fenómenos naturales; se llevará a cabo la mejora de otra más y se construirán tres Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA).

IV.2.2. PRIORIDADES EN SALUD

El Programa IMSS-Oportunidades establece sus prioridades en salud con base en las políticas de salud del país y en las necesidades de atención a los riesgos y daños de la población de su ámbito de responsabilidad. En la definición de estas prioridades se han considerado las siguientes premisas: i) que estén alineadas al

presupuesto autorizado para el ejercicio fiscal que corresponda; ii) que posean una carga epidemiológica susceptible de ser traducida en impactos en salud; iii) que estén sustentadas en intervenciones costo-efectivas; iv) que posean factibilidad operativa; v) que den respuesta a las expectativas de la población; vi) que estén apegadas a la normativa y estructura institucional, y vii) que se encuentren enmarcadas en las prioridades sectoriales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, en el Programa Nacional de Salud y en los Objetivos del Milenio.

Con base en estos elementos, las prioridades en salud del Programa IMSS-Oportunidades son las siguientes: reducir la muerte materna; prevención y atención oportuna del cáncer cérvico-uterino; salud integral del adolescente; prevención y control de la diabetes mellitus; vacunación, así como vigilancia epidemiológica y control de enfermedades. Asimismo, debido a su relevancia para el Programa, el Padrón de Beneficiarios se sumó a las acciones con carácter prioritario.

IMSS-Oportunidades establece sus prioridades en salud con base en las políticas de salud del país y en las necesidades de atención a los riesgos y daños de la población de su ámbito de responsabilidad.

Lo anterior se refuerza en el contexto de que IMSS-Oportunidades opera en comunidades rurales dispersas y en zonas urbano-marginadas, en donde se concentran los mayores problemas del rezago en salud en población campesina e indígena. Esta situación se traduce principalmente en enfermedades infecciosas, desnutrición, mortalidad materna, cáncer cérvico-uterino, inicio sexual temprano y embarazos no planeados en adolescentes, entre otros. A esta problemática se agregan en la actualidad los padecimientos crónico degenerativos, como resultado de la transición epidemiológica.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Acciones para abatir la mortalidad materna en IMSS-Oportunidades

La muerte por causas atribuibles a un embarazo constituye un problema de salud pública que afecta principalmente a las mujeres que viven en condiciones de marginación y pobreza, y cuya disminución urgente ha sido plasmada como una meta impostergable en la Cumbre del Milenio auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas en el año 2000.

La tendencia de la mortalidad materna registrada en IMSS-Oportunidades de 2000 a 2007 mostraba una reducción inercial equivalente a 1.1 puntos de tasa por año, lo cual resultaba insuficiente para alcanzar la meta del milenio de disminuir al 2015, 75 por ciento de la cifra registrada en 1990. Por esta razón, su abatimiento constituyó una prioridad enfática a partir de 2007 y se desarrollaron estrategias de aceleramiento enfocadas a mejorar la atención de las mujeres antes, durante y después del embarazo, así como a modificar los principales factores que contribuyen a la ocurrencia de las defunciones. Lo anterior, a través de una política compuesta de tres ejes estratégicos: i) la reducción de embarazos de alto riesgo; ii) la prevención de complicaciones en el embarazo y el parto, y iii) el manejo efectivo y oportuno de las urgencias obstétricas.

El impacto en este indicador entre el 2007 y el 2010 es claro y contundente, al observarse una disminución significativa de la tasa de muerte materna de 65.9 en el 2007, a 47.9 por 100,000 nacidos vivos al término del 2010 (gráfica IV.22). Ello significa la reducción de 18 puntos en el último cuatrienio y el mantenimiento de la tendencia descendente por tercer año consecutivo, colocando a IMSS-Oportunidades en la ruta correcta para alcanzar la meta del milenio.

GRÁFICA IV.22. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN IMSS-OPORTUNIDADES
(TASA POR 100,000 NACIDOS VIVOS, 2001-2010)



Fuente: IMSS.

Sin duda, una de las acciones que más han contribuido para alcanzar este impacto es el Acuerdo 126, aprobado en 2006 por el H. Consejo Técnico del IMSS, iniciativa a través de la cual las mujeres embarazadas beneficiarias del Programa, de alto riesgo o con emergencia obstétrica, son referidas a Hospitales del Régimen Obligatorio del IMSS para recibir atención especializada, cuyos gastos generados por su atención son pagados con el presupuesto de IMSS-Oportunidades.

Para la prevención de los embarazos de alto riesgo IMSS-Oportunidades promueve, a través de actividades de información y educación, el uso responsable de métodos anticonceptivos, con pleno respeto a su libre elección y a sus derechos reproductivos, logrando que 380,087 mujeres iniciaran el uso de un método anticonceptivo. De esta forma, no sólo se favoreció la reducción de la mortalidad materna, sino que se ha contribuido a mejorar las expectativas y la calidad de vida de las mujeres que viven en el medio rural.

El avance en la reducción de la mortalidad materna es claro y contundente, al observarse una disminución significativa de la tasa de muerte materna de 65.9 en 2007, a 47.9 por 100,000 nacidos vivos en 2010.

De mayo de 2010 a mayo de 2011 han sido referidas 2,340 pacientes bajo dicho Acuerdo. Esta ha sido, sin duda, una estrategia exitosa que gracias a los recursos humanos especializados y tecnológicos del IMSS en su Régimen Obligatorio ha permitido que muchas mujeres del medio rural hayan salvado su vida en un acto de solidaridad y justicia social.

El cuidado del embarazo y la atención del parto a nivel institucional son otras de las estrategias enfocadas para abatir la mortalidad materna, por lo que se otorgaron 1'379,538 consultas prenatales, con un promedio de seis consultas durante la gestación, una consulta más que lo establecido en la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio. En este periodo también se logró que 89 por ciento (100,330) del total de partos fueran atendidos por personal institucional calificado, porcentaje significativamente superior al establecido como estándar (80 por ciento).

Adicionalmente, para mejorar la atención de las embarazadas complicadas o con emergencia obstétrica, se capacitaron 26 directores de HR, 26 médicos

adscritos a Urgencias de los HR y 32 enfermeras de los servicios de Tococirugía en la atención de urgencias obstétricas, a través del curso ALSO (*Advanced Life Support for Obstetrics*), con lo que se da continuidad a las acciones que nos permitan contar con personal altamente capacitado. Adicionalmente, se realizaron dos Reuniones Nacionales de Capacitación y Planeación a las cuales asistieron 196 médicos de los equipos de conducción de las 27 zonas de servicios médicos repetidoras de muerte materna.

Por lo que respecta a la participación de las parteras para abatir la muerte materna, el Programa mantiene una coordinación y vinculación permanente con 6,625 parteras voluntarias rurales, quienes realizan actividades de identificación y derivación de mujeres embarazadas a HR y UMR.

IMSS-Oportunidades mantiene una coordinación permanente con 6,625 parteras voluntarias rurales, quienes realizan actividades de identificación y derivación de mujeres embarazadas a Hospitales Rurales y Unidades Médicas Rurales.

El trabajo de las parteras ha tenido un fuerte impacto, ya que el número de mujeres embarazadas referidas a las unidades médicas para control prenatal se incrementó de 82,994 a 100,864 entre los periodos de mayo de 2009 a mayo de 2010, y mayo de 2010 a mayo de 2011. De estas últimas, 5,369 mujeres con factores de riesgo fueron derivadas para la atención del parto en HR; 12,147 partos de bajo riesgo fueron atendidos por las propias parteras, y los recién nacidos fueron derivados a unidades médicas para iniciar el esquema de vacunación, tamiz neonatal y obtención de certificados de nacimiento. Cabe mencionar que el apoyo económico mensual que reciben las parteras se incrementó de 300 pesos en 2010 a 500 pesos en 2011.

En el periodo de reporte se otorgó orientación a 4,127 parteras rurales a través de 19 talleres, en los que se impartieron temas sobre la atención del embarazo, parto y puerperio, planificación familiar, atención del recién nacido y Red Social.

De igual forma, como complemento a las estrategias para disminuir la muerte materna, se capacitó a 100 por ciento de los voluntarios responsables de los 65 albergues comunitarios que existen en el Programa, en temas de Red Social y la identificación oportuna de riesgos en el embarazo, parto y puerperio.

Modelo de Salud Ginecológica

El cáncer cérvico-uterino constituye la segunda causa de muerte en las mujeres de 25 años y más en México y, con base en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, las mujeres del área rural tienen tres veces más probabilidad de morir por esta causa que las que habitan en zonas urbanas. Por tal motivo, su prevención y detección oportuna constituye otro de los procesos prioritarios en IMSS-Oportunidades, a través de estrategias enfocadas a reforzar dos ejes sustantivos: i) las coberturas de detección, y ii) el tratamiento especializado de las mujeres con alguna lesión premaligna o maligna del cuello uterino.

En este contexto, de mayo de 2010 a mayo de 2011 se realizaron 1.7 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino y se identificaron 37,481 mujeres con alguna lesión en el cérvix, las cuales fueron referidas a los módulos de salud ginecológica de los HR para su confirmación diagnóstica y tratamiento específico. Estas acciones permitieron evitar que 5,724 mujeres desarrollaran cáncer cérvico-uterino y que 213 mujeres más murieran por esta enfermedad.

En seguimiento a la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), se aplicaron 285,069 vacunas a niñas de nueve años.

Se realizaron 1.7 millones de detecciones de cáncer cérvico-uterino, y se identificaron 37,481 mujeres con alguna lesión en el cérvix. Estas acciones evitaron que 5,724 mujeres desarrollaran cáncer cérvico-uterino y que 213 mujeres más murieran por esta enfermedad.

A partir de julio del 2010, mediante el otorgamiento de becas acordadas con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y con el apoyo de la Coordinación de Educación en Salud del IMSS, se inició la formación dentro del propio Instituto de la primera generación de 16 citotecnólogos del Programa, los cuales se incorporarán a los cinco laboratorios a partir de 2011. Los laboratorios tendrán la capacidad de procesamiento y lectura de 176,000 estudios al año, contribuyendo a reducir el tiempo promedio de entrega de resultados de 60 a 30 días.

Los resultados en el presente periodo de análisis fueron positivos al haberse efectuado 470,232 citologías cervicales con identificación de 31,161 mujeres que presentaban un tamiz positivo y que fueron referidas a los módulos de salud ginecológica de los HR para realizar su confirmación diagnóstica y recibir manejo especializado en caso necesario.

Con el objeto de fortalecer el Modelo de Salud Ginecológica y apoyar actividades de prevención de enfermedades, los grupos de voluntarios realizan dos veces al año actividades de comunicación educativa a través de las cuales derivaron aproximadamente 460,000 mujeres a las unidades médicas para su exploración ginecológica integral. Por su parte, las parteras contribuyeron a la atención de esta problemática con la derivación de más de 40,000 mujeres para visualización cervical.

Salud integral de los adolescentes

Otra de las prioridades en IMSS-Oportunidades es la atención de los adolescentes, pues constituyen un grupo vulnerable para el desarrollo social de cualquier país; no sólo porque se encuentran en el umbral de la vida productiva, sino porque es en esta etapa cuando se define su plan de vida y se moldea la personalidad que dará origen a pautas de comportamiento en la vida adulta.

En función de lo anterior, hace 13 años el Programa instrumentó los CARA, cuyo objetivo es brindar herramientas que contribuyan a mejorar las expectativas de vida y salud de los adolescentes. La importancia de los CARA radica en la estrategia educativa que se lleva a cabo cotidianamente, la cual es vivencial y reflexiva, donde los mismos jóvenes abordan, además de los aspectos de salud sexual y reproductiva, otros temas que les ayudan a fomentar hábitos saludables para la prevención de enfermedades crónicas, en especial la diabetes, el sobrepeso y la obesidad, así como las adicciones y la violencia, entre otros. Dicho aprendizaje se promueve de joven a joven, capacitándolos y formándolos como líderes juveniles.

Con esta estrategia se lograron formar, en el periodo del Informe, 109,151 grupos educativos donde se capacitaron 553,353 jóvenes y se mantuvieron activos 11,941 equipos juveniles.

En concordancia con la Estrategia 100 x 100 para la atención de los Municipios de Menor Índice de Desarrollo Humano, iniciaron operaciones 95 CARA ubicados en localidades de los estados de Chiapas, Durango, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz, donde los jóvenes, por las condiciones de marginación y pobreza en que viven, se encuentran más expuestos a desarrollar comportamientos de riesgo.

Hace 13 años, el Programa instrumentó los Centros de Atención Rural al Adolescente, cuyo objetivo es brindar herramientas que contribuyan a mejorar las expectativas de vida y salud de los adolescentes. Con esta estrategia se capacitaron más de 500,000 jóvenes.

En julio de 2010 se llevó a cabo la Reunión Nacional de Adolescentes donde participaron 500 líderes de los equipos juveniles y cuyos principales objetivos fueron: capacitar a los jóvenes en temas trascendentes para su desarrollo, así como realizar una evaluación por expertos externos al Programa sobre los CARA.

La atención a los adolescentes no se limita a efectuar acciones de orientación e información, también se fomenta que los jóvenes acudan a las unidades médicas a recibir atención médica, principalmente de carácter preventivo. En este sentido, en el último año se otorgaron 2'853,815 consultas a jóvenes de entre 10 y 19 años de edad.

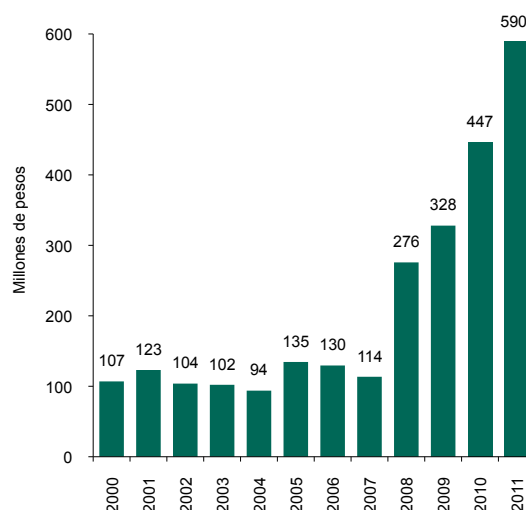
En coordinación con las acciones médicas, en este periodo de análisis los grupos de voluntarios derivaron a 79,903 adolescentes a las unidades médicas para su atención en salud sexual y reproductiva; a 56,291 embarazadas adolescentes para control prenatal, y a 38,995 con vida sexual activa para la adopción de un método anticonceptivo.

Se derivaron a casi 80,000 adolescentes a las unidades médicas para su atención en salud sexual y reproductiva; a 56,291 embarazadas adolescentes para control prenatal, y a 38,995 con vida sexual activa para la adopción de un método anticonceptivo.

Vacunación universal

La vacunación universal constituye una de las prioridades de IMSS-Oportunidades con mayor inversión en los últimos tres años (gráfica IV.23). En el 2010 se aplicaron 14 biológicos que previenen 32 enfermedades (gráfica IV.24).

GRÁFICA IV.23. INVERSIÓN EN VACUNAS
(MILLONES DE PESOS, 2000-2011)



Fuente: IMSS.

Esto representó una inversión significativa para adquirir dos de los biológicos más costosos: la vacuna antineumocócica pediátrica decavalente, que permitirá disminuir los casos y muertes por neumonía y meningitis, y la vacuna contra el virus del papiloma humano, como parte de la prevención integral del cáncer cérvico-uterino. Con estas acciones se logra el objetivo de fomentar la equidad inmunológica en la población más marginada del país.

De mayo de 2010 a mayo de 2011 se aplicaron 11'590,242 dosis de vacunas que ha permitido mantener altas coberturas de vacunación en los niños menores de ocho años y otros grupos de edad. Estas acciones se reflejan en la no ocurrencia de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación, y contribuyen a la erradicación y eliminación de la poliomielitis y el sarampión.

GRÁFICA IV.24. BIOLÓGICOS INCLUIDOS EN EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN
(1998-2011)

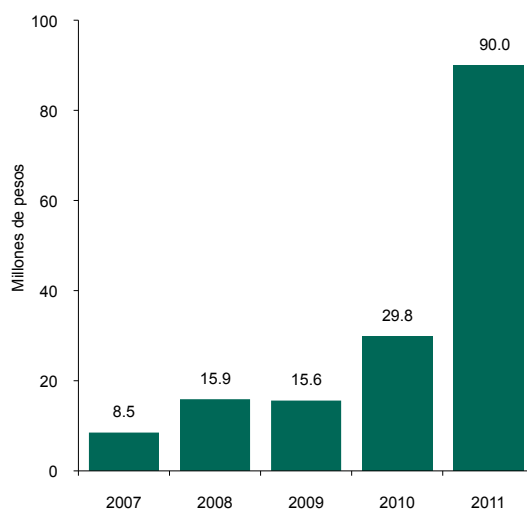
2010-2011						
Antinf. AH1N1						
2007-2009						Vacuna contra VPH
Antineumo. 23V						Antineumo. 23V
2006						Antitrotavirus
Antineumo. 23V						Antineumo. 7V
						Antineumo. 10V
2000- 2005				Antiinfluenza	Antiinfluenza	Antiinfluenza
1998			Doble viral	Doble viral	Doble viral	Doble viral
Antihepatitis B	Antihepatitis B	Antihepatitis B	Antihepatitis B	Antihepatitis B	Antihepatitis B	Antihepatitis B
1998	Cuádruple	Pentavalente	Pentavalente	Pentavalente	Pentav. Acecular	Pentav. Acecular
Sabin	Sabin	Sabin	Sabin	Sabin	Sabin	Sabin
DPT	DPT	DPT	DPT	DPT	DPT	DPT
BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG
Antisarampión	Triple viral	Triple viral	Triple viral	Triple viral	Triple viral	Triple viral
TT	TT	TD	TD	TD	TD	TD

Fuente: IMSS.

Además, IMSS-Oportunidades colocó la vacuna de la influenza dentro de los biológicos prioritarios, la cual se aplica todos los años durante la temporada invernal a grupos de alto riesgo. Se aplicaron en promedio 1.7 millones de dosis en la temporada invernal 2010-2011, con un cumplimiento superior a 100 por ciento. El costo de esta vacuna fue de 87.9 mdp en 2010.

Por otro lado, para asegurar la calidad inmunológica de las vacunas que se aplicaron, se dio continuidad al Proyecto de Fortalecimiento y Modernización de la Cadena de Frío 2007-2012, invirtiendo para el 2010 29.8 mdp (gráfica IV.25). Dicho proyecto significó que por primera vez se adquirieran refrigeradores para vacunas con tecnología de punta y conforme a los requerimientos normados. La necesidad original planteada en el proyecto fue equipar con refrigeradores de estas características a 78 HR y 3,595 UMR lográndose en 2010 una cobertura de 100 por ciento en los HR y de 54 por ciento de las UMR, con lo que el

GRÁFICA IV.25. INVERSIÓN EN LA MODERNIZACIÓN DE LA CADENA DE FRÍO
(MILLONES DE PESOS, 2007-2011)



Fuente: IMSS.

avance asciende a 2,037 refrigeradores. Para el 2011 se tiene contemplada la cobertura total de las UMR restantes.

Los grupos de voluntarios del Programa tuvieron una participación activa en la estrategia de información, educación y comunicación de la vacunación, búsqueda y derivación de personas que requieren la aplicación de algún biológico o que cuentan con esquemas incompletos, acciones que realizan durante el programa permanente de vacunación, así como en las tres fases intensivas de las Semanas Nacionales de Salud.

De mayo de 2010 a mayo de 2011 se aplicaron 11'590,242 dosis de vacunas, manteniendo altas coberturas de vacunación en los niños menores de ocho años y otros grupos de edad.

Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades

Las condiciones de marginalidad y el entorno rural de la población que atiende IMSS-Oportunidades obligan a priorizar la vigilancia epidemiológica. La tarea fundamental es la notificación semanal de casos nuevos de enfermedades a través del Sistema Único Automatizado. La cobertura de notificación de casos nuevos alcanzada en 2010 fue de 97.6 por ciento, lo que garantiza información confiable del estado de salud de la población.

En este sentido, la vigilancia epidemiológica y control del dengue responden a la emergencia en que se encuentra el país por este padecimiento, situación en la que IMSS-Oportunidades se mantiene a la vanguardia y contribuye a su oportuna intervención, seguimiento y alta sanitaria, incorporando de manera inmediata los casos y los brotes en la plataforma electrónica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).

De mayo de 2010 a mayo de 2011 se diagnosticaron y trataron 579 casos de fiebre por dengue, 161 casos de fiebre hemorrágica por dengue y se estudiaron y controlaron 226 brotes que fueron objeto de seguimiento y vigilancia hasta obtener su alta sanitaria en 100 por ciento. A nivel interinstitucional, IMSS-Oportunidades como parte del Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica, ocupó el primer lugar en el indicador de notificación oportuna de casos de fiebre hemorrágica por dengue reportados en la Plataforma Electrónica del SINAVE, con un logro de 81.9 por ciento respecto al valor esperado de 100 por ciento.

El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y las acciones emprendidas con oportunidad en la prevención y control del vector se reflejan en la disminución de la incidencia de casos confirmados de fiebre por dengue. En 2010, se registró una tasa de 5.9 por cada 100,000 beneficiarios del Programa, menor a la tasa de 23.5 obtenida en 2009.

En fiebre hemorrágica por dengue la situación fue similar; durante el 2009 se confirmaron 233 casos con una tasa de 2.2 por cada 100,000 beneficiarios y de mayo de 2010 a mayo de 2011 se confirmaron 161 casos, con una disminución en la incidencia acumulada de 1.7 por cada 100,000 beneficiarios. Se registró una defunción con una tasa de letalidad de 0.6 por ciento, lo que se mantiene dentro del indicador (menor a uno por ciento) del Programa Nacional de Salud 2007-2012.

Para obtener estos logros se invirtieron insumos para su control, entre los cuales destacan los plaguicidas y pabellones para la eliminación del mosquito transmisor de la enfermedad, lo que permitió realizar más de 406,000 abatizaciones con el apoyo de la red de voluntarios del Programa. Estas acciones han sido clave en la generación de entornos favorables para la salud, con la consecuente reducción de riesgos ocasionados por el vector de esta enfermedad.

La disminución de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis es una de las metas que México tiene comprometidas como parte de los Objetivos de

Desarrollo del Milenio. IMSS-Oportunidades contribuye al logro de este objetivo, dando prioridad a todas las acciones de prevención y control del padecimiento a través de la detección oportuna y otorgamiento de Tratamientos Acortados Estrictamente Supervisados, con la finalidad de obtener altos niveles de curación y disminuir la transmisión del padecimiento.

En este periodo se realizaron 72,116 baciloscopías, para diagnosticar y tratar a 919 enfermos, con una tasa de curación de 85 por ciento, cumpliendo con el estándar internacional.

Diabetes mellitus

La transición epidemiológica ha tenido efectos en la población rural e indígena, la cual refleja cambios radicales en sus causas de muerte. En los últimos 12 años ha disminuido el peso que tienen las enfermedades transmisibles en la mortalidad de la población del medio rural que atiende IMSS-Oportunidades.

Al analizar las causas específicas de mortalidad de la población rural e indígena de IMSS-Oportunidades de 2010, se encontró que la diabetes mellitus ocupa el primer lugar con una tasa de 9.8 por 100,000 beneficiarios del Programa. Esta enfermedad ocupa el segundo lugar en mortalidad hospitalaria con un total de 180 defunciones y una tasa de 10.9 por 100,000 beneficiarios; además constituye la cuarta causa de egresos hospitalarios con un total de 8,301 egresos y un promedio de cinco días de estancia.

En respuesta a esta situación se estableció la Estrategia de Fortalecimiento de la Atención Integral de la Diabetes Mellitus, lo que contempla el reordenamiento de la atención preventiva de este padecimiento a través de tres líneas de acción: i) la sistematización de la detección integral con base en criterios de riesgo; ii) el seguimiento nominal de sospechosos hasta confirmación o descarte, y iii) la identificación y monitoreo de la población en riesgo y prediabéticos.

En primera instancia, este esfuerzo requería mejorar la precisión y confiabilidad de la detección. Para este efecto, se adquirieron 4,833 glucómetros, mismos que fueron ubicados en las UMR y en los consultorios de Medicina Familiar de los HR. Específicamente, en el periodo de reporte se realizaron 2'932,626 detecciones de diabetes, lo que permitió identificar a 20,558 enfermos de diabetes mellitus, que fueron incorporados a la estrategia de atención integral para el control de su padecimiento. Adicionalmente, se identificó a 15,037 personas con prediabetes.

Padrón de Beneficiarios

El Padrón de Beneficiarios se definió como una prioridad para el Programa ya que permitirá registrar de manera nominal a sus beneficiarios en un sistema electrónico. De esta manera se atiende el mandato del Plan Nacional de Desarrollo que, en su Eje Rector 3, plantea la elaboración de un Padrón Único de Beneficiarios de los programas para la superación de la pobreza. Dicha obligación quedó plasmada en el Decreto presidencial del 12 de enero de 2006, que crea el Sistema de Información Integral de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G).

En el mismo sentido, el Capítulo IV, Artículo 29 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2011, menciona que las dependencias y entidades que tengan a su cargo programas con beneficiarios deberán relacionarlos a un listado o padrón y promover su inclusión en sus reglas de operación.

Con el Padrón, la Unidad IMSS-Oportunidades contará con mayores elementos para el diseño de sus políticas ya que le facilitará identificar las características sociales y económicas de las comunidades, optimizar la planeación operativa (abasto de medicamentos, suministro de sobres alimenticios y dotación de equipo médico, entre otros), y dirigir sus acciones en materia de salud con base en las características de la población.

El Padrón de Beneficiarios IMSS-Oportunidades fortalecerá el diseño de las políticas del Programa, dirigiendo acciones de salud con base en las características de la población y optimizando la planeación operativa.

El Padrón se integra por los registros levantados por la Unidad IMSS-Oportunidades y por la base de datos proporcionada por la Coordinación Nacional del PDHO, la cual contiene información de los beneficiarios que son atendidos por el Programa en el ámbito rural (tabla IV.19).

TABLA IV.19. PADRÓN DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES
(NÚMERO, MAYO DE 2011)

Concepto	Registros
Levantamiento	4,536,217
PDHO rural	6,453,177
Total	10,989,394

Fuente: IMSS.

El levantamiento de la información que integra el Padrón de Beneficiarios comenzó en junio de 2010. A mayo de 2011 se registraron 4'536,217 personas en 15 delegaciones, lo que representa 89 por ciento de la meta que se esperaba alcanzar. Se espera que al cierre de 2011 el Padrón cuente con aproximadamente 12.1 millones de registros.

Cabe mencionar que la mayoría de las delegaciones superaron en un promedio de cuatro por ciento su meta de levantamiento. Para efectuar la integración de la información, el H. Consejo Técnico autorizó la contratación de 180 prestadores de servicios profesionales, de junio a septiembre de 2010, y de 300, de octubre de 2010 a junio de 2011. Entre las actividades que dichos prestadores de servicios han tenido a su cargo destacan las siguientes: revisión del correcto llenado de los formatos de registro; captura de los datos de los beneficiarios en el sistema electrónico;

revisión de la congruencia de la información capturada, así como el mantenimiento a la base de datos para evitar duplicidades y registros en blanco. Cabe mencionar que trimestralmente se ha informado a este cuerpo colegiado sobre los avances de las actividades del personal contratado.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Acciones para abatir la mortalidad materna en IMSS-Oportunidades

Para continuar con la tendencia descendente de la mortalidad materna en la segunda mitad del 2011 y con base en el análisis del perfil epidemiológico de las defunciones ocurridas en el 2010, en el periodo junio-diciembre de 2011 se impartirán seis cursos de actualización en aspectos técnico-médicos para 540 médicos del primer nivel de atención, adscritos a UMR de las zonas repetidoras de muerte materna. Se capacitarán 22 directores de HR, 78 médicos generales de los servicios de Tococirugía y/o Urgencias de los HR, así como a 30 médicos de los CARO, en el curso ALSO para el manejo oportuno y efectivo de las urgencias obstétricas.

Asimismo, se dará continuidad al Acuerdo 126 para la referencia de embarazadas beneficiarias del Programa no derechohabientes de Hospitales del Régimen Obligatorio, estimando referir en el segundo semestre del año a 1,150 pacientes.

Para continuar las acciones en beneficio de la disminución de muerte materna, se dará capacitación a más de 1,200 parteras voluntarias rurales en ocho talleres de Salud Materno-Infantil durante los meses de junio a septiembre de 2011, con lo que 100 por ciento de las parteras quedarán capacitadas. Adicionalmente, con la implementación de la estrategia de Red Social en Localidades de Acción Intensiva, se reforzará la capacitación a 100 por ciento de los voluntarios responsables de albergues comunitarios en los temas

de Red Social y en la identificación oportuna de riesgos en el embarazo, parto y puerperio.

Se capacitará a 1,092 voluntarios como coordinadores de grupos locales para fortalecer la promoción de prácticas y hábitos saludables en Salud Materno-Infantil entre la población cubierta por el Programa, a través de seis talleres delegacionales en Veracruz Norte, Veracruz Sur y Chiapas durante el segundo semestre de 2011.

De igual forma se continuará en 2011 con la capacitación de 9,835 voluntarios con la estrategia educativa de talleres comunitarios sobre el bloque temático de salud sexual y reproductiva, quienes a su vez harán la réplica en sus comunidades con las mujeres en edad fértil y sus parejas, a fin de prevenir la muerte materna.

También se dará seguimiento a la actualización del censo de embarazadas, mujeres adolescentes y mujeres con vida sexual activa en 100 por ciento de las UMR, con la participación de los grupos de voluntarios y parteras.

Modelo de Salud Ginecológica

En 2011, además de las acciones habituales de prevención y detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, se construirán cinco laboratorios de citología adicionales a los de 2010, los cuales se ubicarán en las Delegaciones de Puebla, Estado de México, Nayarit, San Luis Potosí y Veracruz Sur. Para su operación se formarán 15 citotecnólogos que iniciarán su capacitación en agosto de 2011 en el Curso Técnico del Área de Salud: Citotecnólogo en HR, mismos que a su término cubrirán tres plazas en cada uno de los HR asignados, en los turnos matutino (2) y vespertino (1).

También se dará seguimiento a la vacunación contra el VPH a las niñas que cumplirán nueve años en el segundo semestre, además de la aplicación de la

segunda dosis a las niñas que la recibieron a principios de este año. Asimismo, se continuará con la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino a través de 765,328 estudios de citología cervical.

Salud integral de los adolescentes

Para reforzar las acciones enfocadas a la atención de los adolescentes, en 2011 se ampliarán y equiparán cinco nuevos CARA en las delegaciones de Chiapas (3) y Puebla (2), con la finalidad de que las UMR y HR cuenten con lugares exclusivos de atención a los adolescentes.

Para apoyar las actividades educativas de estos centros y estimular la participación juvenil, se fortalecerá en todos los CARA del Programa la capacitación en temas trascendentes para su desarrollo, tales como la prevención de adicciones, el embarazo no planeado, la prevención del sobrepeso y obesidad, entre otros.

Vacunación universal

La vacunación ha contribuido a disminuir la mortalidad en la población infantil, por lo cual en lo que resta del año se estima aplicar 3'367,467 dosis de vacunas del esquema básico en el grupo menor de ocho años de edad.

Con la finalidad de continuar reduciendo la morbilidad y la mortalidad por tétanos neonatal, se aplicarán 44,797 dosis de vacuna contra el toxoide tetánico diftérico a mujeres en edad fértil, con énfasis en las embarazadas.

Para el mes de octubre de 2011 está programada la Tercera Semana Nacional de Salud, cuya actividad central es la aplicación de vacuna triple viral a escolares y aplicación indiscriminada de toxoide tetánico diftérico a adolescentes de 12 años, estimándose una aplicación de 218,808 y 205,408 dosis, respectivamente.

En lo que respecta a la vacuna contra el VPH a niñas de nueve años de edad, como parte de la prevención integral del cáncer cérvico-uterino se tiene programado aplicar 136,086 dosis.

Continuando con el Fortalecimiento y Modernización de la Cadena de Frío, se tiene considerada la adquisición de 1,636 refrigeradores, para así concluir con el equipamiento de 100 por ciento de las UMR (tabla IV.20). Además se renovarán los termos y termómetros que forman parte de diversos puntos estratégicos para la conservación de la calidad de los biológicos a lo largo de esta cadena.

**TABLA IV.20. INSUMOS POR ADQUIRIR
PARA LA CADENA DE FRÍO
(NÚMERO, 2011)**

Insumos por adquirir	Cantidad
Refrigeradores	1,636
Refrigeradores de tres vías para UMR sin energía eléctrica	352
Refrigerador normado de 10 pies	900
Refrigerador normado de 12 pies	323
Refrigerador normado de 15 pies	61
Otros Insumos	40,393
Termo de 9 litros	7,855
Canastilla para termo	7,855
Termómetro de Vástago con sensor de 14 cm y llave calibradora integrada	7,855
Termo de 45 litros	4,404
Termómetros de Vástago con sensor de 14 cm y llave calibradora integrada	4,404
Charola de acero inoxidable	8,020
Total	42,029

Fuente: IMSS.

Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades

Se mantendrá un monitoreo del seguimiento en el tratamiento de los pacientes con tuberculosis pulmonar con la finalidad de incrementar el indicador de tasa de curación que actualmente es de 85 por ciento.

Adicionalmente, a fin de mejorar la calidad de la detección de estos enfermos, se instrumentará una intervención para disminuir las laminillas inadecuadas, situación que en el Programa abarca 12.4 por ciento del total de laminillas que se reciben para su procesamiento en los HR. El objetivo es reducir esta cifra a menos de 10 por ciento.

Para contribuir al autocuidado de la salud se continuarán realizando las estrategias de comunicación educativa con la participación de los grupos de voluntarios para la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades. Asimismo, se dará orientación y difusión permanente a la población acerca de la apropiación de medidas preventivas y saneamiento ambiental.

Se impulsarán intervenciones integrales focalizadas en localidades de mayor riesgo epidemiológico para dengue, enfermedades diarreicas agudas y otros padecimientos de interés delegacional y local, así como para realizar prácticas educativas con énfasis en prevención de intoxicaciones por picadura de alacrán.

En el segundo semestre, el Programa tiene contemplado adquirir insumos y equipos para el tratamiento y vigilancia del agua, así como para el control del vector transmisor del dengue.

Finalmente, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, en coordinación con el Programa, transmitirá en sus radiodifusoras de junio a diciembre de 2011 mensajes de salud en los Municipios con el Menor Índice de Desarrollo Humano pertenecientes a la Estrategia 100 X 100.

Diabetes mellitus

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

Para lo que resta de 2011 se proyecta identificar a 89,171 personas sospechosas de diabetes mellitus y dar seguimiento al menos a 80,254. Con ello se podrían identificar cerca de 17,800 enfermos más de diabetes mellitus y 14,957 con prediabetes en lo que resta de este año.

Además, se continuarán las gestiones para incorporar la medición de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), buscando adquirir los insumos para efectuar 284,030 pruebas que permitirán conocer la situación real en cuanto al control glicémico alcanzado por los pacientes. De esta manera, será posible sustentar objetivamente, no sólo ajustes menores a un tratamiento, sino modificaciones en la conducta terapéutica otorgada, orientada a la búsqueda de cambios perceptibles a mediano y largo plazos.

Dado que la diabetes mellitus es un padecimiento que ha adquirido relevancia como causa de mortalidad y generador de secuelas e incapacidades, IMSS-Oportunidades se propone hacer progresos significativos en este ámbito.

Por este motivo, se ha decidido abordar la identificación temprana de un posible daño a órganos blanco por la diabetes, enfocándose a dos de ellos por ser de los más frecuentes, de alta demanda de atención y que generan mayor discapacidad: la insuficiencia renal crónica y el pie diabético. Para ello se incorporará la utilización de 390,000 pruebas con tiras reactivas para determinar la concentración de albúmina humana en orina y detectar en forma temprana el daño renal en enfermos por diabetes mellitus que están bajo tratamiento.

Con relación al pie diabético, se incorporará equipo para determinar la pérdida de sensibilidad en pies como dato incipiente de neuropatía diabética. En este sentido, la utilización del Monofilamento de Semmes-Weinstein y el Diapasón de 128 Hertz en la exploración de pies serán obligatorios en todas las unidades médicas del Programa.

Como complemento a las acciones que se espera concluir en este año, se ha integrado un díptico informativo sobre cuidados de los pies, con actividades recomendables que el paciente puede efectuar para mantenerlos en buen estado y aquellas rutinas o prácticas que debe evitar, del cual se distribuirán 250,000 ejemplares.

Por último, y para mantener la operatividad establecida dentro de la detección integral de padecimientos crónicos y obesidad en el Programa, se adquirirán 9,922 cintas métricas PREVENIMSS para todos los consultorios de primer contacto.

Padrón de Beneficiarios

En el tercer trimestre de 2011 concluirá el levantamiento de información de los beneficiarios del Programa. Se realizan gestiones con la Coordinación Nacional del PDHO para obtener la base de datos de beneficiarios que atiende IMSS-Oportunidades en el ámbito urbano.

Por su parte, con el Registro Nacional de Población se buscará la validación de las CURP obtenidas durante la fase de levantamiento para obtener, por otro lado, actas de nacimiento y CURP de la población beneficiaria que no cuenta con estos documentos. Asimismo, se continuará trabajando en la consolidación de la plataforma tecnológica que se utilizará en todas las unidades médicas del Programa para albergar el Padrón.

Por último, en el segundo semestre del 2011 concluirá la instalación de 5,936 equipos de cómputo adquiridos durante el 2010 para operar el Padrón de Beneficiarios en todas las unidades médicas.

IV.2.3. ENCUENTROS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

Los Encuentros Médico-Quirúrgicos surgen en 1996 como una estrategia institucional coordinada, ante la necesidad de ampliar los servicios de atención médica

especializada que habitualmente se otorga en los HR del Programa. Lo anterior con el objetivo de acercar los servicios de tercer nivel del Instituto a las comunidades cubiertas por IMSS-Oportunidades y de esta manera abatir rezagos de salud susceptibles de intervención quirúrgica, a una población que no había tenido la oportunidad de recibir atención especializada por sus condiciones de marginación y pobreza.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Se continuó la realización de Encuentros Médico-Quirúrgicos en los HR del Programa en las especialidades de oftalmología, ginecología oncológica, cirugía reconstructiva, cirugía pediátrica y urología. Durante 2010 y a mayo de 2011 han tenido lugar 26 Encuentros Médico-Quirúrgicos en 12 delegaciones, en los cuales se han valorado 19,333 pacientes y realizado 4,619 procedimientos quirúrgicos.

Durante 2010 y a mayo de 2011 han tenido lugar 26 Encuentros Médico-Quirúrgicos en 12 delegaciones, en los cuales se han valorado 19,333 pacientes y realizado 4,619 procedimientos quirúrgicos.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se tiene programado realizar 12 Encuentros Médico-Quirúrgicos en el segundo semestre de 2011, como se muestra en la tabla IV.21.

IV.2.4. CAPACITACIÓN

Proporcionar atención médica especializada con oportunidad y calidad en todos los HR del Programa ha sido el generador de diversas estrategias implementadas para contar con un número suficiente de recursos humanos para la salud. Las condiciones de dispersión y aislamiento geográfico en donde se encuentra la mayoría

TABLA IV.21. ENCUNTROS MÉDICO-QUIRÚRGICOS A REALIZAR
(SEGUNDO SEMESTRE DE 2011)

Fecha	Especialidad	Sede
3 a 9 de junio	Urología	Huejutla, Hidalgo
17 a 22 de junio	Cirugía Pediátrica	Chiautla de Tapia, Puebla
1 a 6 de julio	Oftalmología	Pinos, Zacatecas
15 a 21 de julio	Ginecología Oncológica	San Felipe Ecatepec, Chiapas
12 a 17 de agosto	Cirugía Pediátrica	Buenavista, Michoacán
19 a 24 de agosto	Oftalmología	Tuxpan, Michoacán
19 a 25 de agosto	Cirugía Reconstructiva	Chicontepec, Veracruz Norte
2 a 8 de septiembre	Urología	Oxcutzcab, Yucatán
23 a 29 de septiembre	Ginecología Oncológica	Juxtlahuaca, Oaxaca
4 a 10 de noviembre	Oftalmología	Matías Romero, Oaxaca
11 a 17 de noviembre	Ginecología Oncológica	San José del Rincón, Edo. de México
18 a 24 de noviembre	Cirugía Reconstructiva	Izamal, Yucatán

Fuente: IMSS.

de los HR obligan a contar con plantillas completas de las especialidades troncales y anestesiología. Con este propósito, a partir del año 2008 se acordó otorgar becas a médicos generales de base que laboran en IMSS-Oportunidades para ser formados como especialistas.

En un hecho inédito en la historia del Programa, que conjuntó la experiencia de la Coordinación de Educación en Salud, la voluntad de trabajo del SNTSS y el respaldo académico del Instituto Politécnico Nacional (IPN), se diseñó un curso de postgrado para satisfacer las necesidades del Programa tomando como base el perfil epidemiológico que se presenta en sus unidades hospitalarias.

Esta estrategia formativa logrará progresivamente la cobertura de médicos especialistas, derivado de la dificultad para su reclutamiento por la dispersión geográfica y/o difícil acceso en el medio rural. En el 2011 se integra a la operación la primera generación conformada por 105 especialistas, 53 de la especialidad de Cirugía y 52 de Anestesia para los Servicios Rurales de Salud.

Con esta capacitación se brindará atención especializada a más de cinco millones de personas de comunidades rurales marginadas, las 24 horas, los 365 días del año.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

La formación especializada de los médicos tiene una duración de tres años. Inició en el 2009 con las especialidades de Cirugía y Anestesia, que se realizaron en los Hospitales Generales de Zona del IMSS. En 2010 se incorporó la especialidad de Medicina del Niño y del Adulto.

Para llevar a cabo la capacitación, el Programa otorga una beca a los médicos generales de base de UMR y HR que acreditan el proceso de selección y cada uno recibe íntegramente su salario con todas las prestaciones durante los tres años de formación.

Simultáneamente, para continuar operando las unidades médicas que dejaron los 315 médicos por asistir a las sedes formadoras, IMSS-Oportunidades contrata el mismo número de médicos.

Como se programó en el año 2010, esta estrategia educativa fue ampliada con una segunda generación, la cual también consta de 105 nuevas becas. En esta ocasión se otorgaron 38 becas de Cirugía para los Servicios Rurales de Salud, 39 de Anestesia para los Servicios Rurales de Salud y se incorporó la especialidad de Medicina del Niño y del Adulto para los Servicios Rurales de Salud con 28 becas.

En marzo del 2011 inició la tercera generación con otras 105 becas en las tres especialidades: 71 en la especialidad de Medicina del Niño y del Adulto; 17 de Cirugía para los Servicios Rurales de Salud y 17 de Anestesia para los Servicios Rurales de Salud (tabla IV.22).

Con la incorporación de estas especialidades en el ámbito rural se beneficiará a más de cinco millones de personas que demandan servicios en 36 HR y 1,836 UMR, otorgando atención especializada a la población en tres turnos (matutino, vespertino y jornada acumulada de fin de semana) y en ocho HR, también en el turno nocturno.

Con el propósito de evaluar el desarrollo de los cursos, en mayo de 2011 se efectuó una visita conjunta de seguimiento académico a la sede formadora, Hospital General de Zona 36 de Coatzacoalcos, Veracruz, con la participación de personal del IPN, de la Coordinación de Educación en Salud y de la Unidad IMSS-Oportunidades.

TABLA IV.22. DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS POR ESPECIALIDAD PARA LOS SERVICIOS RURALES DE SALUD POR GENERACIÓN
(NÚMERO, 2010)

	Cirugía para los Servicios Rurales de Salud	Anestesia para los Servicios Rurales de Salud	Medicina del Niño y del Adulto para los Servicios Rurales de Salud	Total
1a. Generación (2009-2012)	53	52		105
2a. Generación (2010-2013)	38	39	28	105
3a. Generación (2011-2014)	17	17	71	105
Total	108	108	99	315

Fuente: IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Con las tres generaciones se formarán 315 médicos especialistas y, a su egreso, se cubrirán 36 HR en los turnos matutino, vespertino y jornada acumulada de fin de semana de las tres especialidades, así como el turno nocturno de ocho HR con las especialidades de Cirugía y Anestesia.

El 30 de junio del presente año se graduará la primera generación de citotecnólogos, integrada por 16 trabajadores de las Delegaciones de Chiapas, Michoacán, Oaxaca, Veracruz Norte y Zacatecas, por lo que IMSS-Oportunidades contará con servicios propios de citotecnología gracias al incremento de recursos presupuestales en 2011, a la coordinación con el SNTSS y al apoyo del Régimen Obligatorio del IMSS.

Se continuará con las visitas a las sedes formadoras de médicos especialistas de manera conjunta a fin de evaluar la organización y funcionamiento, así como los apoyos didácticos requeridos para el proceso educativo.

Se valorará para el 2012 la implementación de la cuarta generación de las especialidades para los Servicios Rurales de Salud.

Prestaciones Económicas y Sociales

La Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES) tiene como propósito verificar que las Prestaciones Económicas y Sociales, y que los Servicios de Ingreso y de Guarderías se brinden con oportunidad, eficiencia y sentido humano. Para lograrlo, la DPES pone en práctica acciones normativas y de asesoría, además de que desarrolla e implementa programas de evaluación nacionales.

En este capítulo se hace una reseña de las actividades y acciones realizadas, así como del programa de trabajo a desarrollar.

V.1. PRESTACIONES ECONÓMICAS

A lo largo de este año, se han implementado estrategias para mejorar la atención al derechohabiente y otorgar oportunamente las prestaciones económicas establecidas en la LSS. Estas mejoras están orientadas a agilizar y facilitar los servicios que brinda el Instituto al derechohabiente, proporcionando herramientas para realizar y monitorear sus trámites de una manera más sencilla, simplificando los procedimientos en todas las áreas de Prestaciones Económicas.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En el periodo comprendido entre el 31 de mayo de 2010 y el 31 de mayo de 2011, el Instituto registró un total de 2'840,672 pensionados (tabla V.1). Esta cifra considera titulares y componentes de la pensión y representa un incremento de 4.4 por ciento respecto al mismo periodo del año inmediato anterior. Para diciembre de 2011 se espera que el número de pensionados rebase los 2'889,000. Al término del cuarto año del presente sexenio el Instituto cuenta con más de 2.7 millones de pensionados. Esta cifra representa un incremento de 25 por ciento respecto al mismo periodo del sexenio anterior.

El monto erogado en el periodo indicado en materia de pensiones ascendió a 110,642.1 mdp (tabla V.2), representando un incremento real de 9.3 por ciento con respecto al mismo periodo del año anterior. Al comparar la erogación total del Instituto por pago de pensiones en los primeros cuatro años del presente sexenio se observa que ésta ascendió a 322.7 mil mdp.

A mayo de 2011 se habían registrado, 2'840,672 pensionados. Esta cifra representa un incremento de 4.4% con respecto al mismo periodo del año anterior.

Del total de pensionados vigentes al 31 de mayo de 2011, 2'593,380 reciben su prestación con cargo al Gobierno Federal, por tratarse de pensiones otorgadas bajo el régimen de la LSS de 1973. El monto erogado por este concepto del 31 de mayo de 2010 al 31 de mayo de 2011 ascendió a 98,664.3 mdp. En diciembre de 2011, se estima que alcance la cifra anual de 102,607.8 mdp.

Estas cifras incluyen las pensiones cubiertas al amparo de la aplicación de los convenios que en materia de seguridad social ha suscrito México con Estados Unidos, España, Italia, Argentina y Canadá. En el periodo que nos ocupa, el Instituto ha erogado un total de 25.3 mdp en beneficio de 640 pensionados con residencia en el extranjero.

Por concepto de sumas aseguradas, se transfirieron 10,849.6 mdp al sector asegurador que ampara la compra de 16,555 rentas vitalicias con cargo a los SRT, SIV y RCV, con la perspectiva de otorgar al cierre del ejercicio 2011, 19,483 casos por un monto de 11,887.5 mdp.

En lo que hace a las Pensiones Temporales de Invalidez y Provisionales de SRT, las cuales corren a cargo del Instituto, en el periodo que abarca este Informe se encontraban vigentes 34,572 pensiones, que significaron una erogación de 1,128.2 mdp, esperando cerrar 2011 con 35,780 pensiones, que equivaldrían a 1,175.2 mdp.

Al término del cuarto año del presente sexenio el Instituto cuenta con más de 30 mil pensionados temporales y provisionales, equivalente a 34 por ciento

**TABLA V.1. COMPARATIVO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS,
NÚMERO DE PENSIONES
(2009, 2010 Y META 2011)**

Tipo de prestación	Pensionados / Casos			Variación			
	jun 09-may 10 (A)	jun 10-may 11 (B)	Estimado 2011 (C)	Absoluta (B-A)	Porcentaje (B/A)	Estimado 2011 jun 2010 - may 2011	
						Absoluta (C-B)	Porcentaje (C/B)
Total de Pensionados							
(Régimen 1973 y 1997)	2,721,412	2,840,672	2,889,019	119,260	4.4	48,347	1.7
Cursos de Pago Régimen 1973 ^{1/}	2,487,110	2,593,380	2,628,093	106,270	4.3	34,713	1.3
Temporales y Provisionales ^{2/}	38,137	34,572	35,780	-3,565	-9.3	1,208	3.5
Rentas Vitalicias Ley 1997	196,165	212,720	225,146	16,555	8.4	12,426	5.8
Rentas Vitalicias	14,387	16,555	19,483	2,168	15.1	2,928	17.7
Indemnizaciones Globales^{3/}	12,069	14,618	13,261	2,549	21.1	-1,357	-9.3
Subsidios							
Días de incapacidad con pago	56,877,534	59,379,799	58,607,074	2,502,265	4.4	-772,725	-1.3
Riesgos de Trabajo	12,178,148	13,104,223	12,627,414	926,075	7.6	-476,809	-3.6
Enfermedad General	27,381,063	28,701,410	27,815,681	1,320,347	4.8	-885,729	-3.1
Maternidad	17,318,323	17,574,166	18,163,979	255,843	1.5	589,813	3.4
Ayudas de Funeral	72,867	73,051	73,131	184	0.3	80	0.1
Riesgos de Trabajo	227	313	243	86	37.9	-70	-22.4
Enfermedad General	72,640	72,738	72,888	98	0.1	150	0.2
Ayudas de Matrimonio	74,803	82,224	85,195	7,421	9.9	2,971	3.6

Los datos anuales en número de pensionados corresponden al último periodo a reportar.

Las ayudas de matrimonio las cubren las AFORE con recursos de la cuenta individual de cada asegurado.

^{1/} A partir del año 2007 se excluyen las pensiones provisionales y temporales Ley 73, al mes de diciembre.

^{2/} A partir del año 2007 se excluyen las pensiones provisionales y temporales Ley 73, al mes de diciembre.

^{3/} Mayo 2011 estimado.

Fuente: IMSS.

más respecto al cierre del mismo periodo del sexenio anterior. La erogación total del Instituto por pago de pensiones temporales y provisionales en los primeros cuatro años del presente sexenio ascendió a 3.7 mil mdp.

En el periodo en estudio, se cubrieron con cargo al Instituto 14,618 indemnizaciones globales en el SRT, por 619 mdp. Se estima que al final del 2011 se hayan cubierto 13,261 casos con un gasto asociado de 564.4 mdp.

En puntual cumplimiento de la Ley vigente, el 1 de febrero de 2011, todas las pensiones recibieron un incremento de 4.40 por ciento, conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

Los días subsidiados por incapacidad temporal para el trabajo en los ramos de SRT y SEM ascendieron a 59'379,799 lo que significó una erogación de 10,035 mdp, que representan un incremento real de 5.1 por ciento respecto del mismo periodo inmediato anterior. El número de días se incrementó 4.4 por ciento. Al cierre del ejercicio 2011 se estiman 58'607,074 días por incapacidad con un monto de 10,465.7 mdp.

**TABLA V.2. COMPARATIVO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS,
MONTO DE PENSIÓN**
(2009, 2010 Y META 2011)

Tipo de prestación	Miles de pesos						
	jun 09-may 10 (A)	jun 10-may 11 (B)	Estimado 2011 (C)	Variación			
				Absoluta (B-A)	Porc. (B/A)	Estimado 2011 jun 2010 - may 2011	
						Absoluta (C-B)	Porc. (C/B)
Gasto de Pensionados							
(Régimen 1973 y 1997)	97,843,821.2	110,642,064.1	115,670,444.5	12,798,243	9.3	5,028,380	4.5
Cursos de Pago Régimen 1973 ^{1/}	87,718,797.8	98,664,258.8	102,607,767.7	10,945,461	8.7	3,943,509	4.0
Temporales y Provisionales ^{2/}	1,102,302.4	1,128,212.0	1,175,177.3	25,910	-1.1	46,965	4.2
Rentas Vitalicias ^{3/}	9,022,721.1	10,849,593.3	11,887,499.5	1,826,872	16.3	1,037,906	9.6
Indemnizaciones Globales^{4/}	496,692.3	618,970.1	564,449.3	122,278	20.5	-54,521	-8.8
Subsidios (Importe PREI)^{4/}							
Gasto de incapacidad con pago	9,522,041.9	10,351,045.4	10,465,723.4	829,003	5.1	114,678	1.1
Riesgos de trabajo	2,285,366.4	2,562,196.2	2,507,383.0	276,830	8.4	-54,813	-2.1
Enfermedad General	3,694,980.6	4,010,846.4	4,011,035.4	315,866	4.9	189	0.0
Maternidad	3,541,694.8	3,778,002.8	3,947,305.1	236,308	3.1	169,302	4.5
Ayudas de Funeral	229,024.9	238,939.3	259,760.8	9,914	0.9	20,822	8.7
Riesgos de Trabajo	718.8	1,048.2	863.1	329	41.0	-185	-17.7
Enfermedad General	228,306.1	237,891.0	258,897.7	9,585	0.7	21,007	8.8
Total	108,091,580	121,851,019	126,960,378	13,759,438	12.73	5,109,359	4.2

Los importes en subsidios son contables (PREI), lo demás es emitido:

^{1/} A partir del año 2007 se excluyen las pensiones provisionales y temporales Ley 73, al mes de diciembre.

^{2/} A partir del año 2007 se excluyen las pensiones provisionales y temporales Ley 73, al mes de diciembre.

^{3/} Incluye gasto de las pensiones mínimas garantizadas de cesantía y vejez y de invalidez y vida.

^{4/} Mayo 2011 estimado.

Fuente: IMSS.

El Instituto ha otorgado –al final de los primeros cuatro años del presente sexenio– más de 223.9 millones de días subsidiados por incapacidad laboral, lo que representa un incremento de 15 por ciento respecto a los primeros cuatro años del sexenio anterior. La erogación correspondiente ascendió a 36.4 mil mdp, equivalente a 55 por ciento más respecto al gasto realizado en los primeros cuatro años del sexenio anterior.

Las ayudas para gastos de funeral de los ramos de SRT y SEM alcanzaron en mayo de 2010 la cifra de 73,051 casos, con un gasto de 238.9 mdp. La

expectativa es entregar ayudas a 73,131 beneficiarios durante todo 2011, con una erogación total estimada de 259.8 mdp.

Al término de los primeros cuatro años del presente sexenio el Instituto habrá otorgado más de 273.2 mil ayudas para gastos de funeral, esta cifra representa un incremento de 29 por ciento respecto a los primeros cuatro años del sexenio anterior. La erogación total por este concepto ascendió a 832.3 mdp para este mismo periodo, lo que representa un incremento de 53 por ciento respecto al gasto realizado en los primeros cuatro años del sexenio anterior.

Entre 2007 y 2010, el Instituto ha otorgado más de 273.2 mil ayudas para gastos de funeral, registrando así un incremento de 29 por ciento, en comparación con el mismo periodo del sexenio pasado.

En cuanto a las ayudas para gastos de matrimonio, en el periodo que se reporta se tramitaron 82,224 casos, 9.9 por ciento más en relación con el mismo periodo inmediato anterior. Se espera llegar a la cifra de 85,195 casos para la terminación del 2011. El gasto asociado a este concepto es cubierto por las AFORE, con cargo a la cuenta individual del asegurado que lo solicita.

Entre 2007 y 2010, la erogación total del Instituto por prestaciones económicas asciende a 363.7 mil mdp. En el periodo del presente Informe, la erogación por este concepto fue de 121.8 mil mdp.

Durante el segundo semestre de 2010 se otorgaron 273,574 préstamos a cuenta de pensión por un importe total de 2,190.1 mdp

En suma, la erogación total por el pago de las prestaciones económicas ascendió, en el periodo que nos ocupa –de mayo 2010 a mayo 2011– a 121,851 mdp, de los cuales 23,186.8 mdp fueron con cargo al IMSS y 98,664.2 mdp con cargo al Gobierno Federal. Al cierre de 2011, se espera que el gasto ascienda a 126,960.4 mdp, correspondiendo al IMSS cubrir 24,352.6 mdp con cargo al SRT, SEM y SIV, mientras que el Gobierno Federal cubrirá 102,607.8 mdp. La erogación total del Instituto por prestaciones económicas en los primeros cuatro años del presente sexenio ascendió a 363.7 mil mdp.

Abundando en acciones que permiten mejorar la oportunidad en el pago de las prestaciones

económicas, relativas a transparentar su operación ante el derechohabiente, así como reducir los costos administrativos asociados, el Instituto continuó aplicando estrategias y puso en operación nuevos procedimientos administrativos y sistemas electrónicos de apoyo a las delegaciones.

En materia de pensiones, se homologaron y actualizaron los requisitos para los diversos trámites aplicables a prestaciones económicas en la sección de Pensiones y Subsidios del portal del IMSS, los cuales fueron dados a conocer en septiembre de 2010. Lo anterior derivó de la publicación en el DOF el 22 de julio de 2010, del Acuerdo dictado por el H. Consejo Técnico, relativo a la aprobación de los datos y documentos específicos que se deben proporcionar o adjuntar, así como los plazos máximos de resolución y vigencia de los trámites que aplica el IMSS para la suscripción de las solicitudes de pensión en todas sus modalidades. Esta información ya se encuentra disponible en la página de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER).

En esta materia también se mejoró la información disponible. Se realizaron y distribuyeron en las 35 delegaciones trípticos en materia de pensiones y de pago de incapacidades, así como carteles para una mejor orientación a los derechohabientes.

Además, en coordinación con la CONSAR, las AFORE ya pueden brindar orientación sobre los requisitos y documentos necesarios para realizar una solicitud de pensión e incluso, apoyar al solicitante en el registro de la misma, vía Internet. Este esquema se formalizó el 7 de julio de 2011, mediante el Convenio TU AFORE, TU Ventanilla, IMSS-CONSAR. Gracias a la suscripción de este Convenio será posible integrar la solicitud, revisar y validar la documentación que determina la procedencia del derecho a la pensión, de manera mucho más expedita, además de incrementar los puntos de contacto donde el usuario puede recibir esta información. Esto descongestiona a las clínicas y subdelegaciones del IMSS y disminuye los tiempos de espera para el trabajador. Con estas medidas también se logra que quienes inicien su trámite de solicitud

de pensión, obtengan en su AFORE una asesoría personalizada y profesional en materia de pensiones y ya no tengan que fungir como gestores o mensajeros entre las diferentes instituciones relacionadas con el sistema de retiro.

El IMSS ha logrado mejorar la satisfacción de los usuarios del trámite de pensiones. Actualmente, 81 por ciento están satisfechos con este trámite.

Estas acciones han redundado en una mejora en la percepción de los derechohabientes. De acuerdo con la última estimación de resultados de la encuesta telefónica de percepción en el trámite de pensiones, realizada del 14 de junio al 17 de julio de 2011, la satisfacción de los usuarios con respecto a este trámite es de 81 por ciento.

Siguiendo con las mejoras en materia de pensiones, el 27 de diciembre del 2010 se inició la operación del Módulo de Optimización de Préstamos a Cuenta de Pensión. Este Módulo agiliza la atención a los pensionados al proporcionarles respuesta inmediata en el trámite. Además, el Módulo brinda la oportunidad de solicitar el trámite desde cualquier parte de la República Mexicana. Esto evita la duplicidad de actividades entre la UMF y las subdelegaciones, disminuyendo de tres a un día el tiempo necesario para realizar el trámite.

Se ha reducido de tres a un día el tiempo necesario para tramitar préstamos a cuenta de pensión. Además se han acercado los servicios de Prestaciones Económicas a la población derechohabiente.

En el mismo sentido, el 29 de noviembre del 2010 se liberó el Sistema de Medición y Control del Proceso de Pensión, que permite a las áreas de Prestaciones Económicas, a nivel subdelegación, delegación y normativo, identificar el estado que guardan los trámites de nuevas pensiones. Este sistema permite contar con información oportuna de los trámites de pensión de la delegación, ayuda a identificar en qué unidad administrativa se encuentran los trámites (UMF o subdelegación), detecta áreas de oportunidad en cada etapa del proceso, facilita la evaluación al desempeño de los enlaces externos con los que tiene comunicación el Instituto y brinda información sobre los tiempos de los trámites en el momento que se requiera.

A fin de mejorar los trámites relacionados con las pensiones, se han realizado otras acciones que redundarán en mejor atención a los derechohabientes. Por ejemplo, a mayo de 2011, 93.7 por ciento del total de pensionados en curso de pago recibió su prestación vía acreditamiento en cuenta bancaria, que es el medio más económico disponible en el mercado. La estrategia de acreditamiento se ha mantenido, ya que al término de 2010 el Instituto pagaba a través de depósito en cuenta bancaria a 92.9 por ciento de los pensionados en curso de pago, cifra que representa un incremento de 15.5 puntos porcentuales respecto al cierre del sexenio anterior.

De manera complementaria, desde el 13 de diciembre 2010, la norma correspondiente estableció esta forma de pago como obligatoria para las pensiones nuevas, excepto en los lugares donde no existe presencia bancaria.

Con el fin de que los derechohabientes puedan dar seguimiento a su trámite de pensión sin tener que acudir a la UMF, en octubre de 2010 se puso en funcionamiento la Consulta de Estatus de Solicitud de Pensión en Internet, reduciendo el número de consultas en ventanilla, además de acercar los servicios de Prestaciones Económicas a la población derechohabiente.

En junio de 2011 se echó a andar el programa de regularización de las Incapacidades Permanentes (IP) cuyo periodo de adaptación era mayor a dos años y, por lo tanto, contravenían la norma. Para ello, se instruyó a todas las delegaciones, en especial a las que poseen la mayor parte de IP, a citar a los pensionados y revisar sus casos a efecto de indemnizarlos u otorgarles una pensión definitiva tal como lo dicta la LSS.

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

Se disminuyó de 280 a 45 días el tiempo para el trámite y el pago de casos de modificación de pensiones que requieren disposición de recursos del Fondo Especial de Contingencias.

Con el Programa Permanente de Control se busca disminuir el vencimiento de los documentos de oferta emitidos a los solicitantes de pensión que tienen derecho a elección de régimen de pensión o de aseguradora para los casos que van directo al régimen 97. En los meses de abril a junio de 2011 se ha logrado abatir el porcentaje de documentos vencidos de 8 por ciento a 4.5 por ciento.

Otra mejora ha sido la liberación, desde marzo de 2011, del proceso de validación del saldo previo de las cuentas individuales de los asegurados desde las UMF. Esto beneficia a los derechohabientes que intentan suscribir una solicitud de pensión, ya que en el momento mismo del trámite, se pueden identificar inconsistencias en las cuentas individuales, tales como errores en el nombre del asegurado, en la CURP o

en el NSS. También se pueden detectar omisiones de actualización en la base de datos por parte de las AFORE. Antes de la puesta en práctica de este proceso, se conocían las validaciones después de diez días.

Se han puesto en marcha diversos desarrollos informáticos para agilizar la atención y respuesta a los pensionados.

Con relación a esta mejora, en mayo de 2011 se lograron abatir los rechazos de los trámites de pensión por errores en la CURP, los cuales representaban, en septiembre de 2010, 8.13 por ciento del total de las solicitudes recibidas por las delegaciones. Esto es resultado de un programa de trabajo que da seguimiento a todos los rechazos por este concepto y que permite verificar la validez de la CURP en el momento de la captura de la solicitud de pensión.

Durante el periodo que cubre este Informe, el personal involucrado en el proceso del otorgamiento de las prestaciones económicas contó con un sistema electrónico con diferentes indicadores y reportes actualizados que facilitan la toma de decisiones oportuna (Página de la Comunidad y Cubo de Información Dinámica). Además, como parte de la estrategia global se han liberado varias herramientas informáticas.

Una de estas herramientas es el Sistema de Comprobación de Supervivencia, cuyo principal objetivo es acercar los servicios de Prestaciones Económicas a los pensionados para que realicen el trámite de su comprobación de supervivencia de una forma sencilla y ágil.

Otra herramienta es el Sistema de Trámite de Pensiones (SISTRAP), el cual se desarrolló con el objetivo de automatizar la recepción de solicitudes de pensiones y rentas vitalicias, que en el pasado se realizaba de forma manual en las UMF del país.

Se ha creado un enlace seguro con entidades bancarias, el cual automatizó el envío de órdenes de pago y recepción de respuestas de la nómina de pensionados para depósito en cuenta y pago en ventanilla.

También se amplió el servicio del Sistema de Administración de Ofertas y Resoluciones (SAOR), en las UMF, con la finalidad de que el solicitante no se traslade hasta la subdelegación a firmar el documento de oferta para elegir el régimen por el cual desea que se le pague su pensión. Con el SAOR, este trámite puede realizarse directamente en la ventanilla de la UMF en la que se suscribió la solicitud de pensión.

Se han robustecido los controles y revisiones en el proceso de otorgamiento de prestaciones en dinero por conceptos de subsidios y ayudas de gastos de matrimonio y funeral.

En cumplimiento a las observaciones realizadas por el OIC, se robustecieron las medidas de seguridad en el control de acceso a usuarios del sistema de subsidios y ayudas para gastos de funeral y matrimonio. En la incorporación de nuevas medidas de seguridad se implementaron mejoras sustantivas, tales como la autenticación del usuario, la conformación de contraseñas con tres niveles de seguridad, con renovación mensual e irrepitable, con bajas temporales y bajas definitivas. Se conserva la bitácora histórica por cada usuario, garantizando la confiabilidad de los accesos por personal autorizado.

Derivado de lo anterior, se actualizó el Manual del Usuario en los apartados relativos de seguridad ubicados en el rubro de administración del sistema.

En enero de 2011 se liberó una versión del Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas, el cual contiene una nueva funcionalidad denominada “Certificación Asíncrona”, la cual se activa de manera automática al detectar problemas de comunicación o lentitud en las interfaces de las bases de datos de SINDO.

Esta optimización a las rutinas de certificación evita interrumpir la productividad en la operación e incrementa la oportunidad en el otorgamiento de las prestaciones por concepto de subsidios y ayudas para gastos de funeral.

Con la finalidad de verificar los procesos inherentes a subsidios y ayudas para gastos de matrimonio y funeral, se realizaron visitas a las delegaciones de Veracruz Sur, Coahuila, Yucatán, Oaxaca, Guanajuato y Sinaloa. Estas delegaciones presentaron deficiencias en los procesos aplicados, por lo que se instruyó y capacitó puntualmente al personal delegacional sobre los hallazgos y su corrección en apego a la normatividad vigente.

En el mes de julio de 2011, se autorizó el requerimiento para la construcción de una nueva rutina que permite agilizar el proceso de la validación de los certificados de incapacidad expedidos como subsecuentes del padecimiento. Con esta medida se desahoga un número importante de solicitudes para la certificación del derecho, lo que conlleva a disminuir aún más el tiempo de respuesta en la gestión de los subsidios.

Se concluyó la actualización y liberación del “Procedimiento para la celebración, trámite y pago a empresas con convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios”. Este procedimiento contiene el nuevo formato para la celebración del convenio debidamente sancionado por el Instituto, así como los datos y documentos requeridos conforme al Acuerdo dictado por el H. Consejo Técnico. La opción adicionada al convenio permite que el patrón elija el reembolso de subsidio mediante el depósito en cuenta bancaria, lo cual agiliza el proceso de pago a las empresas que tienen celebrado convenio con el Instituto.

En agosto de 2011, se libera el procedimiento para el Acreditamiento en Cuenta Bancaria a empresas que tienen celebrado el Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios, en calidad de prueba piloto en la Delegación Estatal en Pachuca, Hidalgo y Cuenavaca, Morelos. Esto permitirá disminuir el

costo de operación e incrementar la seguridad de la disposición del recurso, permitiendo a las empresas un mayor control de los trabajadores incapacitados y evitando su desplazamiento .

Como consecuencia de las medidas adoptadas, en el sentido de agilizar los trámites de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo, el índice de oportunidad rebasó la meta de 98 por ciento, propuesta por la Dirección General, obteniendo 98.77 por ciento en respuesta oportuna en la disposición del pago al asegurado, en el mes de junio de 2011.

Como resultado de la agilización en los trámites de subsidios por incapacidad temporal para el trabajo, se logró en el mes de junio de 2011 98.77 por ciento en respuesta oportuna en la disposición del pago al asegurado.

Entre las medidas que se pusieron en práctica, destacan la expedición en los primeros niveles de atención médica de los certificados de incapacidad mediante el SIMF, el envío de datos para su proceso, gestión, certificación del derecho y disposición del pago en línea; así como la implementación del proceso de precaptura de los certificados de incapacidad expedidos en los segundos y terceros niveles de atención médica.

En el sistema de subsidios, para el último trimestre de 2011 se autorizó la emisión de un volante de pago a favor del beneficiario preferentemente familiar, en aquellos casos donde el asegurado esté impedido para realizar el cobro de su subsidio. Esto descarta el endoso manuscrito en el reverso de la copia asegurado del certificado de incapacidad, con la finalidad de proteger la prestación económica que por derecho le corresponde a los asegurados.

Con el propósito de evitar molestias al asegurado, se dispuso la consulta del trámite de incapacidades en el Portal del IMSS, lo cual ha permitido que los asegurados incapacitados puedan conocer el resultado de la prestación económica, evitando la incertidumbre

del asegurado y el traslado a las ventanillas del IMSS o sucursal bancaria.

De igual forma, se han realizado mejoras normativas, se ha capacitado al personal y se ha avanzado en hacer más eficientes los trámites que realizan los derechohabientes. En materia de normatividad, se actualizaron 13 procedimientos normativos relativos al trámite y pago de las pensiones, subsidios y ayudas para gastos de funeral y matrimonio, conforme al Programa de Simplificación y Actualización Normativa 2010. También se actualizó la norma que establece en el IMSS las disposiciones que deberán observar los servicios de Prestaciones Económicas en materia de pensiones, rentas vitalicias, subsidios y ayudas para gastos de funeral y matrimonio.

En cuanto a la capacitación, en agosto de 2010 se llevó a cabo en el Centro Vacacional La Trinidad, en Tlaxcala, el curso de Mejoras al proceso de pensiones y rentas vitalicias con la participación de 177 Jefes de Oficina Subdelegacional. El objetivo fue actualizar al personal de Prestaciones Económicas con respecto a las modificaciones a diversos sistemas.

Para lograr mayor eficiencia en los trámites, se inscribió en COFEMER el trámite de Solicitud de pensión de retiro anticipado y cesantía en edad avanzada y vejez mediante transferencia de derechos IMSS-ISSSTE. Se busca brindar mayor transparencia y certeza a los asegurados que se acojan a esta modalidad.

En la implementación del PROMADYP, se han logrado avances importantes. Se han generado 17.6 millones de credenciales a derechohabientes; de las cuales 5.9 millones corresponden al periodo que abarca este Informe. Esto representa un aumento de 33.5 por ciento en el volumen de credenciales emitidas. Este avance se ha logrado mediante la creación de Centros de Enrolamiento Móviles en diferentes empresas del país. Asimismo, se desarrolló un plan de difusión integral con la finalidad de alinear todos los conceptos de difusión para esta iniciativa. A partir de esto, se distribuyeron los utilitarios de publicidad a las diferentes delegaciones (volantes, lonas, carteles, *banners*).

Gracias a la expedición de cerca de 18 millones de credenciales ADIMSS, similar número de derechohabientes se han beneficiado por la simplificación de trámites.

Atención a las recomendaciones de la Comisión de Vigilancia

“Garantizar que las diferentes credenciales que se han emitido mediante el Programa de Modernización de la Administración de Derechohabientes y de Prestaciones, sean de utilidad para cualquier trámite médico-administrativo, cuidando la confidencialidad de los datos de los derechohabientes”

En atención a la recomendación realizada por la H. Comisión de Vigilancia emanada de la Centésima Primera Asamblea General Ordinaria del IMSS, celebrada el 3 de noviembre de 2010, los beneficios de las credenciales emitidas alcanzan su expresión más clara en el uso de la propia ADIMSS, al momento en que cada derechohabiente la utiliza en diversos trámites médico-administrativos institucionales. De esta forma, se tiene contemplado que la credencial tenga los siguientes usos:

Entre los trámites relativos al área de Incorporación y Recaudación, se encuentran el registro de derechohabientes, el cambio de clínica de adscripción y la autorización permanente para recibir servicios de circunscripción foránea.

Los derechohabientes también utilizan la credencial emitida para realizar trámites relacionados con el área médica, tales como la solicitud de cita médica en primer nivel, la referencia a segundo nivel de atención, la atención médica y solicitud de cita médica de primera vez (especialidad), la contrarreferencia de segundo a

primer nivel de atención médica, las visitas domiciliarias, así como la solicitud de estudios de laboratorio y RX en primer nivel de atención.

En cuanto a los trámites relacionados con el área de Prestaciones Económicas y Sociales, los derechohabientes utilizan su credencial ADIMSS para solicitudes de pensión de cesantía en edad avanzada, de cesantía por vejez, de pensión de viudez, de asignación familiar y en la celebración de convenio de pago indirecto y reembolso de subsidios. De igual forma, la credencial es útil para trámites relacionados con las pensiones de ascendientes, de invalidez, de orfandad, de retiro anticipado, o por incapacidad permanente parcial o total; para el préstamo a cuenta de pensión, la ayuda para gastos de funeral y la ayuda para gastos de matrimonio.

El derechohabiente puede utilizar su credencial ADIMSS, como medio oficial de identificación en bancos, dependencias de gobierno y otras instancias. La credencial contiene diversos elementos de seguridad, incluyendo algunos de tipo biométrico.

El derechohabiente obtiene otros beneficios por la utilización de su credencial ADIMSS, ya que puede utilizarla como medio oficial de identificación en bancos, dependencias de gobierno y otras instancias. La credencial contiene diversos elementos de seguridad, incluyendo algunos de tipo biométrico. Los datos de los derechohabientes y su confidencialidad están debidamente cuidados y resguardados, en términos de lo establecido en las bases de licitación y demás normatividad aplicable.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Dentro del programa de labores para el periodo junio-diciembre 2011, destacan por su relevancia las siguientes acciones:

La incorporación a SISTRAP del módulo de Alta de Pensión, el cual permitirá realizar en el mismo sistema el proceso de solicitud de pensión hasta el otorgamiento de la resolución. La liberación del módulo de Alta de Pensión agilizará también el trámite de pensión, permitiendo que se disminuya el tiempo de respuesta en los casos donde el solicitante tiene derecho a elegir régimen.

La certificación de derechos SINDO-SISTRAP, el cual certificará de manera inmediata el derecho a la pensión, reduciendo significativamente el tiempo que requiere actualmente este procedimiento en la subdelegación.

La atención a las solicitudes de las delegaciones en relación con mejoras a herramientas informáticas de los módulos de Supervivencia, SISTRAP y Préstamos.

La integración de un nuevo módulo a SISTRAP, denominado Comprobación del Gasto, el cual eliminará las chequeras manejadas por el personal de las delegaciones de Prestaciones Económicas; unificará el proceso de retención de impuestos y el otorgamiento de las constancias de retención anual para los pensionados, y eliminará actividades administrativas por parte de nivel central y del personal operativo en las delegaciones.

La incorporación del módulo de modificaciones a pensiones, el cual permitirá administrar las solicitudes de modificación de pensiones, tales como prórroga de estudios, cambios en la composición familiar, cambio de titular de grupo, etc.

La liberación del nuevo esquema de pagos directos a las aseguradoras, en junio de 2011, por concepto de montos constitutivos o pagos complementarios, que consiste en transferir electrónicamente, del IMSS a las cuentas de las compañías de seguros, dichos recursos con antelación. Esto permite adelantar los beneficios a los pensionados que solicitaron una modificación de la pensión.

La puesta en práctica del SIMAV, como una herramienta para el seguimiento y control de las acciones de mejora, permite resolver los problemas de las principales ventanillas del Instituto, mejorando así el servicio hacia el usuario o derechohabiente. El sistema incluye la automatización del proceso de diagnóstico de oportunidades de mejora, mediante la automatización de las CDV. También se contempla la automatización del proceso de registro, seguimiento y auditoría a los programas o PAAV, que son el resultado de analizar las problemáticas de las ventanillas y definir acciones correctivas, preventivas o de mejora de los servicios.

La implementación del programa de credencialización de los derechohabientes del IMSS, promocionando el uso de la credencial e implantando estrategias por parte de las diferentes áreas normativas del Instituto y las delegaciones.

El diseño y la difusión de trípticos relativos a ayudas para gastos de funeral, ayudas para gastos de matrimonio y celebración de convenios. Estos trípticos están en proceso de autorización para su reproducción y envío a las delegaciones del sistema, a fin de que se proporcionen a la población derechohabiente.

La actualización de la normatividad y los procedimientos aplicables, tanto de pensiones como de rentas vitalicias, con el objetivo de simplificar los trámites y mejorar la atención que se brinda a la población.

La profesionalización del personal de Prestaciones Económicas mediante la definición y actualización de los perfiles de puesto y brindando cursos de capacitación.

La inscripción a COFEMER de las solicitudes de modificación de pensión y rentas vitalicias, a fin de que los requisitos y documentos se homologuen y se simplifiquen en todas las áreas de Prestaciones Económicas. Actualmente, el proyecto de acuerdo está en proceso de elaboración.

El rediseño de los formatos que se entregan a los asegurados o sus beneficiarios, relativos a los trámites de solicitudes de pensión, con el fin de hacerlos más amigables y sencillos. Una vez concluidos, se actualizará el Acuerdo 164/2010 con estos nuevos formatos.

La celebración de reuniones mensuales relativas al grupo de seguimiento del Convenio de Colaboración Institucional suscrito por los titulares del IMSS y del ISSSTE, a fin de dar cumplimiento al Capítulo VIII de la Ley del ISSSTE, publicada en el DOF el 31 de marzo de 2007.

V.2. PRESTACIONES SOCIALES

La desaceleración de la economía durante el segundo semestre de 2009 y primer trimestre de 2010 no fue ajena a la dinámica de trabajo de las Prestaciones Sociales, que busca mejorar sus servicios y ampliar el acceso a sus beneficios para un número cada vez mayor de mexicanos, así como facilitar el acceso a dichas prerrogativas a grupos en situación de vulnerabilidad. En 2010 la participación de usuarios a los cursos y talleres de Prestaciones Sociales se superó, en relación con 2009, en lo correspondiente al rubro “Deporte y Cultura Física”, como se muestra en la tabla V.3.

El IMSS busca mejorar sus servicios y ampliar a sus beneficios para un número cada vez mayor de mexicanos, así como facilitar su acceso a grupos en situación de vulnerabilidad.

Por lo que respecta al Programa de Institucionalización de los Centros de Bienestar Social (CEBIS), se transformaron en CSS Tipo “D” tres CEBIS, los cuales están ubicados en Poza Rica, Boca del Río y Tlapacoyan, de la Delegación Veracruz Norte, asignándoles clave presupuestal y centro de costos. Esto representa un incremento en el número de UOPSI, lo cual permite ampliar la cobertura de atención.

Ante este panorama, el esquema de los servicios de Prestaciones Sociales para el 2011 se reconfiguró bajo diferentes premisas. La primera fue acercar los programas y servicios de Prestaciones Sociales con un impacto directo en la comunidad y en las empresas. Su propósito es la formación de hábitos y prácticas saludables, la prevención de enfermedades, adicciones y accidentes, así como promover los servicios e instalaciones de Prestaciones Sociales.

La segunda premisa fue el fortalecimiento de la economía familiar para obtener ahorros en el hogar, satisfacer las necesidades de los integrantes de la familia, lograr ingresos extra al atender a clientes potenciales y/o acceder a un empleo formal mejor remunerado.

Los servicios de Prestaciones Sociales se reconfiguraron para acercar los programas y servicios con un impacto directo en la comunidad y en las empresas, fortalecer la economía familiar y promover el autocuidado de la salud en derechohabientes.

La tercera premisa fue promover el autocuidado de la salud en derechohabientes ofreciendo programas y servicios para mejorar la capacidad física (condición, flexibilidad, fuerza, resistencia, equilibrio, coordinación), los hábitos de alimentación y, en general, las condiciones de salud y de nivel de vida.

La cuarta premisa incluyó cursos directos para promover la adopción de estilos de vida activa y saludable. Se pretende que estos cursos propicien la equidad de género, el desarrollo de la creatividad y potencialidades individuales, así como el fortalecimiento de la cohesión familiar y social. También se busca generar los recursos que apoyen el financiamiento de operación y mantenimiento de las instalaciones. Esto permitirá lograr un equilibrio entre el fin social de los servicios y el margen de rentabilidad necesario para su operación.

TABLA V.3. INSCRITOS
(AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009 Y 2010)

Inscritos	2009	2010	Meta 2011
Bienestar Social	81,602	79,395	205,471
Desarrollo Cultural	97,382	87,838	92,996
Deporte y Cultura Física	224,363	232,797	271,801
Capacitación y Adiestramiento Técnico	87,887	86,342	126,537
Total de inscritos	491,234	486,372	696,805
Variación absoluta		-4,862	210,433
Porcentaje de variación		-1.0	43.3

Fuente: IMSS.

TABLA V.4. INSCRITOS 2011 REFERENCIA 2010

Inscritos	Meta 2011	Real 2010 mayo	Real 2011 mayo	Porcentaje de avance	Variación vs 2010	
					Absoluta	Porcentaje
Bienestar Social	205,471	39,980	95,451	46.5	55,471	138.7
Desarrollo Cultural	92,996	45,754	58,899	63.3	13,145	28.7
Deporte y Cultura Física	271,801	131,263	180,740	66.5	49,477	37.7
Capacitación y Adiestramiento Técnico	126,537	42,610	59,658	47.1	17,048	40
Total de inscritos	696,805	259,607	394,748	56.7	135,141	52.1

Fuente: IMSS.

El producto de estos cambios se refleja en el comparativo de resultados que se muestran en la tabla V.4.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

La infraestructura de Prestaciones Sociales se integra por 120 Centros de Seguridad Social (CSS). Estos incluyen el Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART) y el Centro para la Atención Social de la Salud a las y los Adultos Mayores (CASSAAM). La infraestructura se complementa con 12 Unidades Deportivas (UD), tres Centros Artesanales, un Centro Cultural, 38 teatros y 1,106 Centros de Extensión de Conocimientos, ubicados en empresas, unidades médicas, habitacionales y en zonas de alta marginalidad.

En estas instalaciones, de mayo 2010 a mayo 2011, se impartieron diversos cursos dirigidos a la

promoción de la salud y fortalecimiento de la economía familiar, al mejoramiento del nivel y calidad de vida y a la atención social de pacientes referidos por el área médica. Estos cursos se impartieron a 557 mil 797 usuarios, predominantemente derechohabientes, cifra que representa 74.5 por ciento del total de inscritos. En los cursos se observaron mejoras en su estado de salud, control de peso e incorporación social, entre otros.

En el mismo sentido, mediante campañas, pláticas, servicios, eventos, teatros y ligas deportivas, se realizaron 171 mil 185 actividades, con un registro de 40 millones 313 mil 886 asistencias.

Fomento educativo

En cursos de Capacitación para el Trabajo y Adiestramiento Técnico se benefició a 83 mil 706 alumnos. Dichos cursos están orientados a formar recursos humanos con los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes requeridos para desempeñarse

en el mercado laboral formal o de autoempleo, con impacto directo en los estilos de vida de los usuarios.

Para 2011 se diversificó la cartera formativa a 74 cursos en oficios diversos que permiten a los egresados la opción de obtener el Reconocimiento Oficial de la Competencia Ocupacional (ROCO) de la Secretaría de Educación Pública; para ese fin se han capacitado a 53 orientadores de actividades familiares.

Se suscribió el convenio de adhesión para el Programa “Sigamos aprendiendo... en el hospital”, con las secretarías de Salud y de Educación Pública, autorizándose la instalación de 20 aulas hospitalarias en 18 unidades médicas de 13 delegaciones.

Por medio del proyecto IMSSTRUCTOR se consolidó la capacitación a distancia de usuarios, rompiendo paradigmas de tiempo y espacio con sus tres subproyectos:

El primer subproyecto se denomina Formación a Distancia, *e-learning* (FODI), mediante el cual y con el apoyo de CAPACINET, se entregaron 3,100 constancias con el aval de las secretarías de Comunicaciones y Transportes (SCT), y la STPS, en 32 cursos en la plataforma *web*, lo cual generó 31,110 asistencias en línea.

El segundo subproyecto es VICO (videoconferencias), a partir del cual se generaron 7,695 asistencias con 180 horas de transmisión a 30 delegaciones. Se impartieron cursos avalados por el Instituto de Geriátrica y un Diplomado en Administración de las Prestaciones Sociales con reconocimiento de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, para un total de 871 usuarios en ambas actividades.

El tercer subproyecto es el Sistema Unificado de Medios Audiovisuales (SUMA), mediante el cual se ofertaron 60 videos con diversos contenidos en el canal digital de Prestaciones Sociales, y se contó con 3,516 asistencias. Con el Colegio de Bachilleres, en su modalidad

en línea, se ofertó el bachillerato a trabajadores adscritos a las unidades médicas y administrativas del Instituto en las delegaciones D. F. Norte y Sur.

Se celebraron convenios de colaboración con Jumex y Cemex, beneficiando a 27,000 trabajadores. En este tenor también se beneficiaron 43,222 trabajadores de CFE, Telmex, Comercial Mexicana, Wal-Mart, Liverpool, Coca Cola Femsa y afiliados a la CROC.

En el marco del Programa “PREVENIMSS en empresas”, se suscribieron convenios de colaboración con las empresas Jumex y Cemex, que beneficiarán a 27,000 trabajadores. En este tenor, se otorgaron los servicios de Prestaciones Sociales a 43,222 trabajadores de las empresas CFE, Telmex, Comercial Mexicana, Wal-Mart, Liverpool, Coca Cola Femsa y sindicatos afiliados a la CROC.

A fin de crear espacios para la inclusión laboral de personas con discapacidad se suscribieron convenios con las empresas Lala, Esperanza Encuentro con la Vida-Asociación Civil (EEVAC), Fundación Manpower y BDF Beiersdorf. De igual manera se inició la operación del CECART.

Se impartieron cursos de juguetería y decoración, alimentación saludable, formación de promotores de apoyo gerontológico, educación para la salud y grupo de ayuda mutua y apoyo familiar, entre otros, que beneficiaron a 130 mil 426 personas, a quienes se les ayudó a transformar sus hábitos.

A fin de crear espacios para la inclusión laboral de personas con discapacidad, se inició la operación del Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo.

Para fortalecer el Programa de Envejecimiento Activo (PREA) se enviaron materiales didácticos a nivel delegacional y operativo. Para ello se elaboraron, imprimieron y editaron infografías de los servicios del PREA, de casa segura, de servicio de Teleasistencia, Telealarma y el ABC del usuario. También se elaboraron los lineamientos, se definieron criterios y se editaron carteles para la "Semana del Adulto Mayor". En el mismo sentido, se realizaron videos del proceso de los servicios del PREA y de autocapacitación para la aplicación y el manejo de los instrumentos de valoración gerontológica, cuya transmisión corrió a cargo del canal SUMA.

Dentro de las actividades de fortalecimiento del PREA, se elaboraron los manuales didácticos para el desarrollo del curso de cuidadores de las personas adultas mayores, así como las guías didácticas para el desarrollo de los talleres de tanatología, depresión del adulto mayor, casa segura y capacitación para la jubilación. Se elaboró e imprimió el Manual para Cuidadores de los Adultos Mayores.

Se continuó con la promoción y evaluación del Programa de Teleasistencia y Telealarma (TATA) en la Delegación D. F. Norte, e inició en la Delegación D. F. Sur; asimismo, entró en operación el CASSAAM, el cual permitirá contar con modelos de atención social de la salud de los mayores basados en evidencias científicas para fortalecer el PREA. Se elaboró el Manual de Procedimientos del CASSAAM; se imprimió y distribuyó el díptico informativo de los servicios del CASSAAM; se capacitó al personal del CASSAAM y de las UMF 94, 23 y 29 del Distrito Federal sobre los servicios del PREA y CASSAAM. Además, se fortaleció la vinculación con organismos del sector público, privado y social en la elaboración del Programa Nacional Gerontológico.

Programa de Atención Social de Pacientes Referidos de Área Médica (antes servicios de enlace)

El Programa de Atención Social de Pacientes Referidos de Área Médica se puso en práctica en todos los CSS y UD. El objetivo fundamental es proporcionar atención y contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes, mediante un tratamiento no farmacológico, basado en actividades deportivas, culturales, de bienestar y de capacitación. También se organizan grupos de ayuda mutua, de apoyo familiar y de participación social.

Programa de promoción de la salud

En el marco de la política "IMSS libre de humo de tabaco", 24 por ciento de las Unidades Operativas de Prestaciones Sociales Institucionales (UOPSI), lograron su reconocimiento como "Edificios libres de humo de tabaco". Asimismo, se celebró en el país el Día Mundial sin Tabaco 2011, con el lema "Por tu derecho a la salud, haz valer el Convenio Marco para el Control del Tabaco". Se realizaron, conferencias, desfiles, concursos de carteles, periódicos murales, carreras y caminatas de la salud, torneos deportivos, festivales culturales, eventos de baile, música, teatro y convivencias familiares, entre otros.

Se realizaron 10,580 acciones de prevención, detección, derivación y rehabilitación relacionados con el uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, en beneficio de 404,113 personas.

En cumplimiento a los convenios de colaboración y apoyo interinstitucional firmados con la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A. C. y con los Centros de Integración Juvenil (CIJ), se participó en la “XVI Semana Nacional de Información contra el Alcoholismo Compartiendo Esfuerzos”. Se realizaron 10,580 acciones de prevención, detección, derivación y rehabilitación del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, en beneficio de 404,113 beneficiarios. A partir de estas acciones, 1,191 usuarios de sustancias adictivas recibirán tratamiento en centros de atención especializada.

Formación deportiva

En actividades físicas, deportivas y recreativas se inscribieron 258 mil 971 participantes. En talleres de orientación y campañas masivas se lograron 26 millones 168 mil 704 asistencias, actividades en las que los participantes obtuvieron información sobre la importancia del deporte, así como orientación sobre hábitos de disciplina y trabajo en equipo.

Como contribución a la adquisición de hábitos en la salud, se promueve la práctica sistemática de disciplinas deportivas entre niños y jóvenes, quienes integran equipos representativos del Instituto. Estos equipos participan en los procesos selectivos rumbo a la Olimpiada y Paralimpiada Nacional, así como en el selectivo IMSS. En estos procesos participaron 850 deportistas en 18 disciplinas deportivas (tabla V.5).

Los equipos representativos del IMSS también participaron en diversas competencias y eventos nacionales, destacando la obtención de 2 medallas de oro en la Olimpiada Nacional 2010; 2 medallas de oro en la Paraolimpiada Nacional 2010, y 4 medallas de oro en la Olimpiada Nacional 2011.

Con la finalidad de promover e impulsar la práctica del deporte en forma masiva, se llevaron a cabo diversos eventos en todo el país, como se observa en la tabla V.6.

Los equipos representativos del IMSS obtuvieron 2 medallas de oro en la Olimpiada Nacional 2010, 2 medallas de oro en la Paraolimpiada Nacional 2010 y 4 medallas de oro en la Olimpiada Nacional 2011.

Además, se llevaron a cabo los eventos y seguimiento a programas, que pueden apreciarse en la tabla V.7.

Desarrollo Cultural

También se han realizado diversas actividades artísticas y culturales. En los cursos de teatro, danza, música, artes plásticas, artesanías, baile de salón y otros, se beneficiaron 84 mil 694 personas. En conferencias, muestras, festivales, exposiciones, concursos y salas de lectura, en acciones encaminadas a despertar el interés de los asistentes al apego de estas actividades, así como en un instrumento de difusión de valores, se logró una asistencia de 2 millones 689 mil 085 personas. A los teatros del IMSS asistieron 2 millones 261 mil 101 espectadores.

Con el fin de aplicar un nuevo modelo de educación artística, se elaboraron y difundieron nuevos manuales de prácticas para los cursos de ritmos afrolatinos y bailes de salón, danza folclórica, artes visuales, teatro, música instrumental y vocal. Para divulgar las tradiciones culturales que favorezcan la identidad nacional, se realizaron, entre los grupos de socioalumnos de los CSS, las selecciones a nivel delegacional, regional y nacional de grupos artísticos representativos del IMSS, en las disciplinas de danza, música y teatro (tabla V.8.)

En los servicios de Prestaciones Sociales se ha contado con más de 58 millones de asistentes en más de 171 mil eventos.

TABLA V.5. EVENTOS NACIONALES E INTERNACIONALES

Evento	Participantes
Eventos Nacionales	
Olimpiada Nacional 2010 (2 medallas de oro, 3 de plata y 11 de bronce)	311
Paralimpiada Nacional (2 medallas de oro, 13 de plata y 14 de bronce)	26
Olimpiada Nacional 2011 (4 medallas de oro, 5 de plata y 9 de bronce)	300
Campeonatos Nacionales de Federación	
Campeonato Nacional de Ajedrez Valladolid 2010	24
LX Campeonato Nacional de Atletismo	19
Selectivo Internacional a los Juegos Olímpicos Juveniles Singapur 2010	10
Campeonato Nacional Infantil y Juvenil de Clavados	18
Campeonato Nacional de Clavados de 1ra. Fuerza, Selectivo Juegos Centroamericanos y del Caribe Mayagüez y Copa del Mundo	7
VII Regional Nacional de Atletismo y Pista y Campo sobre Silla de Ruedas	5
Campeonato Nacional de Federación de Básquetbol de 1ra. Fuerza B Varonil	10
Serial Nacional de Tenis sobre Silla de Ruedas 2010	12
4ta. Fecha Copa Tapatía 2010	12
XXXVII Juegos Nacionales Deportivos Sobre Sillas de Ruedas	40
Circuito Nacional de Tenis Sobre Sillas de Ruedas	10
Campeonato Nacional de Boliche para Personas con Discapacidad Intelectual	2
Campeonato Nacional de Gimnasia Artística Femenil y Varonil 2010	8
Campeonato Nacional Selectivo para la Olimpiada Nacional y Preselectivo 2010 de Nado Sincronizado	28
Campeonato Nacional Clase B, Preselectivo Campeonato Nacional 2011	15
Campeonato Nacional Clasificatorio para Olimpiada Nacional 2010 de Polo Acuático	53
Campeonato Nacional de Novatos 2010, Campeonato Nacional Sub-10 2010 y Campeonato Abierto Singles de Tenis de Mesa	20
Campeonato Nacional de Natación de Curso Largo 2009-2010	50
Campeonato Nacional de Invierno 2010	14
Campeonato 3ra. Fuerza 2010 y Abierto de Singles de Tenis de Mesa	13
Campeonato Nacional de Segunda Fuerza de Tenis de Mesa 2010	20
Campeonato Nacional de Esgrima	10
Copa Metropolitana de Voleibol	80
Campeonato Nacional Infantil "Jesús Mena" 2011 de Clavados	11
Campeonato Selectivo Nacional de Polo Acuático 2011	50
Campeonato Selectivo Nacional "Tomoyoshi Yamaguchi" de Judo	15
Campeonato Nacional Clase A para Olimpiada Nacional y Preselectivo 2011	47
Campeonato Nacional de Esgrima Mayores	3
Copa de Voleibol 2011	12
Campeonatos Internacionales	
Juegos Globales Mundiales para Deportistas Especiales 1er. Campeonato Mundial de para Personas con Síndrome de Down	8
XXVI Edición Nacional e Internacional Copa Benito Juárez de Ajedrez	7
LVI Campeonato Nacional e Internacional Abierto Mexicano de Ajedrez 2010	21
Torneo de Ajedrez León Guanajuato 2011	3
Torneo de Ajedrez Mazatlán 2011	4
Torneo de Ajedrez Zacatecas 2011	2
Torneo de Ajedrez "Lerdo de Tejada Veracruz 2011"	4
32 Edición Copa Citta Di Sesto San Giovanni de Atletismo 2011 Italia	2
Primer Campeonato Americano de Natación y Atletismo 2011 para Personas con Síndrome de Down	3
Torneo Internacional Carnaval de Campeones de Básquetbol 2011	3 equipos

Fuente: IMSS.

TABLA V.6. EVENTOS NACIONALES

Evento	Deportistas	Espectadores
III Carrera Atlética IMSS de la Montaña	331	3,000
XIX Copa IMSS de Fútbol Infantil	1,332	8,000
V Copa IMSS de Fútbol Juvenil	864	5,000
II Copa de Béisbol Infantil y Juvenil IMSS 2010	50 equipos	6,000
II Copa de Básquetbol IMSS Caballero Águila	1,200	4,000
XXVIII Carrera Atlética IMSS-Árbol del Tule 2010	1,000	2,000
1ra. Carrera Atlética IMSS Toluca	200	4,000
2a. Carrera Atlética 10 km IMSS Morelia	1,000	350
XXIV Carrera Atlética Cuautla IMSS Oaxtepec	2,000	4,000
XII Copa IMSS de Voleibol de Sala Infantil	104 equipos	8,000
IX Carnaval IMSS de Campeones de Básquetbol	230	2,000
"Juegos Globales Mundiales para Deportistas Especiales", 1er. Campeonato Mundial de Atletismo para Personas con Síndrome de Down	800	8,500
1er. Campeonato IMSS de Voleibol de Playa Juvenil	37 equipos	1,500
1er. Torneo de Básquetbol IMSS, Tamaulipas	450	4,500
1er. Torneo de Básquetbol IMSS, Veracruz Norte	290	3,000

Fuente: IMSS.

Sistemas tecnológicos

En el segundo trimestre de 2010 se concluyó el desarrollo de nuevos requerimientos para el Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales (SIPSI) –SIPSI W@B–, lo cual derivó en la versión 2.1.1. En esta versión se realizaron mejoras al sistema, entre las que destacan la adecuación del proceso de monitor de adeudos, la carga a la base de datos con la información relativa al personal voluntario y honorarios FIDEIMSS, la ejecución del proceso diario de consulta de los pagos registrados a nivel nacional, el desarrollo del proceso de actualización de fotografías en la base de datos, la eliminación de algunos campos en la pantalla de captura de inscripciones a los cursos y la elaboración del reporte mensual de Ingreso por tipo de convenio (Fondo Social y FIDEIMSS F-16).

Además, la versión 2.1.1. incluye la carta de autorización del padre o tutor para los usuarios menores de edad inscritos a cursos de Prestaciones Sociales y la carta de autorización del padre o tutor para realizar visitas fuera de la Unidad Operativa de usuarios inscritos en el

Curso Vacacional Recreativo. Finalmente, esta versión optimiza el proceso de sincronización de información hacia la base de datos central, así como la producción y seguimiento que realiza cada unidad operativa de prestaciones.

En el tercer trimestre de 2010 se dio de baja el Sistema de Información de Prestaciones Sociales (SIPS) liberándose el SIPSI W@B, este sistema brinda información en tiempo real y en línea, de las actividades mensuales en el área de Prestaciones Sociales sirviendo a su vez como soporte del Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI-Millennium) para el seguimiento al presupuesto asignado.

Durante el último trimestre de 2010 y el primero de 2011 se incluyeron nuevos desarrollos al SIPSI, conforme a los requerimientos establecidos en los Criterios para el Reporte Mensual de Actividades 2011. En el segundo trimestre de 2011 se desarrolló la Creación de los Documentos Fuente en el SIPSI W@B, a fin de cumplir con lo estipulado en los Criterios para el Reporte Mensual de Actividades por parte de las UOPSI.

TABLA V.7. EVENTOS Y ACTIVIDADES

Evento / Actividad	Lugar / Asistentes
Teatro	
Festival de Música "El Do le dijo al Re..." (conjuntamente con la Coordinación Nacional de Música y Ópera del Instituto Nacional de Bellas Artes [INBA])	Teatro IMSS Isabela Corona y Cuauhtémoc y Teatro Orientación del INBA 23 funciones y una asistencia de 7,241 personas
Festival Puro Teatro (en coordinación con Alas y Raíces del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes [CONACULTA])	Teatro IMSS Isabela Corona, Legaria, Cuauhtémoc en Valle de México y en los Teatros de los Estados Aguascalientes, Campeche, Ciudad Juárez y Sonora
Obras para público infantil y adolescentes con la participación de los Grupos La Troupe, Señá y Verbo, Athosgarabhatos, Apoc Apoc, Ardentia, Triciclo Rojo	15,008 asistentes
Convenio General de Colaboración IMSS-CONACULTA	
Se suscribieron 2 convenios en colaboración con la Secretaría de Educación Pública y los Institutos de Cultura de los Estados Durango y Michoacán	Se beneficiaron 45,230 educandos
Se suscribieron 3 convenios en el Valle de México (uno de ellos para el uso de los Teatros Isabela Corona e Hidalgo "Ignacio Retes")	
Se suscribieron en 2010 y 2011, 7 convenios de la 7a. Convocatoria de "Teatros para la Comunidad Teatral"	Delegaciones D. F. Norte, Jalisco, Edo. Méx. Pte., Sinaloa y Tamaulipas
Acuerdo de Colaboración con el Centro Cultural de España en México	
Se llevó a cabo el curso "Capacitación para Técnicos Teatrales"	18 participantes
Programa de Exposiciones	
Se llevaron a cabo los montajes museográficos: "Sólo por Hoy. Ramón Torres", "Moneda Mexicana, Testigo de la Historia", Pintura Actual de Oaxaca" y "Una Mirada Positiva. Mírame, mírate, somos como tú"	Edificio Central de Reforma No. 476
Se llevaron a cabo las exposiciones: "Paloma XIX" y "Viajando al Universo de Eppens. Una mirada nacionalista"	Sala de exposiciones del Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
Se montó la exposición "Historia del Teatro Hidalgo"	Vestíbulo del Teatro Hidalgo
Programa Abril los Niños en las Artes Temática "Los Niños y la Paz"	
Temática Los Niños y la Paz	Centros de Seguridad Social a nivel nacional con 153,971 asistencias
Programa Cultura y Salud Hospitalarte	
Se desarrolló el programa en cinco hospitales	Se tuvo una participación de 48,728 asistentes
Programa "Mejor con los Años para Adulto Mayor"	
Se desarrolló el programa en coordinación con la Secretaría de Cultura de Gobierno del Distrito Federal (SCGDF)	Teatro Reforma con una asistencia de 1,973 adultos mayores y personas con discapacidad
Celebración de Día de Muertos	
Se montaron ofrendas tradicionales	35 Delegaciones
Programa de Festejos Navideños	
Se llevó a cabo el encendido del árbol y del Nacimiento Monumental 2009, con la participación del coro Ad Libitum	Edificio Central de Reforma No. 476
Programa para el Rescate y Preservación de las Tradiciones	
Se integraron 16 proyectos de investigación, incluyendo temas relacionados con carnavales, fiestas, festividades, efemérides, danzas, entre otros	

Fuente: IMSS.

CONTINUACIÓN.TABLA V.7. EVENTOS Y ACTIVIDADES

Evento / Actividad	Lugar / Asistentes
Gestión del Patrimonio Institucional	
Se llevó a cabo la restauración del mural "Por una Seguridad Completa y Para Todos los Mexicanos" de David Alfaro Siqueiros	Auditorio del Centro Médico Nacional "La Raza"
Se asignaron recursos para la restauración del mural "Revolución Constructiva" del artista Jorge González Camarena	Hospital Regional 1, Chihuahua
Programa Institucional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	
Se informaron las acciones del Instituto para la elaboración del Informe Inicial de México al Comité sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (2008-2010)	302 asistentes
Se elaboró el manual de Integración y Funcionamiento del Comité para el Programa Institucional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el cual quedó registrado mediante Acuerdo ACDO.SA2HCT.241110/352, en sesión celebrada por el H. Consejo Técnico en noviembre de 2010	
Se realizó un video para informar y sensibilizar sobre los diferentes tipos de discapacidad mediante una estrategia de difusión institucional vía intranet a nivel nacional	
Se realizó un Foro "Por una Sociedad Incluyente", cuyo objetivo fue sensibilizar a la sociedad en general y llevar a cabo una reflexión sobre los esfuerzos que instituciones y sociedad civil han hecho sobre los derechos humanos y la no discriminación de las personas con discapacidad	
Se actualizaron los Criterios de Accesibilidad para las Personas con Discapacidad, incluyendo un capítulo sobre protección civil, y se diseñó el Módulo de atención con acceso universal, se elaboró el Plan de Trabajo Institucional y se solicitaron los 35 delegacionales	
Programa de Promoción y Fomento de Salud para Pueblos Indígenas	
Durante este periodo de implantación se capacitó y sensibilizó, a personal de 12 delegaciones del país, destacando los temas de trabajo con comunidades indígenas con un enfoque intercultural, así como la promoción y difusión de sus derechos humanos	Se capacitaron en total 323 personas, distribuidas en Jefes de Departamento, Oficina, Directores de CSS, Encargados de CEBIS y CEC, Orientadores de Actividades Familiares, Culturales y Deportivas, así como Trabajadoras Sociales, Promotores de Salud Comunitaria y Monitores de diferentes especialidades
Durante el 2010 el Programa operó en siete delegaciones, obteniéndose los siguientes resultados: se establecieron 11 Centros de Extensión de Conocimientos en comunidades indígenas (CEC); se capacitaron en actividades productivas en los talleres de: Costura básica, panadería, higiene personal y corte de pelo, orientación alimentaria, conservación de alimentos y reparación de aparatos electrodomésticos, un total de 704 personas indígenas, logrando 3,520 asistencias a los mismos; en Ferias de la salud, campañas, pláticas y eventos culturales y deportivos se atendieron a 2 173 personas indígenas	
A partir del primer semestre de 2011 el Programa opera en 11 delegaciones, y se han establecido 17 CEC en comunidades indígenas	
Con el propósito de apoyar la capacitación del personal voluntario que apoya la extensión de los servicios de prestaciones sociales institucionales, se actualizó la "Guía didáctica para la habilitación de personal voluntario", mismo que se encuentra disponible en la página de intranet	

Fuente: IMSS.

TABLA V.8. PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE PRESTACIONES SOCIALES
(MAYO 2010–MAYO 2011)

Concepto	Inscritos	Eventos	Asistencias
Cursos y Talleres	557,797	-	18,005,548
Actividades Complementarias	-	163,667	38,052,785
Teatros	-	7,518	2,261,101
Total Nacional	557,797	171,185	58,319,434

Fuente: IMSS.

Erogación total de prestaciones sociales

El presupuesto 2011, mostró un incremento en términos reales de 164.9 por ciento con respecto al ejercido en 2006. Con respecto al presupuesto ejercido en el mismo periodo de 2010, se observa un incremento del 7.64 por ciento. El mayor incremento se reflejó en la cuenta contable Servicios Sociales y Deportivos (9.04 por ciento) (tabla V.9).

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Bienestar social

Entre las actividades en materia de bienestar social destacan: ampliar las causas de referencia y actividades

y evaluar de manera gradual el estado de salud en pacientes referidos incorporados a los servicios de Prestaciones Sociales. Se continuará impulsando la referencia de pacientes con daño o factores de riesgo a daños, para fomentar la corresponsabilidad, el mejor autocontrol de su enfermedad, el abandono de prácticas nocivas y conductas de riesgo.

También se busca impulsar la educación para la salud, por grupo de edad, mediante la orientación en materia alimentaria, de salud bucal, así como en la prevención de enfermedades, accidentes y adicciones. Complementan estas acciones los programas de salud sexual y reproductiva, salud mental y la protección al medio ambiente.

TABLA V.9. CUENTAS CONTABLES DE USO EXCLUSIVO DE PRESTACIONES SOCIALES

Cuenta Contable	Datos anuales						Mayo-junio			
	Ejercido					Presupuesto	Variación			
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2009/ 2010	2010/ 2011	Absoluta	Porcentaje
Ayuda para gastos a socioalumnos y monitores	19,988	19,955	21,723	22,747	22,389	28,916	25,917	26,862	945	3.65
Variación		-0.17	8.86	4.71	-1.57	29.15				
Servicios Sociales y Deportivos	20,349	17,320	82,614	61,751	72,049	77,918	74,347	81,066	6,719	9.04
Variación		-14.89	477	-25.25	16.68	8.15				
Total	40,337	37,274	104,338	84,498	94,438	106,834	100,264	107,928	7,664	7.64
Variación		-7.59	179.92	-19.02	11.76	13.13				

Fuente: IMSS.

Además se pretende establecer convenios con instituciones sociales, públicas y privadas; promover la organización y participación social mediante la formación de grupos autogestivos y la extensión de los servicios; continuar con el diseño de protocolos de investigación de modelos de intervención social a la salud, así como con la medición del impacto beneficio de estos programas.

De igual forma se contempla difundir, en las delegaciones y UOPSI, materiales didácticos para fortalecer el PREA; participar en eventos académicos relacionados con las personas mayores; y continuar en la elaboración del “Programa Nacional Gerontológico”, coordinado por la Secretaría de Gobernación.

Asimismo, se dará seguimiento a los convenios IMSS-AA e IMSS-CIJ, en aspectos de capacitación, establecimiento de módulos, ajuste a lineamientos e implantación. Finalmente, se concluirá con la implantación del Programa de Promoción y Fomento de la Salud para pueblos indígenas.

Programa institucional sobre los derechos de las personas con discapacidad

Se continúa con la promoción, protección y defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad mediante la estrategia de coordinación y vinculación entre el Comité Institucional y los 35 Comités Delegacionales. Estas acciones siguen los ejes fundamentales de Legislación, Accesibilidad y la Prevención de la Discriminación/Sensibilización/Difusión (PREDISENCADI), a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Desarrollo cultural

En materia de desarrollo cultural, destacan las actividades relacionadas con incrementar la suscripción y operación de convenios con diversas instancias culturales; incorporar contenidos artísticos y culturales

de calidad a fin de establecer un acercamiento con públicos más amplios, así como diseñar programas y proyectos con enfoque de equidad y de género.

También se pretende incrementar los servicios artísticos en hospitales, en guarderías y los destinados a adultos mayores y personas con discapacidad. Forman parte de este esfuerzo el fomento a la lectura, el impulso a la investigación en cada región para contribuir al conocimiento y conservación de nuestras tradiciones, así como la difusión del patrimonio artístico institucional por medio de dos exposiciones temporales.

De igual forma, se busca incorporar nuevos públicos al arte y la cultura con dos exposiciones en el edificio central de Reforma, dos exposiciones más en la Sala de Exposiciones del Centro Médico y una exposición en el vestíbulo del Teatro Toluca; dar seguimiento a la restauración del mural “Revolución Constructiva,” de Jorge González Camarena en Chihuahua, y gestionar la restauración de las columnas “Jaguar y Águila I”, “Jaguar y Águila II” y “Maternidad”, de Luis Ortiz Monasterio, en el CMN “Siglo XXI”.

De la misma manera se dará seguimiento a la difusión de los manuales de prácticas para el Modelo de Educación Artística en las unidades operativas de Prestaciones Sociales y a la gestión de los Grupos Artísticos Representativos del IMSS.

Deporte y cultura física

Con el Programa Nacional de Activación Física y las metas del Día del Desafío se impulsa el desarrollo de actividades deportivas y de cultura física con la finalidad de fomentar la adopción de estilos de vida saludables, lo cual servirá de base para contribuir a las metas solicitadas en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA). Con el Programa “Por tu Salud, Camina”, se busca activar al mayor número posible de usuarios de las UOPSI, trabajadores del IMSS y público en general de las cuatro delegaciones del Valle de México.

Capacitación y adiestramiento técnico

Se planea diversificar la cartera de cursos, talleres, pláticas y eventos de capacitación presencial, laboral y a distancia; fomentar la inclusión laboral de las personas con discapacidad a la planta productiva; fortalecer los servicios del CECART; promover mediante un estilo de vida activo y saludable los servicios de Prestaciones Sociales en los trabajadores y sus familias a través de la vinculación con el sector empresarial, organismos no gubernamentales y de la sociedad civil; fortalecer la certificación de los docentes a través del ROCO; y gestionar el aval académico con otras instancias educativas o empresariales.

Sistemas tecnológicos

Para el segundo semestre de 2011 se deberán realizar las adecuaciones de los Criterios del Programa Anual de Actividades 2012, mismo que generará la versión 2.1.3. del SIPSI.

También se tiene considerado el rediseño del SIPSI, con el objetivo de estar en la plataforma WEB, de manera centralizada y en línea. Esto permite contar con información en todo momento.

El rediseño del SIPSI abarca diversos procesos, entre los que se encuentran la planeación y programación de servicios; la inscripción a cursos y actividades complementarias; el cobro de cuotas de recuperación por servicios; el registro de asistencias a cursos regulares, actividades complementarias, teatros y uso de instalaciones; la elaboración de los informes de resultados (DATAMART) y avances de metas, productividad y presupuesto; la promoción y difusión de actividades; la conciliación de ingresos y los enlaces con sistemas internos y externos.

V.3. GUARDERÍAS

El servicio de Guarderías proporciona atención y cuidados a los menores durante la jornada laboral de sus madres o padres, con lo cual se cubre el riesgo de que trabajadoras y trabajadores asegurados con derechos no puedan proporcionar atención a sus hijos de 43 días de nacidos a cuatro años de edad, durante su jornada laboral.

Por tal razón, la estrategia del servicio de guardería busca, por una parte, fortalecer la prestación mediante la regulación, supervisión y evaluación del servicio y, por otra, responder a la demanda mediante la apertura de nuevas unidades operativas o el incremento de lugares disponibles en las ya existentes.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Calidad

A fin de mejorar la calidad del servicio que se ofrece en beneficio de los menores que asisten a las guarderías, a finales de 2010 la Coordinación de Guarderías emprendió una iniciativa llamada “Desarrollo Armónico, nuestra Responsabilidad” (DAR). Esta iniciativa abarca la revisión integral y el rediseño de los procesos de administración, alimentación, fomento de la salud y pedagogía que se llevan a cabo en las guarderías, así

A fin de mejorar la calidad del servicio, se creó el programa DAR. Con este programa se han revisado y rediseñado los procesos de administración, alimentación, fomento de la salud y pedagogía que se llevan a cabo en las guarderías.

como el diseño de los procedimientos de planeación y ejecución de la supervisión. Con base en ello, se actualizó la normatividad correspondiente y se desarrolló un soporte tecnológico de vanguardia para facilitar el cumplimiento de las responsabilidades operativas.

En materia de alimentación, los principales objetivos que guiaron el rediseño son la prevención de la obesidad infantil y de alergias, así como la formación de buenos hábitos alimenticios en los niños. Para ello se diseñaron nuevos menús balanceados con base en las necesidades nutrimentales por edad (tabla V.10). Lo anterior llevó a modificar la edad de inicio de la ablactación del cuarto al sexto mes, para prevenir reacciones alérgicas y fomentar la lactancia materna. Por ello, también se inicia la ablactación con una sola verdura o fruta por semana. Se modifica el tipo de alimentos que se introducen por régimen, se elimina el consumo de jugos y concentrados, y se promueve el de agua natural o de frutas, se reduce la utilización de azúcares añadidos y grasas y se elimina el consumo de embutidos. Estos menús atienden las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Asociación Mexicana de Pediatría.

Con relación al fomento a la salud, se rediseñaron los procesos para fortalecer el seguimiento y la reacción oportuna ante casos de urgencia, el control de

inmunizaciones, la vigilancia epidemiológica y para la detección de sobrepeso o bajo peso.

En cuanto el programa pedagógico, se pretende lograr una mejor preparación de los menores para la educación preescolar y sensibilizar al personal sobre la importancia de sus funciones en cada una de las etapas de desarrollo infantil. Se analizaron iniciativas de vanguardia para incorporar la aplicación de mejores prácticas educativas, reforzar la formación de hábitos y el desarrollo psicomotriz, cognitivo y afectivo-social.

En las guarderías, los principales objetivos de mejora en materia de alimentación son la prevención de la obesidad infantil y de alergias, así como la formación de buenos hábitos alimenticios.

Para ello, se incorpora un mayor número de actividades pedagógicas por sala de atención y se proporcionan herramientas didácticas para diseñar otras actividades que fortalezcan el desarrollo del menor. También se actualiza la herramienta para la evaluación del desarrollo del niño con base en pruebas estandarizadas y reconocidas nacional e internacionalmente. De igual forma, se monitorea el nivel de desarrollo alcanzado

TABLA V.10. TIPO DE ALIMENTOS QUE SE INTRODUCEN POR RÉGIMEN

Edad	Régimen	Aspectos relevantes
43 días a 5 meses 29 días	Lactantes	Se amplía la alimentación con fórmula láctea hasta los 5 meses 29 días
6 meses a 6 meses 29 días	Complementaria I	Introducción de una sola verdura o fruta por semana
7 meses a 7 meses 29 días	Complementaria II	Introducción de cereales
8 meses a 9 meses 29 días	Complementaria III	Introducción de carnes y leguminosas
10 meses a 10 meses 29 días	Transicional I	Se elimina el huevo, la leche de vaca y los embutidos
11 meses a 11 meses 29 días	Transicional II	Se introduce pure de yema de huevo
12 meses a 12 meses en adelante	Normal I y II	Se introduce huevo completo y lácteos, y se reduce la utilización de azúcares añadidos y grasas

Fuente: IMSS.

y se incorporan actividades de estimulación motriz, sensorial y de lenguaje para conformar un programa que permita contrarrestar las limitaciones identificadas en la evaluación. Asimismo, se proporciona información detallada sobre el desarrollo del apego en el niño y los vínculos que establece con las personas que lo cuidan.

El rediseño de procesos de administración promueve la cultura de autoevaluación de las guarderías a fin de que siempre se encuentren en condiciones óptimas de funcionamiento. También se pone énfasis en que los encargados y empleados de las guarderías conozcan sus funciones. Para lograrlo se prevé la elaboración del Programa de Capacitación con base en las necesidades del personal en cada guardería, así como la definición de cursos genéricos y la incorporación de un Código de Conducta.

En las guarderías, la supervisión y su seguimiento son fundamentales para asegurar la calidad del servicio. Por ello se diseñaron los procedimientos para la planeación y la ejecución de la supervisión. La planeación de la supervisión se realizará tomando en consideración el número de unidades, el personal disponible, su ubicación y las distancias entre las unidades, entre otros factores.

Se rediseñaron los procesos para fortalecer el seguimiento y la reacción oportuna ante casos de urgencia, el control de inmunizaciones, la vigilancia epidemiológica y la detección de sobrepeso o bajo peso.

La supervisión, se realizará trimestralmente a cada guardería, incluyendo las visitas de seguimiento que sean necesarias. La supervisión se ocupará de inspeccionar la operación de las guarderías en aspectos administrativos, alimentarios, de fomento de la salud y pedagógicos. Los resultados de las supervisiones podrán consultarse en un módulo del Sistema de Información y Administración de Guarderías (SIAG), de tal manera que cada Delegación podrá dar seguimiento puntual y estricto del cumplimiento del programa de supervisión,

de las observaciones realizadas por irregularidades detectadas y su atención hasta su total conclusión.

Dentro de esta iniciativa de mejora, se contempla establecer canales de comunicación con los padres de familia a fin de mantenerlos informados sobre las actividades pedagógicas, el desarrollo de sus hijos y el cuidado de su salud. La intención es propiciar la continuidad de las acciones de la guardería en los espacios donde el menor se desenvuelve, de tal forma que se consiga complementar en casa adecuadamente su alimentación y su desarrollo psicomotriz, cognitivo y afectivo-social.

Estos procedimientos de operación de las guarderías y los de supervisión fueron probados mediante una implementación controlada en seis guarderías de tres delegaciones, cuyos resultados arrojaron sugerencias para su funcionalidad a nivel operativo.

En este sentido, en junio de 2011 se impartió la capacitación sobre los nuevos procedimientos a todos los Jefes de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales (35), a los Jefes del Departamento de Guarderías (35) y las Coordinadoras Zonales (216) de todas las delegaciones, quienes a su vez hicieron la difusión de la normatividad al personal de las 1,452 guarderías, a fin de lograr la implantación de todos los procesos del proyecto DAR durante septiembre.

Finalmente, como parte del diagnóstico nacional de seguridad en guarderías realizado por la Secretaría de Gobernación y el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC), el Instituto cumplió con el compromiso de efectuar la carga de información sobre las guarderías del IMSS, mediante aplicación web, entre finales de 2009 y mayo de 2010.

Seguridad

Durante 2010 la Coordinación de Guarderías continuó con sus esfuerzos en el fortalecimiento del modelo de guarderías al establecer estándares más rigurosos

en materia de seguridad y protección civil, así como niveles mínimos de calidad del servicio y satisfacción del usuario. La prioridad fue proveer un servicio de calidad, en inmuebles que garantizaran la seguridad de los usuarios y generar una cultura de seguridad y protección civil, con especial énfasis en la prevención.

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

En consecuencia, se definieron estándares de seguridad más rigurosos que deben cumplir las guarderías y se incluyeron en los contratos de prestación del servicio como una obligación para mantener la relación contractual con el IMSS. También se estableció la obligación de efectuar revisiones sobre el cumplimiento de las medidas de seguridad a cada guardería con una periodicidad mínima de seis meses, por medio de la aplicación de una cédula de verificación diseñada para ese efecto. Tan solo en julio de 2010, las delegaciones efectuaron cerca de 1,840 visitas a guarderías, las cuales constataron el cumplimiento de las medidas de seguridad, permitiendo dar continuidad a la prestación del servicio.

En las guarderías de prestación directa se llevó a cabo una inversión de 40.4 mdp para la compra de equipo y mobiliario de las 134 Guarderías Ordinarias y las ocho Guarderías Madres IMSS, para trabajos de remodelación y mantenimiento, dando especial atención a los requerimientos en materia de seguridad. A mayo de 2010, se concluyeron los cambios y adaptaciones del edificio de la Guardería Madres IMSS IV dentro del conjunto de edificios del CMN "La Raza", obra que tuvo una inversión de 16.1 mdp.

Los elementos de seguridad que cumplen desde 2009 las guarderías de prestación directa e indirecta se

encuentran en el documento "Estándares de Seguridad y Protección Civil que deberán cumplir a partir del 1 de enero de 2010 las guarderías contratadas por el IMSS para la prestación del servicio y las guarderías que operan bajo el esquema de subrogación, así como las que administra directamente el IMSS". Este documento contiene algunas de las medidas que se contemplaban en la legislación vigente en 2009, así como mayores estándares de seguridad que se consideraron deseables.

Los principales elementos de seguridad obligatorios en las guarderías consisten en: sistema de alarma con panel de control, batería de respaldo, señal de alerta visual y auditiva enlazada a una central o servicio de emergencia; un detector de humo por cubículo, por pasillo y cada 80 metros cuadrados en superficies mayores. Estos detectores de humo deben estar integrados al sistema de alarma y conectado a un tablero con indicadores luminosos. También son obligatorios extintores colocados a 15 metros desde cualquier lugar ocupado; iluminación de emergencia en rutas de evacuación y áreas de tránsito; así como película de protección en cristales de ventanas y puertas. Las guarderías cuentan con al menos una salida de emergencia, diferente de la puerta de acceso. Las puertas son abatibles en sentido de la salida, con barra anti-pánico colocada a 1.10 metros de altura con sistemas de detección de apertura debidamente identificadas. También deben contar con rutas de evacuación, señalización y puntos de reunión.

Además, el Instituto consideró necesario incluir en las guarderías retardantes al fuego en plafones, muros y muebles, cuando están hechos de materiales inflamables. Asimismo, se prohibió el uso de ciertos materiales de construcción que, por su nivel de inflamabilidad, pudieran constituir un riesgo importante en caso de incendio, tales como techos de lámina sin plafón falso resistente al fuego; plafones de lona o telas de cualquier género; plafones con materiales combustibles como cartón con texturas y/o aglomerados de madera; láminas de asbesto para cualquier uso; techos de fibra de vidrio para asoleaderos y espacios similares; lámparas sin gabinete; balastras con chapopote en lámparas;

puertas de intercomunicación menores de 0.90 metros; o válvulas sin cierre rápido en cocina y calentador.

Se estableció una distancia mínima posible de 50 metros entre las guarderías y gasolineras, empresas gaseras, fábricas u otros inmuebles que por su naturaleza pudieran constituir un riesgo importante para la guardería. Si la normatividad municipal o estatal establece distancias mayores, se debe atender por encima del requerimiento del IMSS.

A mayo de 2011 se habían realizado 6,000 simulacros mensuales de evacuación en las guarderías IMSS. Además, se había instalado equipamiento en materia de protección civil en todas las guarderías, conforme a los lineamientos adoptados en 2010.

En la tabla V.II se muestran algunos de los principales elementos del equipamiento en las guarderías.

El personal debe recibir capacitación en el uso de extintores para realizar simulacros de evacuación, así como a los integrantes de la unidad interna de Protección Civil para realizar un simulacro semanal. Además, se cuenta con equipo de protección, como identificadores (chaleco, brazalete, gorra, etcétera), cascos protectores, etcétera.

Precisamente, uno de los elementos clave para la prevención consiste en la elaboración de un Programa Interno de Protección Civil, el cual debe incluir planes de emergencia específicos que correspondan a las características de cada inmueble en particular, así como sus riesgos internos y externos. Esto a fin de que cada actor tenga conocimiento preciso de sus funciones en caso de presentarse algún evento riesgoso (incendio, sismo, inundación, etcétera). El Programa también debe contener un calendario de simulacros de evacuación y acreditar su ejecución.

Las autoridades de protección civil dan visto bueno visto a las condiciones de seguridad de las guarderías. Además, se certifica el mantenimiento de instalaciones

TABLA V.11. EQUIPAMIENTO INSTALADO EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL EN LAS GUARDERÍAS DEL IMSS CON BASE EN LOS LINEAMIENTOS ADOPTADOS EN 2010
(AL MES DE MAYO 2010)

Concepto	Total
Extintores	13,632
Detectores de humo	27,424
Lámparas de emergencia	13,535
Salidas de emergencia con barras antipánico	1,628
Película antiastillante en cristales	Todas las guarderías
Retardante al fuego aplicado en todo mobiliario, paredes o pisos de madera	Todas las guarderías
Señalización en espacios y rutas de evacuación	Todas las guarderías
Contratos de servicio de alarma o emergencia	Todas las guarderías
Certificación del estado de las instalaciones eléctricas	Todas las guarderías
Certificación del estado de las instalaciones de gas	Todas las guarderías
Dictamen estructural del inmueble autorizado y avalado por expertos en la materia	Todas las guarderías
Simulacros de evacuación	6 mil simulacros mensuales
Total de Guarderías	1,451

Fuente: IMSS.

equipos extintores, el estado de instalaciones eléctricas y de gas, y se realiza un dictamen de revisión estructural. Se revisan las licencias de funcionamiento y uso de suelo, los contratos de servicio de alarma y seguridad, y las bitácoras de mantenimiento y pólizas de seguro de responsabilidad civil con vigencia igual a la del contrato. De igual forma, se revisan las rutas de evacuación y puntos de reunión, garantizándose que el tiempo máximo de evacuación a un lugar seguro sea igual o menor a 3 minutos. Cada inmueble debe contar con sus constancias de revisión.

La seguridad de los menores en las guarderías depende de las medidas de seguridad y protección civil en los inmuebles, pero también de una serie de procedimientos para prevenir accidentes y enfermedades durante la estancia de los menores. En este sentido, para asegurar el cuidado adecuado de los niños en guarderías y acceder a información precisa y de forma oportuna sobre los mencionados indicadores, se ha estado desarrollando el proyecto Monitor. Esto ha implicado la actualización del SIAG para que contemple la funcionalidad para la entrega y/o recepción de los menores mediante la verificación de la huella digital. También se incluye el registro de asistencia de los trabajadores, lo que permite monitorear permanentemente que las guarderías cuenten con el personal necesario para dar la atención.

En esta materia, también se ha contribuido a los esfuerzos realizados por la APF en cuanto al establecimiento de un marco legal para la operación de las guarderías. El Instituto tuvo una participación constante en el diseño de la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, "Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad". Esta Norma, elaborada por la Secretaría de Salud y publicada en febrero de 2011, establece las características y requisitos mínimos con los que debe contar todo establecimiento en donde se proporcionen servicios de asistencia social.

De igual manera, el Instituto junto con la APF ha participado en la elaboración del proyecto de Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado

y Desarrollo Integral Infantil, la cual fue aprobada por el Poder Legislativo y se encuentra en etapa de publicación. Esta iniciativa tiene como finalidad regular y establecer los requisitos mínimos para la operación de los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención, cuidado y desarrollo integral infantil, en los tres niveles de gobierno, así como lo referente a medidas de seguridad y de protección civil aplicables a este tipo de establecimientos.

Mecanismo de Participación Social en Guarderías

La principal característica de la estrategia de seguridad y calidad consiste en incorporar a los jueces más importantes de la labor del Instituto: los padres de familia de los niños que asisten a las guarderías IMSS, quienes mediante el Mecanismo de Participación Social, han sido testigos del cumplimiento de las medidas de seguridad en las guarderías.

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

Como una acción para lograr el involucramiento de los padres de familia usuarios, a través de su observación sobre las condiciones de seguridad integral en las guarderías, el IMSS solicitó a Transparencia Mexicana A.C. diseñar un mecanismo para facilitar, estructurar y sistematizar la participación de los padres de familia bajo los principios de aleatoriedad en su selección, participación voluntaria y homogeneidad en la información que se levante, la cual se integra a través de un sistema supervisado por Transparencia Mexicana, con lo que se busca la transparencia al hacer públicos los informes resultantes de cada visita que realizan.

Este mecanismo donado por Transparencia Mexicana, prevé la selección mensual de manera aleatoria de 160 guarderías y siete padres de familia de cada una, a quienes se les extiende una invitación personalizada a participar en una visita programada a la guardería donde asisten sus hijos. Los padres que aceptan y confirman su participación realizan el recorrido asistidos por una guía elaborada para ello, cuyos resultados se capturan por Internet para obtener un reporte de resultados que se publica en la guardería y en el portal del IMSS. De los resultados obtenidos, Transparencia Mexicana hace recomendaciones al IMSS, quien emprende acciones para la mejora del servicio.

De esta forma, el mecanismo facilita el involucramiento de los padres de familia, al activar su participación de manera directa, efectiva y organizada, en los esfuerzos que lleva a cabo el Instituto, para preservar la integridad de los niños en las guarderías. Asimismo, permite conocer la percepción de los padres de familia en relación con las medidas que garantizan la seguridad integral del menor.

La seguridad integral del menor incluye tres factores principales. El primero es garantizar la seguridad de los inmuebles, poniendo énfasis en que se encuentren equipados para enfrentar cualquier siniestro posible y ofreciendo facilidades para la evacuación ante una emergencia. El segundo es la salud de los menores, el cual implica la prevención de enfermedades mediante la preparación higiénica de alimentos y la revisión diaria para detectar oportunamente síntomas de enfermedad que podrían poner en riesgo la salud de los menores. El tercero es la prevención de accidentes dentro de la guardería. Esto implica la utilización de materiales antiderrapantes, no tóxicos, establecer indicadores de personal que permiten una atención adecuada de los menores y normas que evitan que estos transiten por la guardería solos.

El mecanismo comenzó a funcionar a nivel nacional en octubre de 2010. A junio de 2011 se han realizado 1,227 visitas a guarderías, con una participación de 7,414 padres de familia usuarios del servicio. El tiempo invertido por cada padre fue de dos horas por visita, lo que arroja un total de 14,828 horas invertidas por la sociedad civil en este ejercicio.

A junio de 2011, 7,414 padres de familia usuarios del servicio han sido testigos del cumplimiento de las medidas de seguridad en las guarderías. En 98 por ciento de las visitas, los padres han evaluado positivamente el cumplimiento de todas las medidas de seguridad.

Del total de visitas realizadas de octubre de 2010 a junio de 2011, en 572 se obtuvo 100 por ciento de respuestas “favorables”; en 627 entre 90 y 99 por ciento; en 26 van de 80 a 89 por ciento, y solamente dos arrojan resultados menores a 80 por ciento. El resultado global es 98.2 por ciento de respuestas favorables (tabla V.12).

Esta experiencia novedosa promueve la participación ciudadana y de los servidores públicos. También se fomenta la cultura de rendición de cuentas dotando a los padres de familia de herramientas para participar en asuntos públicos de su interés. Además, propicia la publicidad y facilita el acceso a la información pública, dando la oportunidad a los padres y madres usuarios de que sus opiniones sean públicas y sean analizadas para la toma de decisiones.

El Mecanismo de Participación Social promueve la participación ciudadana, la cultura de rendición de cuentas y dota a los padres de familia de herramientas para participar en asuntos públicos de su interés.

TABLA V.12. VISITAS
(OCTUBRE 2010-JUNIO 2011)

Realización de visitas					Guarderías por rango de respuestas favorables							
					Rangos							
					100%		90-99%		80-89%		Menor a 80%	
Mes / año	Periodo	Visitas	Padres	Horas	Guard.	Porc.	Guard.	Porc.	Guard.	Porc.	Guard.	Porc.
Octubre 2010	18 - 22	120	747	1,494	41	34.2	75	52.5	3	2.5	1	0.8
Noviembre 2010	22 - 25	166	1,007	2,014	69	41.6	93	56.0	4	2.4	-	-
Enero 2011	17 - 21	165	984	1,968	76	46.1	83	50.3	5	3.0	1	0.6
Febrero 2011	21 - 25	166	1,036	2,072	82	49.4	76	45.8	8	4.8	-	-
Marzo 2011	22 - 28	159	957	1,914	68	42.8	89	56.0	2	1.3	-	-
Abril 2011	25 - 29	158	943	1,886	82	51.9	73	46.2	3	1.9	-	-
Mayo 2011	23 - 27	153	914	1,828	83	54.2	70	45.8	-	-	-	-
Junio 2011	20 - 24	140	826	1,652	71	50.7	68	48.6	1	0.7	-	-
Total		1,227	7,414	14,828	572	46.6	627	51.1	26	2.1	2	0.2

Fuente: IMSS.

Los resultados y el alcance que ha tenido el Mecanismo de Participación Social muestran cómo una política pública transparente y abierta genera sinergias enfocadas a fortalecer los servicios públicos en beneficio de la población. Se pretende institucionalizar este Mecanismo para que forme parte de la normatividad.

Transparencia

A partir de julio de 2009 se ha puesto a disposición de la población en general a través de la página web del IMSS cada vez más información sobre las guarderías, tales como contratos, actas constitutivas de las sociedades con los nombres de los socios y representantes legales, la cédula de Seguridad y Protección Civil de 10 puntos, el currículum de la directora de cada guardería y el reporte de la visita de los padres de familia considerado dentro del Mecanismo de Participación Social en Guarderías.

De igual manera, se hace pública la información relativa a la capacidad instalada en cada inmueble, la cuota que el Instituto paga por niño, la vigencia del contrato y los nombres de los socios. Este sitio está disponible en el portal del IMSS en la siguiente dirección: <http://www.imss.gob.mx/guarderias>.

El expediente de cada guardería ha sido digitalizado y ordenado en forma electrónica. El expediente cuenta con alertas que permiten identificar la conclusión de la vigencia, por lo que es constantemente actualizado por las delegaciones del Instituto y concentra la información histórica de todas las guarderías del IMSS. Por lo tanto, el control de los expedientes es otra forma de garantizar la seguridad de las guarderías. Estos expedientes contienen documentación sobre la seguridad de la estructura, de instalaciones eléctricas y de gas, los permisos de uso de suelo y dictámenes de protección civil que avalan el funcionamiento y cumplimiento puntual de la legislación de seguridad y protección civil. Los expedientes también incluyen la cédula de seguridad mediante la cual el IMSS verifica el cumplimiento de las medidas establecidas en el contrato de prestación de servicio y la posesión legal del inmueble, entre otros documentos.

En materia de transparencia también se ha avanzado en facilitar a los usuarios la realización del trámite de inscripción. Los padres que deseen inscribir a sus hijos en una guardería podrán iniciar el trámite desde Internet, pudiendo consultar guarderías de acuerdo con su ubicación geográfica o bien a la disponibilidad de lugares sin necesidad de acudir a la unidad. También se podrán ver fotografías de los inmuebles y se tendrá referencia a los servicios adicionales a los que requiere el IMSS a los prestadores del servicio, tales como circuito cerrado,

aire acondicionado, estacionamiento, certificaciones en modelos de calidad, entre otros.

Asimismo, el usuario contará desde el inicio del trámite con todos los requisitos que se deben cumplir para concluir la inscripción y tendrá a su disposición los datos de contacto de las unidades médicas donde deberá realizar su cita para valoración del menor. De igual forma, el usuario podrá registrar una solicitud de inscripción en caso de no encontrar lugar en la guardería de su preferencia, lo que permitirá disponer de una sola base de datos de solicitudes pendientes de atención y asignar por sistema el lugar, según el orden de las solicitudes. Este proyecto se ha comprometido en el PMG.

Programa Ayuda en Efectivo

De conformidad con las instrucciones del H. Consejo Técnico, la DPES emitió, el 29 de diciembre de 2009, los “Lineamientos para otorgar a los trabajadores una ayuda en efectivo equivalente a la cuota que cubre el Instituto a los prestadores de servicio de guardería en la localidad correspondiente, a fin de que se proporcionen a sus hijos los cuidados necesarios durante su jornada de trabajo”. El 12 de enero de 2010 se emitieron los lineamientos a seguir para la emisión del pago para la “Ayuda en Efectivo”, por lo que a partir de febrero de 2010 se lleva un seguimiento mensual de los pagos que se realizan por este concepto.

De mayo de 2010 a mayo de 2011, se han otorgado 11,314 ayudas en efectivo por un monto total acumulado de 30.9 mdp, como se muestra en la tabla V.13.

Programa de Expansión

En el marco del Programa de Expansión 2010, de mayo de 2010 a mayo de 2011, se incrementó en 4,819 lugares la capacidad instalada en el sistema de

TABLA V.13. MONTO DE LA AYUDA EN EFECTIVO PAGADA
(MAYO 2010-MAYO 2011)

Delegación	Número de ayudas en efectivo (pagadas)	Monto de las ayudas en efectivo (acumulado)
Baja California Sur	2,014	5,583,288.78
Campeche	72	177,535.01
Coahuila	70	150,138.68
Distrito Federal Norte	1,221	3,377,218.71
Distrito Federal Sur	828	2,297,566.40
Durango	954	2,305,182.97
Guanajuato	334	3,542,336.92
Guerrero	1,184	2,871,270.62
Hidalgo	1,562	3,490,767.01
Jalisco	200	471,506.91
México Poniente	277	682,306.29
Morelos	57	107,002.50
Quintana Roo	1,154	2,657,985.04
Sinaloa	299	716,151.36
Tabasco	291	741,414.66
Tlaxcala	494	1,170,110.04
Veracruz Sur	303	571,231.68
Total	11,314	30,913,013.58

Fuente: IMSS.

guarderías, que corresponde al inicio de operaciones de una unidad de 100 lugares y a la ampliación de capacidad instalada en 4,719 lugares en 78 guarderías. Sin embargo, se redujo el número de lugares disponibles en 3,318 por reducción de la capacidad instalada de 334 lugares en nueve guarderías y de 2,984 lugares en 29 guarderías que dejaron de operar por causas como el vencimiento de contratos durante el 2010, la rescisión o terminación anticipada de la relación contractual con algunos prestadores del servicio o por decisión de los propios prestadores.

Derivado de lo anterior, a mayo de 2011 se cuenta con una infraestructura total de 1,451 guarderías con una capacidad instalada de 234,442 lugares, que representa un decremento de 1.95 por ciento en el

número de unidades y un incremento en la capacidad instalada de 0.64 por ciento, con respecto a mayo de 2010. (tabla V.14.)

TABLA V.14. EXPANSIÓN DE GUARDERÍAS
(MAYO 2010-MAYO 2011)

Concepto	Mayo 2010	Mayo 2011	Variación	
			Absoluta	Relativa
Guarderías	1,480	1,451	-29	-1.9
Capacidad Instalada	232,941	234,442	1,501	0.6

Fuente: IMSS.

Con la finalidad de contar con un número mayor de lugares disponibles para brindar el servicio de Guarderías, se emitieron los “Criterios para la Autorización de Ampliación de Capacidad Instalada en Guarderías del Esquema Vecinal Comunitario Unico y del Esquema de Guardería Integradora” aplicable a las guarderías que actualmente prestan el servicio. En mayo se autorizó la ampliación de capacidad instalada en 31 guarderías por 2,337 lugares, para lo cual se dará seguimiento a la formalización de los convenios modificatorios correspondientes.

Evaluación del servicio y satisfacción del usuario

De acuerdo con la Encuesta de Satisfacción a Usuarios de Guarderías, 98 por ciento de los usuarios están satisfechos con el servicio que reciben en las guarderías IMSS; 97 por ciento opina que son buenas o muy buenas las condiciones de seguridad con las que cuenta la guardería donde reciben el servicio, 94 por ciento considera que la guardería donde se encuentra su hijo es segura y 91 por ciento no cambiaría a su hijo de guardería aun cuando tuviera la opción de elegir.

A mayo de 2010, 98 por ciento de los usuarios estaban satisfechos con el servicio de las guarderías IMSS; 97 por ciento opinaba que son buenas o muy buenas las condiciones de seguridad y 91 por ciento señaló que no cambiaría a su hijo de guardería aun cuando tuviera la opción de elegir.

Esta encuesta se levantó en el marco de colaboración que el IMSS tiene con Transparencia Mexicana, por lo que se garantiza su independencia e integridad en los resultados. La encuesta se levantó en mayo de 2010 entre 12,117 derechohabientes usuarios del servicio de guarderías y/o personas autorizadas para llevar o recoger a hijos de derechohabientes usuarios del servicio de guarderías a las mismas. Los detalles sobre la metodología empleada, los cuestionarios y las bases de datos que los sustentan son de carácter público y se encuentran en la página de Internet del Instituto.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Calidad

La implantación de los procesos rediseñados de pedagogía, alimentación, fomento de la salud y administración dió inicio en septiembre. Para ello, se capacitó al personal del IMSS, mismo que a su vez difundió la nueva normatividad al personal de las guarderías. Éstas, durante el mes de agosto, capacitaron a todo su personal, sostuvieron pláticas con los padres de familia sobre el Proyecto DAR, los cambios principales en la normatividad y los beneficios de la implantación del Programa CHIQUITIMSS.

A fin de asegurar la correcta implantación, las Coordinadoras Zonales de las delegaciones efectuarán el monitoreo del estatus de los procesos, proveyendo la asesoría necesaria tanto para delegaciones como para

los prestadores del servicio de Guarderías durante el periodo septiembre a noviembre de 2011.

Del mes de junio a diciembre de 2011 se realizarán acciones para establecer una comunicación más directa con los padres de familia, difundiendo temas de interés sobre el cuidado infantil. y se hará el levantamiento de encuestas de satisfacción del usuario.

El rediseño de los procesos realizado ha implicado el desarrollo de proyectos tecnológicos. Se prevé la conclusión de varios de estos proyectos hacia finales de 2011, incluidas pruebas de usuario, pruebas piloto y liberación. Destaca el trámite de inscripción a guardería por Internet, el cual consiste en una herramienta tecnológica que sirva al asegurado para realizar la solicitud de inscripción vía Internet, lo cual facilitará y reducirá el tiempo para la realización del trámite. También se prevé la conclusión del control de peso y talla, cuyo propósito es llevar el control de peso y talla de los menores en las guarderías, así como del control de inmunizaciones, que tiene como objetivo llevar el control de las vacunas de los menores en las guarderías. Además, se trabajará en la seguridad de la base de datos, para implementar mejores prácticas de seguridad en la información de las guarderías, tanto de prestación directa como indirecta, así como implementar seguridad en los datos personales de niños y padres.

Otro proyecto destacado es la Planeación de la Supervisión-Asesoría (Fase I). Se trata de una herramienta tecnológica que permite el registro del calendario anual de trabajo de supervisión-asesoría por delegación y los reportes mensuales y trimestrales de cumplimiento del mismo. Se avanzará también en la Evaluación del Desarrollo de los menores en las guarderías (Fase II). Además, se trabajará en una herramienta tecnológica que permitirá registrar y dar seguimiento a las supervisiones realizadas por delegación, así como en otra dedicada a la planeación y control de alimentos dentro de las guarderías del IMSS.

Para el cuarto trimestre de 2011 se llevará a cabo el rediseño de los procesos relativos a guarderías del

campo y a la operación del área de discapacidad en guarderías integradoras, que concluirá en diciembre de 2011. Se iniciarán las actividades de desarrollo del Sistema de Información y Administración de Guarderías (SIAG), Subsistema de Integradoras, Automatización de procesos de los menores con discapacidad (inscripción, registro, control de asistencia y desarrollo del menor), así como para las guarderías del campo.

Se dará seguimiento a los participantes inscritos a los cursos en línea que ofrece el INMUJERES: "Curso básico de género" y "Curso de prevención y atención del acoso y hostigamiento sexual".

En coordinación con la Comisión Nacional de Derechos Humanos se programará la capacitación en el ámbito de guarderías, sobre cursos relacionados con los derechos de la niñez y la prevención del maltrato infantil.

Con el apoyo de la Fundación Carlos Slim, para el segundo semestre del 2011 se capacitará a nivel nacional a la totalidad de Coordinadoras Zonales, en los temas Crecer Juntos y de Metodología de Educación Inicial para la reproducción de los mismos al interior de las guarderías del sistema.

Seguridad

En el segundo semestre de 2011 se dará seguimiento puntual a la correcta integración de los expedientes electrónicos de las guarderías, a la actualización de los documentos del visor de guarderías y a dar cumplimiento a las obligaciones de transparencia. Esto se hará con la incorporación de los convenios modificatorios de los contratos de prestación del servicio, los cuales se refieren a las ampliaciones de capacidad instalada, a los cambios de horarios de atención o de domicilio, así como a los ajustes de las cuotas de las guarderías derivadas de licitación pública nacional.

Asimismo, se invertirán 24.3 mdp para la sustitución de la Guardería de San Miguel de Allende, Guanajuato;

1.9 mdp en la ampliación y remodelación de la Guardería Ordinaria G-002 de San Luis Potosí, y 10.9 mdp en la adaptación del Centro de Seguridad Social para instalar la Guardería Ordinaria G-001 de Zacatecas.

Dentro del Mecanismo de Participación Social, se prevé que los padres de familia hayan visitado 100 por ciento las guarderías de prestación indirecta, por lo menos en una ocasión.

Dentro del Mecanismo de Participación Social, se prevé que los padres de familia hayan visitado 100 por ciento de las guarderías de prestación indirecta, por lo menos en una ocasión.

Programa de Expansión 2011

Se tiene previsto ampliar la capacidad instalada en cinco mil lugares en las guarderías existentes. Por ello, se emitieron los "Criterios para la Autorización de Ampliación de Capacidad Instalada en Guarderías del Esquema Vecinal Comunitario Unico y del Esquema de Guardería Integradora" a guarderías que estén en posibilidad de ampliar su capacidad instalada a partir del mes de octubre de 2011.

Cabe señalar que los principales criterios a considerar para la autorización de ampliación de capacidad instalada son los siguientes:

La ampliación de la capacidad instalada será posible en guarderías del esquema Vecinal Comunitario Unico y de Guardería Integradora, en este último, exclusivamente en el área regular. En el caso de que alguna guardería tenga doble turno se autorizarán ampliaciones exclusivamente en el turno matutino. Será necesario que se otorgue el servicio a niños de 43 días de nacido a 4 años de edad en un solo inmueble, que con la ampliación no se requiera cambio de esquema

o cambio en el horario estipulado en el Contrato de Prestación del Servicio, que la nueva capacidad total no exceda de 252 lugares y que no compartan el inmueble o servicios con preescolares.

Debe tener un puntaje igual o mayor a 90 por ciento en la supervisión integral del periodo noviembre-diciembre 2010 o enero-febrero 2011, 71 puntos en la Cédula de Calificación de Seguridad y Protección Civil en la evaluación realizada en el periodo noviembre 2010-enero 2011, igual o mayor a 90 por ciento en la Encuesta de Satisfacción del Usuario, con base en las evaluaciones realizadas en el último cuatrimestre de 2010.

Que el expediente de la guardería esté correctamente integrado y actualizado y no cuente con deducciones al pago por motivos operativos en los seis meses anteriores al envío del presente documento. El prestador interesado debe presentar la Carta de Manifestación de Interés.

El inmueble donde se llevará a cabo la ampliación de capacidad deberá cumplir en su totalidad con los indicadores vigentes de espacio y requisitos establecidos por el IMSS, tanto en salas de atención como en locales de servicio, independientemente de los requisitos arquitectónicos con los que le fue autorizado en el momento de haber iniciado operaciones. En caso de que sea propiedad del Instituto, la Delegación deberá contar con el permiso de uso temporal revocable vigente. Debe presentar copia del plano que se encuentra anexo al contrato vigente y proyecto ejecutivo de la ampliación de capacidad solicitada.

Cuando un inmueble requiera una remodelación a fin de ampliar su capacidad instalada y se afecte su estructura original, deberá contar con un dictamen estructural en función del proyecto de ampliación, firmado por un perito responsable registrado ante el municipio o delegación política.

Es importante aplicar la Cédula de Calificación de Seguridad y Protección Civil a las guarderías que manifestaron interés en ampliar la capacidad instalada

que no cuenten con la última evaluación semestral o bien, en caso de que se trate de una guardería derivada de una licitación que en su última evaluación haya obtenido un puntaje menor a 71 puntos.

V.4. SERVICIOS DE INGRESO

Por medio de los servicios de ingreso, el IMSS provee a sus asegurados, derechohabientes, trabajadores activos, jubilados, pensionados y a la población en general, servicios y prestaciones sociales establecidas en la LSS.

El IMSS cuenta con los Centros Vacacionales y Velatorios, así como con otras unidades no consideradas en la legislación, tal es el caso de la Unidad de Congresos y el Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS, las cuales fortalecen, en conjunto, el poder adquisitivo y amplían las oportunidades de desarrollo de sus usuarios.

De la estrategia

Durante el periodo que abarca este Informe, se ha puesto en práctica una estrategia para el Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS, la cual ha seguido dos ejes sustantivos. El primero busca incrementar los ingresos; para ello se incluyen acciones como: el rediseño de la política de precios bajos; el mejoramiento del abasto y surtido de mercancías; la difusión permanente de los programas, promociones y lanzamientos; la utilización de medios y recursos de bajo costo; el fortalecimiento de las prestaciones a través de programas como la Acumulación de Tarjetones de Descuento y el Vale Especial de Víveres para trabajadores activos, con la intención de duplicar el importe al que ordinariamente tienen derecho; la aceptación de la tarjeta de adultos mayores del Gobierno del Distrito Federal como medio de pago, así como el apoyo permanente a delegaciones y unidades operativas.

El segundo eje de la estrategia se enfoca en reducir el gasto. Entre las acciones que se incluyen está el redimensionamiento y reubicación de tiendas de acuerdo con su viabilidad comercial y financiera; la adecuación de los recursos humanos en tiendas conforme a la clasificación de sucursales, resultante del estudio iniciado en 2010 y la puesta en práctica del programa de mejora de la infraestructura tecnológica. Este programa tiene como finalidad consolidar la modernización de la plataforma tecnológica, a través de la adquisición impostergradable de 267 terminales punto de venta, 40 servidores y sus respectivas licencias de programa en ambos casos, 349 lectores de toma de inventario, 136 impresoras de cenefa, 136 verificadores de precio y 136 impresoras grupales, con un costo total de alrededor de 29.6 mdp.

El IMSS provee servicios y prestaciones sociales por medio de los Centros Vacacionales y Velatorios, así como con la Unidad de Congresos y el Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS.

Por su parte, en los Centros Vacacionales del Instituto y la Unidad de Congresos destacan cuatro ejes estratégicos. El primero tiene que ver con la implementación del Sistema de Administración Hotelera. Durante 2010 se logró concretar la adquisición de un Sistema de Administración Hotelero que traerá enormes beneficios en la operación de los Centros Vacacionales, Unidad de Congresos y la Oficina de Turismo y Convenciones. Con este sistema se optimizarán los controles en cada uno de los servicios ofrecidos y de los ingresos que estos generen; asimismo, brindará herramientas tecnológicas que permitirán ofrecer un mejor trato y atención a sus visitantes.

Este sistema permitirá atraer a un mayor número de personas al facilitar la realización y captación de reservaciones vía Internet, por medio del portal de los Centros Vacacionales y de páginas especializadas en turismo a nivel nacional e internacional. El sistema

permitirá el desarrollo y lanzamiento de nuevas estrategias de comercialización que involucren a importantes actores, promotores e intermediarios del sector y se facilitará la recepción de pagos vía *web* con tarjetas bancarias. También se podrá verificar en línea la disponibilidad de cada una de las instalaciones recreativas y de convenciones con las que cuenta el Instituto con la posibilidad de confirmación inmediata.

En términos de supervisión y control se podrá llevar con una gran seguridad y transparencia el proceso de registro y control de inventarios, cuentas contables, auditorías de movimientos realizados en el sistema y el control de diversos eventos que se realizan tanto en los centros vacacionales como en la Unidad de Congresos, permitiendo conocer el detalle de las acciones operativas y financieras.

El segundo eje es el Programa de Mercadotecnia y Comercialización. Con la finalidad de fortalecer el crecimiento de los usuarios en el periodo, la estrategia de mercadotecnia giró en torno a realizar acciones a través de un plan de medios electrónicos, envío de correos electrónicos masivos, publicaciones por Intranet, integración en redes sociales, posicionamiento en buscadores *web* y creación de una campaña digital. Asimismo, se llevará a cabo un análisis de la oferta y demanda de los Centros Vacacionales y de la Unidad de Congresos para establecer un programa de visitas segmentadas a los diferentes mercados potenciales, la calendarización de eventos, la programación de promociones y paquetes en donde se ofertarán todos y cada uno de los servicios e instalaciones de los Centros Vacacionales y la Unidad de Congresos. Con esto se busca lograr el reposicionamiento de las instalaciones en el público en general que actualmente desconoce todos los servicios de hospedaje, de recreación y de convenciones que ofrece el Instituto.

El tercer eje se enfoca en modificaciones al cálculo y vigencia de las cuotas de recuperación para los Centros Vacacionales IMSS, diferenciando por tipo de segmento y temporada, de acuerdo con las mejores prácticas que se utilizan en el sector hotelero. Con esto se pretende maximizar los ingresos y mejorar el estado de las

instalaciones, cubriendo las expectativas de servicio de los usuarios.

El cuarto eje es la optimización de la plantilla a fin de identificar las necesidades de personal de acuerdo con la temporalidad, ocupación pronosticada y su perfil. Actualmente, el costo de personal es fijo y no se ajusta a la estacionalidad de la demanda, generando altos costos operativos en temporadas bajas. Al contar con la plantilla y perfil adecuado, se podrá garantizar la prestación de los servicios con calidad y calidez en cada una de las áreas de los centros vacacionales.

En el caso del Sistema de Velatorios IMSS, la estrategia se orienta hacia tres iniciativas. La primera busca su expansión, para lo cual se definieron tres delegaciones en donde se construirán nuevas unidades operativas. El Comité Técnico del Fideicomiso de Beneficios Sociales (FIBESO) autorizó el presupuesto correspondiente para llevar a cabo los proyectos. Como parte de esta primera iniciativa, se instaló el horno crematorio en la ciudad de Monterrey y se cuenta con el predio para la instalación de horno crematorio en San Luis Potosí. Entre las acciones de esta iniciativa también se considera la reubicación de otros velatorios que no ofrezcan condiciones adecuadas para la provisión del servicio, o bien el establecimiento de nuevas unidades en localidades donde no se disponga del mismo y tengan una adecuada viabilidad comercial y financiera.

La segunda iniciativa se concentra en la promoción de los servicios funerarios. Esta estrategia se integra por acciones promocionales y de difusión periódica de los servicios funerarios en los diarios de mayor circulación, medios masivos de transporte e institucionales, impresos (tarjetón de pago, periódico del sindicato, comunicación interna, Noti IMSS e Internet, volantes y trípticos); videos informativos en salas de espera de unidades médicas y áreas administrativas institucionales en las delegaciones en que exista un velatorio.

El Comité Técnico del FIBESO autorizó una partida especial para llevar a cabo la promoción de los servicios funerarios, por lo que se elaboró el calendario para la

difusión en medios impresos y transporte público. En el primer semestre del 2011 se realizó publicidad en empresas, sindicatos y asociaciones mediante visitas del personal de promoción de la Dirección Técnica y de los Velatorios. Con la celebración de acuerdos, con los Directores de los Hospitales del Instituto, se logrará que los servicios funerarios que ofrecen los Velatorios IMSS, sean los primeros en difundirse en los hospitales.

La tercera iniciativa consiste en un programa integral de mantenimiento a inmuebles, dotación de equipos y espacios indispensables para los mismos. Se determinó asignar al Programa Integral de Mantenimiento un monto equivalente a 10.8 mdp, cifra que resulta del aumento en las cuotas de recuperación vigente a partir del 7 de julio de 2010. Estos recursos serán aplicados en los velatorios de Doctores y Tapachula. Con el fin de dotar a todas las unidades del mobiliario y equipo necesario para su adecuada operación y atender la normatividad de salubridad y protección civil, destacan las siguientes acciones: asignación de carrozas y vehículos administrativos; construcción de la infraestructura necesaria para personas con discapacidad, en particular lo relativo a rampas de acceso; construcción de almacenes para residuos infecto contagiosos; mejoramiento, renovación y dotación de equipo de cómputo e instalación de cámaras de video para vigilancia, entre otros.

De los resultados operativos y financieros de los servicios de ingreso

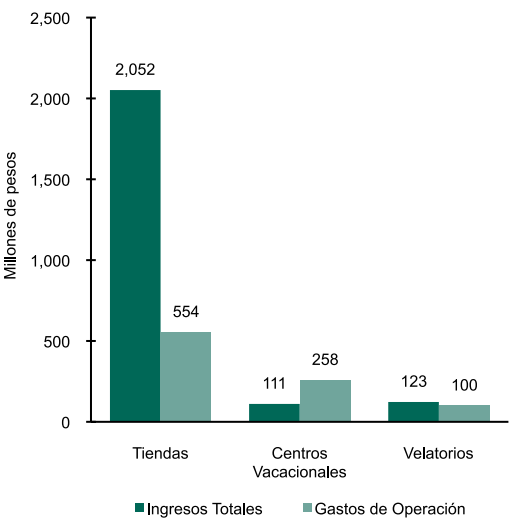
Durante el periodo de mayo 2010 a mayo 2011 se benefició a un total de 6.9 millones de usuarios en Tiendas, Centros Vacacionales, Velatorios y Unidad de Congresos del CMN “Siglo XXI”. Con ello se generaron ingresos por 2,297.1 mdp y se generó un déficit de operación de 448.2 mdp, lo que equivale a un decremento de 7.9 por ciento y a un incremento de 8.4 por ciento, respectivamente, en términos reales en relación con el mismo periodo del año anterior (tabla V.15).

Durante el periodo de mayo 2010-2011, 6.9 millones de usuarios se beneficiaron de los servicios ofrecidos en Tiendas, Centros Vacacionales, Velatorios y la Unidad de Congresos del CMN “Siglo XXI”.

Los gastos de operación en el mismo periodo, ascendieron a 918.8 mdp, cifra que representó un incremento real de 3.7 por ciento.

Los gastos de operación a ingresos totales representaron 27 por ciento, 232.9 por ciento, 81.1 por ciento y 62.2 por ciento en Tiendas, Centros Vacacionales, Velatorios y Unidad de Congresos del CMN “Siglo XXI”, respectivamente. Este comportamiento se atribuye a que la participación mayoritaria en el gasto programable corresponde al capítulo de personal en los cuatro servicios (gráfica V.1).

GRÁFICA V.1. INGRESOS Y GASTOS DE LOS SERVICIOS DE INGRESO (MILLONES DE PESOS)



Fuente: IMSS.

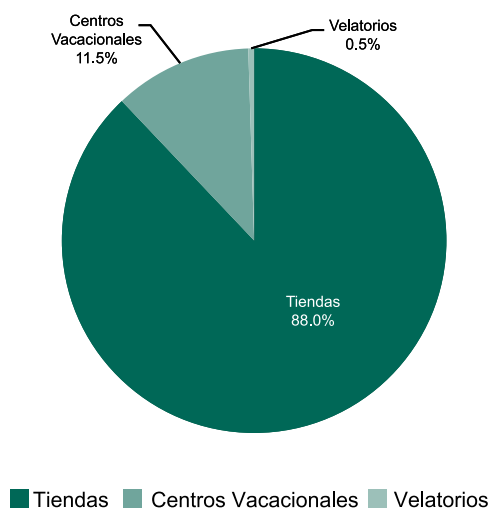
En el periodo que se informa, el Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS participó con 87.9 por ciento del total de los usuarios atendidos por los servicios de ingreso y los Centros Vacacionales aportaron 11.6 por ciento (gráfica V.2).

TABLA V.15. RESULTADOS OPERATIVOS Y FINANCIEROS DE LOS SERVICIOS DE INGRESO
(MILLONES DE PESOS, MAYO 2010-MAYO 2011)

Concepto	Tiendas	Centros Vacacionales	Velatorios	Unidad de Congresos	Total
Ingresos totales	2,051.8	110.7	122.7	11.9	2,297.1
Costos totales	1,790	N/A	36	N/A	1,826.6
Gastos de operación	554.0	257.9	99.5	7.4	918.8
Resultado de operación	-292.5	-147.2	-13	4.5	-448.2
Usuarios atendidos	6,119,958	807,109	33,953	953	6,961,973

Fuente: IMSS.

GRÁFICA V.2. USUARIOS ATENDIDOS POR SERVICIOS DE INGRESO



Fuente: IMSS.

INFORME DE LABORES DE MAYO 2010 A 2011

A continuación se describen las acciones más importantes para el periodo que se informa.

Del Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS

En términos de equipamiento informático, se concluyó con la puesta en marcha de los equipos punto de venta en 113 Tiendas que operaban desde hace más de 20

años con cajas registradoras electromecánicas. Este equipamiento consistió en la dotación de 150 terminales punto de venta, 113 servidores y el *software* para su operación. Este sistema brinda múltiples beneficios, entre los que destacan el control de la información de ventas por artículo, el fortalecimiento de los controles de inventario, la disminución de incidentes de interrupción del servicio por descomposturas de equipos, la implantación de un nuevo modelo contable basado en el sistema de costos promedio y su homologación en las 136 Tiendas, y la posibilidad de desarrollar estrategias de abasto y comercialización basadas en las preferencias de los clientes.

Se concluyó con la puesta en marcha de los equipos punto de venta en 113 tiendas que operaban desde hace más de 20 años con cajas registradoras electromecánicas.

El impacto que generan en la población usuaria las terminales punto de venta consiste en el otorgamiento de un servicio más ágil y expedito en el área de cajas en el que se disminuye el tiempo de espera promedio de los clientes sobre todo en días y horas pico. Además, el proceso de cobro de mercancía se realiza con exactitud y rapidez al no depender completamente del factor humano. Por su parte, la puesta en práctica del sistema punto de venta, permitirá otorgar a los usuarios de las

tiendas los beneficios que ofrecen la mayoría de las cadenas de autoservicio a sus clientes, como son los programas de lealtad, pago de servicios diversos, venta de tiempo aire para telefonía celular y ofertas especiales como el 3 X 2.

En cuanto al resurtido automático, en el mes de junio de 2010, con posterioridad a la instalación de los puntos de venta, inició a nivel nacional este esquema, el cual al día de hoy incluye a 163 proveedores de abarrotes, comestibles y no comestibles. El resurtido automático facilita la toma de decisiones, al generar automáticamente las órdenes de compra para los proveedores, con base en un histórico de ventas, rotación de cada uno de los artículos, así como el estado de los inventarios en las tiendas. Este mecanismo eliminó la discrecionalidad que prevalecía en el proceso de compra de mercancía, mismo que dependía del criterio del personal de cada unidad operativa. Esta herramienta de trabajo coadyuva a que las tiendas cuenten con un abasto oportuno y suficiente de productos, con base en la demanda real de cada localidad, con lo cual se mejora el surtido y variedad de mercancía que ofrecen para cubrir las necesidades de consumo de los usuarios.

También se ha dado continuidad a la Política de Precios Bajos, la cual consiste en establecer una canasta de artículos en los que las tiendas IMSS ofrecen a sus usuarios el precio de venta más bajo del mercado de acuerdo con la región (centro, norte y sur). El objetivo primordial es apoyar el poder adquisitivo de los trabajadores, jubilados, pensionados del Instituto y el público en general. Los productos de esa canasta se seleccionaron por pertenecer al grupo de artículos con mayor demanda en su categoría en el Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS, de acuerdo con la información emitida por la empresa ACNielsen, líder en investigación de mercados. Con esta acción se pretende recuperar el posicionamiento de las tiendas IMSS, como factores de apoyo a la economía de las familias mexicanas, generando importantes ahorros en su consumo de productos básicos. Para fortalecer esta política, se diseñó, elaboró y dotó a las tiendas del ámbito nacional, de material publicitario consistente en 3 tipos

de distintivos para destacar precios y ofertas, así como una manta por tienda para hacerlo del conocimiento del público en general.

Asimismo, se dio continuidad al programa de “Expoventas” con cobertura nacional, el cual generó ingresos por 23.4 mdp. Este programa tiene como objetivo impulsar el uso de las prestaciones contractuales de los empleados de las unidades en las que se llevó a cabo esta iniciativa. Las Expoventas difunden el servicio de tiendas entre el personal del IMSS que lo desconoce, o bien entre aquellos que por cuestiones de tiempo o distancia no acuden de manera regular a éstas. Este programa hace accesible a los empleados de todas las categorías, la adquisición de bienes duraderos que mejoran su patrimonio y su calidad de vida.

Se continuó con el impulso al Programa de Acumulación de Tarjetones de Descuento. En 2010 el programa generó ventas por 126.4 millones de pesos.

En el periodo que cubre este Informe, se reubicaron siete Tiendas IMSS por diversos motivos, entre los que destacan el desalojo y el daño estructural causado por siniestros naturales. Con esta acción se preserva la seguridad de los usuarios de las tiendas, así como del personal que labora en éstas, en el caso de inmuebles dañados. En las demandas por desalojo, la reubicación del inmueble permite mantener el servicio de la tienda en su respectiva localidad. De manera conjunta con la DAED, se concluyó el proceso de autorización de sustituciones y definición de criterios comerciales para la selección de inmuebles, que en la actualidad permite identificar aquellos con mejores características. Esta iniciativa tiene la intención de ubicar las tiendas dentro de zonas comerciales accesibles a la población usuaria, en inmuebles que les garanticen satisfacción y confort en su experiencia de compra.

Fue posible continuar con el impulso al Programa de Acumulación de Tarjetones de Descuento, mediante el cual los trabajadores activos, jubilados y pensionados del Instituto pueden ejercer su prestación de descuento en los departamentos de enseres mayores y menores. En 2010 el programa generó ventas por 126.4 mdp. Este programa ha permitido otorgar a la población usuaria del IMSS descuentos importantes en la compra de bienes duraderos de alto costo en beneficio de su economía, siendo el nivel de ventas referido, el indicador de la aceptación de este esquema de ahorro.

En el mismo rubro de fortalecimiento de las prestaciones contractuales otorgadas, se implementó y estabilizó la operación del Sistema de Emisión de Vales en Tiendas, el cual permite ofrecer un mejor servicio a los usuarios institucionales al agilizar el tiempo en que se efectúa dicho trámite. En el caso de artículos de línea blanca, electrónica, juguetes y escolares, concentra la gestión correspondiente en la propia tienda, evitándoles acudir a las oficinas de la Delegación a gestionar dicho crédito, como anteriormente se verificaba.

En los meses de junio y noviembre se implementaron dos vales de crédito especiales para fortalecer el consumo de artículos básicos entre la población usuaria, consistentes en duplicar la cantidad del monto del crédito otorgado regularmente a los trabajadores para su recuperación en los meses de julio y diciembre, lo que permitió que se registrara un incremento acumulado de 9 por ciento en las ventas a crédito en dichos periodos. Estos vales se recuperaron en quincenas donde los trabajadores reciben percepciones extraordinarias, por lo que se garantiza el reembolso de los créditos sin poner en riesgo el patrimonio institucional.

En términos de tecnología de la información, en el segundo semestre de 2010 se implementaron en el SIPRO, varias políticas de seguridad, con las que se fortalece el control sobre las operaciones de las tiendas, disminuyendo los riesgos de afectaciones al patrimonio institucional. Asimismo, se adquirió el soporte y mantenimiento del *software* punto de venta para 113 tiendas, lo que posibilita que la operación de

éstas no sufra afectaciones prolongadas que van en detrimento de los usuarios. Por su parte se modificó el mecanismo de cálculo del inventario físico a costo promedio, iniciando el proceso del registro del kárdex por producto, lo que constituye el eje central de la administración de inventarios y del que se desprenden diversas estrategias de control y de índole comercial en beneficio de los usuarios, al conocerse sus gustos y preferencias. Con la finalidad de mejorar el flujo de la mercancía, se realizaron cambios en la operación, de tal manera que fueron fijados plazos que permitirán realizar un mejor control en las devoluciones a los proveedores. Con las modificaciones referidas también se pretende que las tiendas mejoren la exhibición de mercancía en la sala de ventas y se optimice el proceso comercial de los productos.

En atención a la recomendación realizada por la H. Comisión de Vigilancia se instrumentó una estrategia integrada por dos ejes sustantivos: incremento de ingresos y reducción del gasto.

Atención a las recomendaciones de la Comisión de Vigilancia

“Consolidar estrategias y en su caso establecer un programa con la Dirigencia Sindical, a fin de resolver definitivamente la situación deficitaria del Sistema Nacional de Tiendas”

En atención a la recomendación realizada por la H. Comisión de Vigilancia, derivada de la Centésima Primera Asamblea General Ordinaria del IMSS, celebrada el 3 de noviembre de 2010, para el Sistema Nacional de Tiendas, la Coordinación de Servicios de Ingreso instrumentó en el periodo que se informa una estrategia integrada por dos ejes sustantivos: incremento de ingresos y reducción del gasto, descritas en párrafos anteriores.

De los centros vacacionales y Unidad de Congresos del CMN “Siglo XXI”

Después de nueve años de litigio en contra de la empresa a cargo de la concesión del Parque Acuático Oaxtepec (PAO), el H. Consejo Técnico del Instituto definió las disposiciones a seguir para la recuperación de ese centro vacacional, con lo cual se podrá dar la atención con calidad a los visitantes de este lugar.

Cuando el Instituto dio el PAO en concesión en 1998, éste recibía alrededor de un millón de visitantes anuales, pero con el transcurso de los años y derivado del incumplimiento de la empresa a la que se dio la concesión, los visitantes descendieron drásticamente hasta alcanzar alrededor de 240,000 al cierre de 2010. En ese sentido, la recuperación del PAO representa una oportunidad extraordinaria para que el Instituto vuelva a reposicionar la imagen, así como mejorar las instalaciones del Parque Acuático con el fin de proporcionar un espacio de sano esparcimiento familiar que contribuya a impulsar las prestaciones sociales y se fortalezca el bienestar de la población en general.

Por lo que hace a los Centros Vacacionales del IMSS, se registró el Procedimiento Operativo 3800-003-017, el cual estandariza los servicios prestados e incluye el estudio de tiempos y movimientos en su primera etapa, y la implementación de la metodología de los cinco pasos para la solución de problemas, para el análisis de resultados de la encuesta de satisfacción. Asimismo, a través de la adquisición del Sistema de Administración Hotelera, se tiene previsto optimizar la operación, mejorar el control financiero y complementar la estrategia comercial. Dicho sistema está en proceso de implementación. Adicionalmente, fue liberada la página web comercial www.turismoyconvenciones.com.mx en la que se promueven todos los servicios ofrecidos. La campaña de promoción y difusión se llevó a cabo a través de medios electrónicos, impresos y con la participación en ferias y exposiciones especializadas.

Después de nueve años de litigio en contra de la empresa a cargo de la concesión del Parque Acuático Oaxtepec, el H. Consejo Técnico del Instituto definió las disposiciones a seguir para la recuperación de ese centro vacacional.

En la Unidad de Congresos del CMN “Siglo XXI” también se estandariza la operación, a través del procedimiento operativo arriba mencionado, lográndose las metas proyectadas en el número de eventos e ingresos. Las adecuaciones de accesibilidad a las instalaciones para personas con discapacidad están en proceso, habiéndose concluido la asignación y ocupación del local comercial de artesanías.

En el segundo semestre de 2010, el área de tecnología concluyó el desarrollo del Módulo de Reservaciones para los Centros Vacacionales. Sin embargo, por ser únicamente para el levantamiento de solicitudes, se buscó la manera de cubrir por completo las necesidades de estos y de la Unidad de Congresos, por lo que fue adquirida la sección de *Ofitour*, la cual forma parte de la solución del Sistema de Administración Hotelera, ya que además de registrar la solicitud, se podrán hacer reservaciones en línea, verificar la disponibilidad del Centro Vacacional y de la Unidad de Congresos, así como realizar pagos, entre otros.

En el cuarto trimestre de 2010 se adquirieron las licencias del Sistema Integral de Administración Hotelera y Convenciones. Durante los meses de enero a mayo de 2011 se llevó a cabo la implementación de este Sistema en el Centro Vacacional IMSS-Oaxtepec.

Del sistema de velatorios

El avance más importante del Programa de Expansión de Velatorios fue la suscripción del Convenio Modificatorio al Contrato de Fideicomiso, que concretamente amplió el alcance de la cláusula sexta

sobre los fines del Fideicomiso, permitiendo que las cantidades recibidas por los servicios funerarios puedan aplicarse a la construcción, remodelación, ampliación y mantenimiento de los velatorios, sus servicios y equipamiento.

El referido Convenio fue formalizado el 4 de octubre del 2010 y se lograron cuatro avances principales. El primero fue determinar la construcción de tres nuevos velatorios en las delegaciones Estado de México Oriente, Estado de México Poniente e Hidalgo. El segundo, la conclusión de la instalación del horno crematorio del Velatorio Monterrey y los avances en los trámites para la donación del terreno donde será instalado el horno crematorio del Velatorio de San Luis Potosí. El tercer avance se refiere a los trabajos de homologación de la imagen del Sistema Nacional de Velatorios IMSS, a efecto de consolidar la infraestructura y mejorar la imagen de los mismos. El cuarto avance es la autorización de los recursos para el Programa Integral de Inmuebles, que transformará las condiciones del servicio de los Velatorios de Chihuahua, Doctores y Tapachula.

Durante el segundo semestre de 2010, el área de Tecnología desarrolló en el Sistema de Velatorios diversas políticas de seguridad.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para el periodo de junio a diciembre está previsto realizar las siguientes actividades.

Del Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS

En la tabla V.16 se muestra el Programa de Actividades detallado por eje estratégico y línea de acción.

Dentro de las actividades del área de tecnología, está previsto dar seguimiento al proceso de adquisición para actualizar el *software* del Punto de Venta de 23 Tiendas

que fueron automatizadas en 2003 y dotar de al menos un equipo adicional a las tiendas sistematizadas durante 2010. Esta acción resulta fundamental para mantener la operación de dichas tiendas, toda vez que, las terminales referidas se encuentran en un estado de obsolescencia absoluta, e incluso gran parte de éstas ya han sido dictaminadas como no susceptibles de reparación, por lo que la capacidad instalada de dichas tiendas se encuentra disminuida de manera notable. El equipo complementario para 113 tiendas permitirá mejorar el servicio brindado a los clientes en el área de cajas, además que en caso de descompostura de algún equipo, la tienda respectiva mantendrá su operación al público. El nuevo Sistema de Administración de Tiendas IMSS, SATI, utilizará la base de datos *Oracle*, lo que permitirá el manejo de un mayor número de datos de manera eficiente y agilizará los procesos operativos que realizan las tiendas, tales como el fincamiento de pedidos, recibo de mercancía, aplicación de devoluciones, etcétera.

Con la finalidad de integrar a otras áreas en la información reportada, se desarrollarán interfaces entre los puntos de venta, el SATI y el Sistema PREI-Millennium, permitiendo con ello el envío automático de las ventas por producto y forma de pago, así como contar con la información contable de los ingresos a través de la generación de una póliza.

De los centros vacacionales y la Unidad de Congresos del CMN “Siglo XXI”

El Programa de Actividades detallado por eje estratégico y línea de acción se muestra en la tabla V.17.

Las actividades previstas por el área de tecnología son estabilizar la operación en el Centro Vacacional IMSS-Oaxtepec y dar seguimiento al plan de trabajo para implementar el Sistema Integral de Administración Hotelera en las Oficinas de Turismo y Convenciones, así como en los demás Centros Vacacionales.

Del sistema de velatorios

El Programa de Actividades detallado por eje estratégico y línea de acción se muestra en la tabla V.18.

Se atenderán las propuestas de adecuaciones o desarrollos al SIACOV, con la finalidad de mantener consistencia en el sistema, lo que permitirá solidez en la operación, y la obtención de datos confiables para la toma de decisiones.

TABLA V.16. PROGRAMA DE ACTIVIDADES DEL SISTEMA NACIONAL DE TIENDAS IMSS-SNTSS

Eje Estratégico: Fortalecimiento de los ingresos

Línea de Acción

Política de precios bajos	<p>Actualizar los artículos de la política de precios bajos en el Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS.</p> <p>Realizar actividades de difusión en piso de venta mediante la entrega de material promocional (mantas, carteles, posters y señalizadores), en todas las Tiendas IMSS-SNTSS.</p>
Mejoramiento del abasto	<p>Consolidar el proyecto de resurtido automático a nivel nacional.</p> <p>Implementar mejoras en el proceso en función a los requerimientos de mercancía por tienda.</p> <p>Determinar surtidos ideales de artículos por tipo de Tienda en categorías susceptibles de establecer.</p> <p>Desarrollar un programa de ofertas y promociones en temporadas especiales (semana santa, día de las madres, regreso a clases, fiestas patrias y fin de año, entre otras), que ofrezca a los usuarios de las tiendas artículos de alta demanda en cada temporada.</p> <p>Realizar el seguimiento a las categorías determinadas en el proceso de Administración de Categorías (CATMAN) durante 2010.</p>
Mejoramiento de la imagen y difusión	<p>Desarrollar lineamientos con el propósito de estandarizar y mejorar la imagen del Sistema de Tiendas en colores de la pintura, logotipo, acomodo de anaqueles, distribución de espacios, señalización uniforme de precios, mantenimiento y arreglo del mobiliario.</p> <p>Difundir el servicio entre los trabajadores del IMSS a través de medios audiovisuales, electrónicos e impresos.</p> <p>Realizar expoventas a nivel nacional para impulsar el uso de las prestaciones contractuales entre el personal de las unidades en las que se llevan a cabo.</p>
Fortalecimiento de las prestaciones	<p>Continuar apoyando el programa de descuentos acumulados.</p> <p>Desarrollar mejoras en el sistema de vales en Tiendas, para hacer más eficiente y seguro el otorgamiento de la prestación.</p> <p>Incorporar un tercer vale especial de víveres durante el mes de diciembre.</p>

Eje Estratégico: Mejora de la eficiencia de la operación

Línea de Acción

Control de la operación y mejora tecnológica	Complementar el equipamiento de Tiendas a fin de dotar de terminales punto de venta suficientes para atender la demanda de los clientes.
Arrendamientos eficientes	Realizar la reubicación de inmuebles con mejores características comerciales, priorizando aquellos que presentan daño estructural o tienen interpuesto un juicio de desalojo.

Fuente: IMSS.

**TABLA V.17. PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE LOS CENTROS VACACIONALES
Y LA UNIDAD DE CONGRESOS DEL CMN “SIGLO XXI”**

Eje Estratégico: Incremento en el número de usuarios atendidos

Línea de Acción

Diseño e implantación de estrategias innovadoras	<p>Realizar la versión en inglés de la página web; integrar el motor de reservaciones una vez instalado el nuevo Sistema Hotelero Ofimática.</p> <p>Desarrollar y atender una página en <i>facebook</i>, continuar con la participación en <i>facebook</i> y <i>twitter</i> de la página “Hábitos Saludables”, seguimiento puntual al portal zona turística y a los correos electrónicos que llegan a través de la cuenta: <i>centros.vacacionales@imss.gob.mx</i></p> <p>Realizar gestiones para el posicionamiento en buscadores y desarrollar una campaña digital.</p>
Programa de promoción y difusión de los servicios	<p>Envío de correos electrónicos masivos al interior del Instituto y externo mediante la cuenta de “promociones IMSS”, así como a través del boletín “Entérate”.</p> <p>Realización de videos panorámicos 360° y galería fotográfica profesional de las instalaciones de los Centros Vacacionales.</p> <p>Llevar a cabo la impresión de tarifarios y trípticos promocionales.</p> <p>Continuar con la participación en eventos y ferias relacionados con el sector turístico.</p>

Eje Estratégico: Mejora de la eficiencia de la operación

Línea de Acción

Sistema de Administración Hotelera	<p>Como se señaló anteriormente, la implementación de este Sistema traerá grandes beneficios en la operación y control de las operaciones que realizan los cuatro Centros Vacacionales, la Unidad de Congresos y la Oficina de Turismo en Convenciones. En ese sentido se realizarán esfuerzos importantes para aprovechar su funcionalidad que permita el desarrollo de nuevas políticas de comercialización y atención a nuestros visitantes y huéspedes.</p>
Calidad en los Servicios	<p>Reforzar el uso de la metodología de los cinco pasos para la solución de problemas para el análisis de los resultados del sistema de control y seguimiento en la calidad de los servicios que ofrecen los Centros Vacacionales, a través de la aplicación de encuestas a los usuarios.</p> <p>Continuar con la segunda etapa del estudio de tiempos y movimientos analizando las operaciones de ropería y lavandería que se realizan en los Centros Vacacionales.</p>
Control de la operación y mejora tecnológica	<p>Trabajar de manera coordinada con personal del área de Sistemas en la implementación del Sistema de Administración Hotelero en los Centros Vacacionales, Oficina de Turismo y Convenciones y Unidad de Congresos.</p>
Simplificación y actualización normativa	<p>Dar la capacitación del Procedimiento Operativo de la Unidad de Congresos Centro Cultural para los Trabajadores “Dr. Ignacio Morones Prieto” y Centros Vacacionales del IMSS con clave 3800-003-017, a gerentes y subgerentes; llevándose a cabo al menos una supervisión al año de los procedimientos, en cumplimiento del Procedimiento de Supervisión de Centros Vacacionales IMSS, Oficina de Turismo y Convenciones y Unidad de Congresos Centro Cultural para los Trabajadores “Dr. Ignacio Morones Prieto” con clave 3800-003-024, o teniendo información que permita mantener actualizado el procedimiento operativo y la mejora continua de los procesos de prestación de servicios</p>
Actualización de Profesiogramas y Perfiles de puesto	<p>Documentar la información relativa a las competencias de las gerencias y subgerencias de los Centros Vacacionales con la finalidad de estandarizar las funciones y actualizar los manuales de organización.</p>

Fuente: IMSS.

TABLA V.18. PROGRAMA DE ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE VELATORIOS

Eje Estratégico: Fortalecimiento de los ingresos mediante el incremento en el número de servicios otorgados en Velatorios

Línea de Acción

Infraestructura y mejora de la imagen	Promover el registro en cartera de las inversiones del FIBESO.
	Realizar las licitaciones de las obras para la construcción de las tres nuevas unidades.
	Seguimiento a las gestiones que permitan la puesta en marcha del horno crematorio del Velatorio de San Luis Potosí.
	Concluir los trabajos en el marco del Programa Integral de Inmuebles de los Velatorios de Chihuahua, Doctores y Tapachula.
	Continuar con la estrategia de consolidación de la infraestructura y mejora continua de la imagen del resto de las unidades del Sistema Nacional de Velatorios IMSS.
	Verificar el eficiente ejercicio de los recursos aprobados en el presupuesto 2011 y elaboración del presupuesto 2012.

Eje Estratégico: Mejora de la eficiencia de la operación

Línea de Acción

Regularización del Fideicomiso de Beneficios Sociales (FIBESO)	Promover la contratación de una consultoría que permita la depuración de las cuentas contables de ejercicios anteriores, la revisión normativa de procesos, así como un nuevo aplicativo informático para Velatorios, todo esto para establecer las acciones necesarias que fortalezcan los controles internos del FIBESO, alentando esquemas que posibiliten la transparencia, rendición de cuentas y uso eficiente de recursos.
--	---

Fuente: IMSS.

Jurídico

Las actividades que desarrolla la Dirección Jurídica (DJ) del IMSS se enfocan al cumplimiento de cinco objetivos principales. El primero es dictar y encauzar el criterio jurídico institucional, resolver consultas y otorgar asesoría jurídica, a fin de que los actos que realiza el Instituto se apeguen a la Ley que lo rige, a los reglamentos que de ella emanan y, en general, a las disposiciones legales y administrativas que inciden en el ámbito de su competencia.

El segundo es establecer y aplicar las estrategias a seguir en los juicios del orden laboral, fiscal, administrativo, civil, penal o de cualquier otra naturaleza, para fortalecer la defensa de los intereses institucionales.

El tercero es determinar los criterios jurídicos conforme a los cuales se realizan las investigaciones administrativas de conductas presuntamente delictivas en perjuicio del Instituto y, en su caso, presentar las denuncias o querellas correspondientes.

El cuarto es definir los criterios para que las investigaciones laborales que practique se apeguen a lo que establecen la Ley Federal del Trabajo (LFT) y el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT), los cuales rigen las relaciones laborales entre el Instituto y sus trabajadores.

El quinto es automatizar y analizar la información del trámite y resultados de los procesos jurídicos, apoyando la operación institucional, a fin de mejorar la eficacia y calidad en la prestación de los servicios jurídicos.

VI.1. DIRECCIÓN JURÍDICA

VI.1.1. OFICINA DEL DIRECTOR JURÍDICO

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Aspectos jurídicos del accidente ocurrido en la Guardería ABC, en Hermosillo, Sonora

Atención de requerimientos de los Órganos Federal y Local de Procuración de Justicia

A partir del 6 de junio de 2009, la Procuraduría General de Justicia del Estado de Sonora y posteriormente la Procuraduría General de la República, han formulado al Instituto requerimientos de información. Asimismo, se recibieron requerimientos de autoridades judiciales. Todos se han desahogado en tiempo y forma por conducto de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal Sonora.

Informes rendidos a la Suprema Corte de Justicia de la Nación

Los padres de niños afectados por el incendio en las instalaciones de la Guardería ABC, solicitaron a la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), ejercer la facultad de investigación prevista en el segundo párrafo del Artículo 97 constitucional. Dicha petición la hizo propia el Ministro Sergio A. Valls Hernández y, con fecha 15 de julio de 2009, el Presidente de la SCJN admitió a trámite la solicitud referida, para cuya resolución el Ministro Ponente designado solicitó un informe a este Instituto.

En cumplimiento a lo requerido por la SCJN, se elaboró y presentó el "Informe del Instituto Mexicano del Seguro Social que se rinde a la Suprema Corte de

Justicia de la Nación, sobre las diligencias realizadas con motivo del siniestro ocurrido en la Guardería ABC, en Hermosillo, Sonora, en cumplimiento al requerimiento formulado, con motivo de la solicitud de ejercicio de la facultad de investigación 1/2009".

Además de ese informe, durante los seis meses que comprendieron los trabajos de la Comisión Investigadora nombrada por la SCJN, el Instituto atendió en tiempo y forma todas las solicitudes y requerimientos de información, de documentos y de auxilio para realizar investigaciones de campo que le fueron requeridos. En total se recibieron y desahogaron nueve requerimientos.

Al comunicarse al Instituto el Informe Preliminar sobre el Ejercicio de la Facultad de Investigación 1/2009, la DJ presentó ante el Ministro designado como Dictaminador las manifestaciones correspondientes. Asimismo, la DJ participó con la Secretaría General y la Dirección General en la elaboración de las manifestaciones que, por parte del H. Consejo Técnico y de la Dirección General, también se hicieron del conocimiento del Ministro Dictaminador. Mediante éstas se proporcionaron los argumentos y fundamentos jurídicos para sustentar la legalidad del sistema de guarderías del IMSS; las facultades del Órgano de Gobierno del IMSS para autorizar la celebración de los contratos de prestación de servicios de Guarderías; la inexistencia de un desorden generalizado en la operación del sistema de guarderías, así como la ausencia total de motivos para considerar como involucrados en la violación de garantías individuales a los servidores públicos de nivel central del Instituto.

De esta forma, en las sesiones del Tribunal Pleno de la SCJN, llevadas a cabo los días 14, 15 y 16 de junio de 2010, se ratificó lo anterior y es de destacar que las conclusiones a las que llegó dicho Tribunal fueron en el mismo sentido, es decir, reconocer la legalidad del sistema de guarderías del IMSS; reconocer las facultades del H. Consejo Técnico del Instituto para autorizar la contratación del servicio de Guarderías y del Director General para suscribir los contratos respectivos; declarar la inexistencia de un desorden generalizado en la operación de las guarderías del IMSS, así como la falta

de motivos para considerar como involucrados en la violación de garantías individuales a servidores públicos del nivel central del Instituto.

Acuerdos de ayudas solidarias dictados por el H. Consejo Técnico

La DJ coordinó la elaboración de los Acuerdos del H. Consejo Técnico, por medio de los cuales se dictaron instrucciones para brindar la atención médica necesaria para los menores y adultos lesionados con motivo del incendio y para los que estuvieron expuestos al humo y tóxicos. Esos Acuerdos también otorgaron diversos apoyos por solidaridad a los menores lesionados, los padres y familiares de menores fallecidos y lesionados, así como a maestras y otros adultos lesionados.

Apoyos del Gobierno Federal a los afectados por el incendio ocurrido el 5 de junio de 2009 en la "Guardería ABC, Sociedad Civil", en la Ciudad de Hermosillo, Sonora

El 20 de julio de 2010 se publicó en el DOF el Decreto del Ejecutivo Federal por el que se otorgan ayudas extraordinarias con motivo del incendio que se propagó a las instalaciones de la Guardería ABC. En ese Decreto se establece que la SHCP proporcionará los recursos necesarios al IMSS para que mediante un fideicomiso constituido al efecto se otorguen diversos apoyos y ayudas a favor de los afectados por el incendio referido.

En concordancia, el H. Consejo Técnico del IMSS, a propuesta de la Dirección General, emitió el acuerdo en el cual se instruye que se realicen las gestiones necesarias ante la SHCP, para solicitar recursos presupuestarios hasta la cantidad de 250 millones de pesos (mdp), por concepto de ayuda extraordinaria, que serán aportados por el IMSS para la constitución de un fideicomiso, cuyo fin será cubrir las erogaciones siguientes:

Primera. Ayuda para la educación de los menores que resultaron lesionados, consistente en el pago mensual de una beca educativa durante el tiempo en que realicen los estudios de primaria, secundaria, niveles medio superior y superior en cualquier institución educativa pública o privada en la República Mexicana.

Segunda. Ayuda vitalicia por solidaridad a las madres de los menores fallecidos, así como a las de los menores lesionados, que se otorgará mensualmente por una cantidad equivalente a su salario mensual neto percibido al 5 de junio de 2009, que en ningún caso será menor a 5,000 pesos.

Tercera. Ayuda vitalicia por solidaridad, que se pagará mensualmente a las maestras y otros adultos que resultaron lesionados, que consiste en una cantidad equivalente a su salario mensual neto percibido al 5 de junio de 2009, y en ningún caso será menor a 5,000 pesos.

Cuarta. Ayuda bimestral para el pago del consumo de la energía eléctrica que se genera en el domicilio en el que residan los menores de edad y los adultos que resultaron lesionados por quemaduras. Esta ayuda se otorgará durante el tiempo que por prescripción médica requieran del uso de equipos para el debido cuidado de su salud. Se aplicará por la totalidad del consumo correspondiente a la tarifa para uso doméstico aplicable a la ciudad de Hermosillo, Sonora (1-F). En caso de que en el domicilio antes señalado se facture la tarifa doméstica de alto consumo (DAC), la ayuda se otorgará hasta por el equivalente al consumo máximo en la tarifa para uso doméstico 1-F.

Quinta. Apoyo para la atención médica de los padres de los menores fallecidos y lesionados por quemaduras, mediante el Seguro de Salud para la Familia, cuando estos dejen de ser sujetos de aseguramiento en el Régimen Obligatorio del Seguro Social.

Sexta. Otorgamiento de las ayudas primera, tercera y quinta, en caso de que los menores que hayan inhalado humo o tóxicos producidos por el incendio y que presenten una secuela permanente por ese

motivo, en cualquier etapa de su desarrollo, previo dictamen médico. Asimismo, se autorizó la constitución de un fideicomiso cuyos fines serían los señalados anteriormente.

La DJ, de conformidad con lo acordado por el H. Consejo Técnico, colaboró con la Dirección de Finanzas para la celebración del Contrato de Fideicomiso público irrevocable 16617-9, suscrito por el IMSS como fideicomitente y el Banco Nacional de México, S. A., en el carácter de fiduciario.

Desahogo de la observación de la Auditoría Superior de la Federación, sobre la falta de atribuciones por parte del Consejo Técnico y del Director General del IMSS, para contratar la prestación del servicio de Guarderías, señalada en la Revisión de la Cuenta Pública 2008

El 5 de enero de 2010, la ASF dio a conocer al IMSS los resultados finales y las observaciones preliminares de la revisión 1115 denominada “Regulación y Supervisión de Guarderías”, relativa a la Cuenta Pública 2008. En estos documentos la autoridad fiscalizadora afirma que el H. Consejo Técnico del Instituto carece de atribuciones para autorizar la contratación de terceros para la prestación del servicio de Guarderías y que el Director General del IMSS no tiene atribuciones para suscribir los contratos respectivos.

La DJ elaboró el “Informe de la Coordinación de Guarderías, sobre las facultades del Consejo Técnico y del Director General, para llevar a cabo la contratación de prestadores del servicio de Guarderías”, que fue entregado a esa entidad fiscalizadora, como una argumentación adicional al informe rendido inicialmente por la Coordinación de Guarderías. En ese documento se exponen las atribuciones que tiene el Consejo Técnico para emitir las disposiciones conforme a las cuales habrá de prestarse el servicio de Guarderías, incluyendo

la participación de sociedades y asociaciones civiles u otros proveedores, conforme a lo establecido en la LFT, la LSS, el Reglamento Interior del IMSS y el Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guarderías. También se explican las facultades del Director General para suscribir los contratos correspondientes, en cumplimiento a las resoluciones del Órgano de Gobierno del IMSS.

En este sentido, el 16 de abril de 2010, el OIC en el IMSS solicitó informes a la Secretaría General y a la Coordinación de Guarderías relativos a las promociones de responsabilidad administrativa sancionatoria, efectuadas por la ASF, con motivo de la revisión de la Cuenta Pública 2008, mismas que se atendieron en tiempo y forma.

El 4 de mayo de 2010, el Titular del OIC en el IMSS comunicó la improcedencia de iniciar el procedimiento de responsabilidad administrativa sancionatoria, considerando dicho Órgano, mismo que el Instituto proporcionó, con fundamento en sus facultades, la interpretación jurídica de los Artículos 203, 213 y 237-A de la LSS, conforme a los cuales este Organismo se encuentra facultado para prestar indirectamente los servicios de Guarderías mediante la colaboración de particulares distintos a los referidos en los Artículos 213 y 237-A de esa Ley.

Cabe agregar que con motivo de la Revisión de la Cuenta Pública 2009, se practicó al Instituto la Auditoría Especial: “Regulación y Supervisión de Guarderías (IMSS)”. Como resultado, se determinaron 12 recomendaciones y seis promociones de responsabilidad administrativa sancionatoria. Respecto a las recomendaciones, dos de ellas, referidas a la facultad del Director General para contratar el servicio de Guarderías con particulares, se dieron por atendidas, derivado de la determinación del Tribunal Pleno de la SCJN sobre la constitucionalidad y legalidad del sistema de guarderías del IMSS.

Participación en la revisión salarial del CCT correspondiente a 2010

El 18 de agosto de 2010 se notificó a este Instituto el Acuerdo dictado por la Junta Especial 9 Bis (Secretaría Auxiliar de Emplazamientos a Huelga) de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje (JFCA), corriéndole traslado del escrito de emplazamiento, del pliego de peticiones y el citatorio para acudir a la Unidad de Funcionarios Conciliadores de la STPS a iniciar pláticas conciliatorias con el SNTSS.

Por escrito fechado el 26 de agosto de 2010 se dio contestación al pliego de peticiones con emplazamiento a huelga por la revisión de los salarios contractuales, presentado por el SNTSS ante la JFCA. En el mismo documento se señaló la imposibilidad del Instituto para atender en los términos solicitados la pretensión sindical planteada, destacando su situación financiera y reiterando su mejor disposición para encontrar, vía el diálogo y la concertación, una respuesta razonablemente satisfactoria para ambas partes, en la medida de lo legalmente procedente y financieramente posible.

En sesión extraordinaria celebrada el 8 de octubre de 2010, el H. Consejo Técnico del IMSS dictó el acuerdo en el que, de conformidad con el planteamiento presentado por el Director General, acordó autorizar la celebración del convenio derivado de las negociaciones con el SNTSS. El monto total de la negociación ascendió a 5,861 mdp, que comprende 3 por ciento de incremento al Tabulador de Sueldos, así como 3.4 por ciento de aumento a la cláusula 63 Bis, inciso b) "Ayuda para el pago de renta para casa habitación", en los términos y condiciones que se planteen en el propio convenio, en el entendido de que conforme lo establecido en la LFT, el incremento al Tabulador de Sueldos regirá del 16 de octubre de 2010 al 15 de octubre de 2011.

El 13 de octubre de 2010 el Director General del IMSS y el Secretario General del SNTSS celebraron el convenio por el que se da por concluida la revisión salarial del CCT en vigor, correspondiente al periodo

2010-2011. Se llegó al acuerdo de incrementar el Tabulador de Sueldos del CCT, en todas las ramas y categorías, en 3 por ciento, así como en 3.4 por ciento, por concepto de ayuda para pago de renta de casa-habitación, prevista en el inciso b) de la cláusula 63 Bis del propio Pacto Colectivo, para quedar en 43.6 por ciento del sueldo tabular, con las correspondientes repercusiones en las prestaciones respectivas.

El 14 de octubre de 2010 comparecieron ante la Secretaría Auxiliar de Emplazamientos a Huelga, de la Junta Especial 9 Bis, los apoderados del Instituto y del SNTSS. Esto a efecto de ratificar y depositar el convenio en original y tres tantos con firmas autógrafas y anexos, a través de los cuales, se concluyó la revisión salarial que realizaron el IMSS y el SNTSS y que regirá en los términos establecidos en sus contenidos, ratificándolos y solicitando a la Junta su aprobación. En ese acto, la Junta aprobó el convenio, condenando a las partes a estar y pasar por él en todo tiempo y lugar como si se tratase de laudo ejecutoriado elevado a la categoría de cosa juzgada. Asimismo, tuvo al sindicato emplazante desistiéndose del pliego de peticiones con emplazamiento a huelga por revisión salarial en su entero perjuicio y ordenando el archivo del expediente como asunto concluido por carecer de materia el conflicto.

Participación en la celebración de convenios con el SNTSS

En el periodo que abarca el Informe destacan tres convenios celebrados con el SNTSS, participando la DJ en la formalización de los mismos, así como en su ratificación y depósito ante la JFCA.

El primero se refiere a la creación de la nueva categoría denominada Citotecnólogo en HR. Categoría Autónoma que se incorporó al Capítulo X "Trabajadores del Programa IMSS-Oportunidades y al Tabulador de Sueldos para el Personal de Base del Programa IMSS-Oportunidades del CCT".

El segundo implica el reforzamiento del escalafón en nutrición y dietética, el cual queda conformado con

las categorías de Nutricionista Dietista, como pie de rama, de Especialista en Nutrición y Dietética, como segunda categoría escalafonaria y una nueva categoría de Nutriólogo Clínico Especializado, como tercera categoría escalafonaria.

El tercer convenio implica la aportación, por parte del Instituto, de 50 por ciento de la prima del seguro de responsabilidad civil que el SNTSS contrató en favor de los trabajadores de base de las ramas de puericultura. La finalidad es que estos trabajadores cuenten con la protección de ese seguro para el caso de reclamos que les lleguen a dirigir, en lo individual, derechohabientes insatisfechos con la atención proporcionada en su carácter de servidores públicos del IMSS.

Convenio con el Servicio de Administración y Enajenación de Bienes, relacionado con ex trabajadores de Luz y Fuerza del Centro

En noviembre de 2010, el SAE solicitó al IMSS la celebración de un nuevo convenio de incorporación al Seguro de Salud para la Familia, a favor de ex trabajadores de Luz y Fuerza del Centro (LyFC) que al 25 de noviembre de 2010 no se encontraban asegurados en el Régimen Obligatorio del Seguro Social. Lo anterior en relación con el Decreto por el que se extingue el organismo descentralizado LyFC, publicado en el DOF el 11 de octubre de 2009. La DJ colaboró con la DIR para llevar a cabo la revisión de los términos del convenio respectivo y en la formalización del mismo.

Atención a los aspectos jurídicos con motivo de la reforma al Código Civil del Distrito Federal y al Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 29 de diciembre de 2009, relativa al cambio de la acepción de los conceptos de matrimonio y concubinato

El 29 de diciembre de 2009 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Civil del Distrito Federal (CCDF), así como del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal. Estas reformas, cuya vigencia inició en marzo de 2010, implican, entre otros aspectos, el cambio en la acepción de los conceptos de matrimonio y concubinato, concibiéndolos, en un sentido amplio, como la unión libre de dos personas, sin diferenciar sobre su género y eliminando de los propósitos del matrimonio la posibilidad de procrear hijos. En consecuencia, resultó oportuno analizar desde el punto de vista jurídico el alcance de esta reforma tratándose de los beneficiarios del régimen del Seguro Social, en términos de las disposiciones Constitucionales y de la LSS vigentes. En este sentido, el Instituto elaboró un estudio en el cual se desarrollan diversas consideraciones jurídicas, respecto el alcance de esa reforma para el IMSS.

En dicho estudio se concluye que, en el ámbito del Seguro Social, debe prevalecer la aplicación de las disposiciones de la LSS que en los supuestos de matrimonio o de concubinato, establecen como beneficiarios del asegurado o asegurada, únicamente a personas de género diverso a aquéllos.

En este orden de ideas, el principio de actuación que debe regir en el ejercicio de las atribuciones y facultades del IMSS, es que el mismo no tiene la facultad para atender en sentido positivo las solicitudes que llegasen

a formular los asegurados y pensionados, respecto de la inscripción como sus beneficiarios, de las personas del mismo género que se encuentren a ellos vinculados mediante las figuras de matrimonio o concubinato.

Al cierre de agosto de 2010 se presentaron siete solicitudes de registro de beneficiario cónyuge del mismo sexo, una solicitud de registro de beneficiario derivado de la celebración de pacto civil de solidaridad (figura jurídica existente en el Estado de Coahuila), una solicitud de pensión de viudez, derivado de haber celebrado una sociedad de convivencia (figura jurídica existente en el Distrito Federal), y dos solicitudes de ayuda de gastos de matrimonio por haber celebrado dicho acto en el Distrito Federal.

Derivado de la respuesta que se otorgó a los peticionarios, en el sentido de que el Instituto tiene imposibilidad jurídica para resolver positivamente las solicitudes para registrar como sus beneficiarios cónyuges a personas del mismo género, así como otorgar la prestación económica por concepto de ayuda para gastos de matrimonio, tres asegurados interpusieron reclamaciones ante el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). Derivado de estas reclamaciones, el Instituto presentó los informes correspondientes manifestando lo conducente con respecto de los presuntos actos de discriminación del personal del mismo.

El Instituto rindió uno de los informes y coadyuvó en los rendidos por las delegaciones involucradas. En los tres informes se negó cualquier acto de discriminación, ya que las negativas a las solicitudes de los asegurados se fundamentan en la imposibilidad jurídica de proceder al trámite que solicitan, considerando que en la LSS se establecieron distinciones de género, situación ya mencionada. Al cierre de octubre de 2010, dichos procedimientos siguen en curso.

Asimismo, la DJ ha dado atención a los aspectos jurídicos de la Resolución por Disposición dictada por el CONAPRED en el Expediente identificado como: CONAPRED/DGAQR/215/10/DR/II/JAL/R102.

Al 8 de marzo de 2011 se han presentado un total de 15 solicitudes de registro de beneficiario cónyuge del mismo género del asegurado. Estas solicitudes se distribuyen de la siguiente manera: una en la Delegación Baja California Sur; una en la Delegación Jalisco; una en la Delegación Michoacán; una en la Delegación Nayarit; dos en la Delegación Norte del Distrito Federal; cuatro en la Delegación Nuevo León; una en la Delegación Oaxaca; una en la Delegación Querétaro; dos en la Delegación Sur del Distrito Federal, y una en la Delegación Yucatán. En todos los casos, la respuesta ha versado sobre la imposibilidad jurídica de realizar el registro de beneficiario.

VI.1.2. LEGISLACIÓN Y CONSULTA

Asuntos de legislación

Durante este periodo se continuaron los trabajos relacionados con el anteproyecto de Reglamento de la LSS en materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con motivo de la aplicación del Procedimiento Administrativo de Ejecución, así como con el anteproyecto de Decreto por el que se reforman, derogan y adicionan diversas disposiciones del Reglamento Interior del IMSS. De igual forma, se participó en la elaboración y trámite del proyecto de Decreto que modifica el diverso por el que se otorgan beneficios fiscales a los patrones y trabajadores eventuales del campo.

Asimismo, se emitió una opinión jurídica en relación con la “Declaración de Brasilia sobre el Piso Básico de Protección Social”, presentada por el G-20 Argentina-Brasil-Francia-México, auspiciada por Brasil y Francia, con firma de la STPS. En esta opinión se enfatizó la conveniencia de que la propuesta se ajuste a la LSS.

Se tramitaron 1,257 publicaciones en el DOF. Destacan las relacionadas con convocatorias para licitaciones públicas, avisos y acuerdos del H. Consejo Técnico, cuya publicación legalizó su existencia y sus

efectos jurídicos. De manera complementaria, se analizaron 258 disposiciones publicadas en dicho órgano de difusión, tales como reformas constitucionales, legales y reglamentarias que inciden en el quehacer del Instituto. Además se emitió opinión sobre 82 iniciativas publicadas en las gacetas del Congreso de la Unión con incidencia en el quehacer institucional.

Por otra parte, se comunicaron a los órganos normativos y delegaciones las principales publicaciones en el DOF, la Gaceta Parlamentaria y la Gaceta del Senado; también se analizaron las propuestas de reformas a la LFT, a la LSS y a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, entre otros aspectos.

Finalmente, se publicó y difundió la LSS correlacionada con diversas disposiciones y criterios jurisprudenciales y se llevó a cabo la compilación de las reformas de la LSS, desde 1997 a la fecha. Esta compilación incluye una reseña histórica, la información cronológica y el proceso legislativo de cada reforma.

Ley para la Prestación de Servicios para el Desarrollo Integral Infantil

La Secretaría de Gobernación convocó, en mayo de 2010, a diversas dependencias y entidades federales, incluyendo al IMSS, para elaborar un proyecto de Ley General de Guarderías (LGG). Este proyecto pretendía definir las normas mínimas para todos los establecimientos públicos y privados que tengan a su cargo la guardia y custodia de menores.

El IMSS ha participado activamente en el proyecto de la LGG. El 29 de abril de 2011, el Senado aprobó el dictamen que expide la Ley para la Prestación de Servicios para el Desarrollo Integral Infantil. El dictamen se turnó a la Cámara de Diputados para los efectos Constitucionales.

El grupo interdisciplinario ha continuado con reuniones de trabajo con el propósito de que se incluyan observaciones “irreductibles” al dictamen aprobado. La

postura institucional fue presentada en una reunión presidida por la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal y la Secretaría de Gobernación, el 24 de mayo de 2011. A la fecha, se está en espera de que se convoque al grupo para que se informe de los avances que deberán ser presentados al Congreso para su consideración.

Asuntos consultivos

En esta materia se atendieron 534 solicitudes de opinión jurídica que presentaron los órganos normativos, de operación administrativa desconcentrada y operativos del Instituto. Estas solicitudes se referían principalmente a diversas disposiciones aplicables a los servicios y prestaciones que otorga el IMSS, la LSS y sus reglamentos.

Asimismo, se participó en la revisión y comentarios del Informe VI “Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa”; del Informe IV 2B “Trabajo decente para los trabajadores domésticos”; del “Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo”, y de la “Observación 2010 del Convenio 102 sobre la seguridad social de la Organización Internacional del Trabajo”, realizada por la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones.

Además, se apoyó en la elaboración y se validó la suscripción de 14 Convenios de Colaboración con secretarías de Estado, institutos de seguridad social, instituciones de educación superior y empresas. Estos convenios se enfocaron en materias como la promoción y difusión de los Programas Integrados de Salud PREVENIMSS; el intercambio de información de carácter fiscal con el Servicio de Administración Tributaria (SAT); la operación del expediente clínico electrónico con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); los beneficios a las familias derechohabientes del Sistema de Protección Social en Salud, y la instalación de una Agencia Investigadora del Ministerio Público en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) “Dr. Víctorio de la Fuente Narváez”.

Contratos y convenios

En el periodo de este Informe se revisaron y dictaminaron 108 contratos y convenios plurianuales suscritos por el Director General en materia de adquisiciones, arrendamientos y prestación de servicios, así como 13 en materia de obra pública y servicios relacionados con las mismas, los cuales generaron obligaciones de pago por 2,781.6 mdp.

Del total de recursos comprometidos en materia de adquisiciones y prestación de servicios, la compra de medicamentos representa 40 por ciento de los recursos comprometidos; la diálisis 36 por ciento; el soporte informático 20 por ciento y las pruebas de laboratorio 4 por ciento. De los recursos comprometidos en materia de obra pública, 83 por ciento se destinaron a la construcción, 12 por ciento a ampliaciones y 5 por ciento a terminación de obra.

Notariado y operaciones inmobiliarias

Se concluyeron los trámites jurídicos para obtener los títulos de propiedad a favor del Instituto, de 25 inmuebles pertenecientes al Régimen Ordinario y 227 más afectos al Programa IMSS-Oportunidades (celebrándose la primera reunión nacional en materia de regularización jurídica de los inmuebles afectos a este programa). En este rubro, destaca la firma de la escritura de compraventa, entre el IMSS y la Secretaría de Salud, del predio en el que se ubica el Hospital Juárez, la cual quedó inscrita en el Registro Público de la Propiedad Federal y en trámite ante el Registro Público de la Propiedad del Distrito Federal.

De igual forma, se llevaron a cabo las acciones iniciales para implementar el Registro del Patrimonio Inmobiliario Institucional, por medio del cual se contará con los títulos de propiedad y datos generales de los inmuebles que posee el Instituto en todo el país.

El H. Consejo Técnico emitió 32 acuerdos relacionados con operaciones inmobiliarias, destacando 24 relacionados con adquisiciones para la construcción de unidades médicas y administrativas del Instituto. Asimismo, el H. Consejo autorizó la enajenación de seis inmuebles en las Delegaciones de Campeche y Chihuahua, y cuatro en las Delegaciones de Colima y Sonora (con dos inmuebles cada una).

Se tramitó la formalización de 59 créditos hipotecarios, 210 cancelaciones de hipoteca y 32 préstamos personales a mediano plazo, con base en las prestaciones insertas en el CCT suscrito por el Instituto y el SNTSS. Con relación al extinto Fideicomiso de Unidades Habitacionales, se regularizaron 16 expedientes.

VI.1.3. ASUNTOS CONTENCIOSOS

En el ámbito nacional se atendieron 28,806 juicios fiscales y administrativos, así como 1,280 juicios civiles, mercantiles y de procedimientos especiales. También se revisaron 13,967 acuerdos emitidos por Tribunales Federales; se desahogaron 17,619 requerimientos judiciales; se rindieron 2,474 informes previos y justificados en juicios de amparo, y se resolvieron 1,674 consultas formuladas por las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos (JDSJ).

Sentencias favorables a los intereses institucionales

Volkswagen de México

Se obtuvieron sentencias favorables en los juicios de nulidad 4239/07, 464/10, 1305/10, 1319/10 y 2051/10, interpuestos por Volkswagen de México, logrando que la empresa pagara al IMSS 764.6 mdp, por concepto de diferencias en el entero de las COP, correspondientes a 2002, 2004, 2005, 2006 y 2008, conforme a las primas rectificadas por el Instituto.

Denuncias de contradicción de sentencias emitidas por el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa

En los juicios 250/07-15-01-7 y 765/08-03-01-3, se logró que el Pleno de la Sala Superior del TFJFA reconociera que los Titulares de las subdelegaciones tienen existencia y competencia prevista en el Reglamento Interior del Instituto.

En los juicios 22701/07-17-01-2 y 1075/10-PL-07-01, el Pleno de la Sala Superior del TFJFA resolvió procedente la denuncia y reconoció que prevalece el criterio de la SCJN, sobre la aplicación de la jurisprudencia 2a./J.202/2007, que establece el acreditamiento de la relación laboral mediante la certificación de las cuentas individuales sin que sea necesario exhibir los avisos de afiliación.

Rescisión de contratos de obra pública

Fue posible continuar y concluir la construcción de la UMF en Culiacán, Sinaloa, por un monto de 74.2 mdp, y del HGZ en Playa del Carmen, Quintana Roo, por un monto de 149.8 mdp. Esto se logró sin ninguna condena de pago, en virtud de que se reconoció la validez de las resoluciones de rescisión de los contratos de obra pública.

Atención especial a los juicios y asuntos de mayor cuantía e importancia

Impuesto sobre erogaciones por remuneraciones al trabajo personal prestado bajo la dirección y dependencia de un patrón (Impuesto sobre Nóminas Federal)

El IMSS interpuso el juicio de nulidad el 16 de abril de 2009, en contra de la resolución del 28 de enero de

2009, emitida por el SAT, en la que se determinó un crédito fiscal por los ejercicios de 1990, 1991 y 1992, por la cantidad de 4,041.2 mdp. En la sentencia del 28 de febrero de 2011, se reconoció la validez de la resolución impugnada, por lo que el 26 de abril de 2011 se promovió un juicio de amparo por parte del IMSS, el cual se encuentra pendiente de radicación en el Tribunal Colegiado de Circuito.

Impuesto sobre la renta (ISR)

El IMSS interpuso el juicio de nulidad 9544/09 ante el TFJFA en contra de la determinación de dicho impuesto, correspondiente al ejercicio fiscal 2003, por la cantidad de 4,299.3 mdp. El 21 de mayo de 2009 se promovió el incidente de suspensión, a fin de evitar cualquier acto tendiente a cobrar el importe del crédito impugnado. El 13 de agosto de 2009 se admitió a trámite la demanda y se concedió la suspensión provisional al Instituto. El 7 de enero de 2011, se desahogó el requerimiento formulado por la Sala Superior del Tribunal, señalando domicilio y autorizados, toda vez que ejerció su facultad de atracción. Se encuentra pendiente de sentencia.

Recargos derivados de la resolución determinante ISR-Resolución 330-SAT-VI-397, 05/03/2007, del crédito por 4,299.26 mdp relativo al ISR

El IMSS interpuso el juicio de nulidad 28498/07-17-11, en contra de la resolución contenida en el oficio 325-SAT-09-II-V-11457 que desecha el recurso de revocación interpuesto en contra del formulario múltiple de pagos MP-1390-2770. Mediante este formulario, se requirió el pago del crédito 1243579 por recargos que ascienden a 945.7 mdp. El 28 de febrero de 2011, se promovió el juicio de amparo en contra de la sentencia que reconoce la validez del acto impugnado. El juicio está pendiente de radicación en el Tribunal Colegiado.

Impuesto sobre nóminas en trámite

Se han interpuesto diversos medios de defensa en contra del cobro que pretenden realizar el gobierno del Distrito Federal y los estados de Campeche, Coahuila, México y Tlaxcala por 27,390.3 mdp, los cuales se encuentran pendientes de resolución.

En esta materia, también se interpuso un juicio de amparo directo, promovido por la Delegación Sinaloa, en contra de la resolución de 29 de octubre de 2010, por la Sala Superior del Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Sinaloa, en el que se confirmó la sentencia emitida por la Sala Regional de la Zona Centro del Tribunal de lo Contencioso Administrativo del Estado. Esta sentencia reconoce la validez del requerimiento de contribuciones omitidas, al considerar que el IMSS no se ubica en la exención de pago del impuesto estatal sobre nóminas. La resolución se encuentra pendiente.

Impuesto sobre nóminas concluidos

En la sesión de 4 de agosto de 2010, el Tribunal Colegiado del Trigésimo Primer Circuito, negó el amparo y protección de la justicia federal al IMSS, en relación con los 21 juicios de amparo promovidos en Campeche contra las sentencias emitidas por el Tribunal Superior de Justicia del Estado. En esas sentencias se resolvió confirmar la validez de los requerimientos de la Secretaría de Finanzas y Administración del Gobierno del Estado, al IMSS Delegación Estatal Campeche, para la presentación de declaraciones omitidas por dicho impuesto por los ejercicios fiscales 1996-2004.

Ferrocarriles Nacionales de México

Esta empresa en liquidación promovió el juicio de nulidad 3075/09 contra la determinación del IMSS donde resuelve que es improcedente la aplicación del Artículo 13 de la Ley de Ingresos de la Federación para

el ejercicio de 2008, tratándose de COP, por lo que no opera de pleno derecho la extinción de los créditos fiscales a favor del Instituto. El 12 de enero de 2010 se notificó la sentencia interlocutoria que otorga la suspensión definitiva de los actos impugnados, para el efecto de que las cosas se mantengan en el estado que se encuentran. El 31 de enero de 2011 se notificó sentencia interlocutoria que decreta la acumulación del juicio 25048/09 al diverso 3075/09. El 28 de marzo de 2011 se notificó a este Instituto la resolución dictada en la instancia de queja promovida por la actora, declarándola improcedente. Está pendiente la sentencia.

Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C. V. (PROCE)

Esta empresa interpuso juicio de nulidad contra la resolución del IMSS para revocar la concesión para la construcción, uso y explotación de un parque acuático en el Centro Vacacional IMSS-Oaxtepec. El 13 de diciembre de 2010 se notificó la sentencia interlocutoria dictada dentro del incidente de medidas cautelares, la cual negó la suspensión definitiva de la ejecución de la resolución de revocación del Título de Concesión. En respuesta, la empresa interpuso un recurso de reclamación, el cual se resolvió confirmando la negativa de suspensión. Ésta fue impugnada vía juicio de amparo indirecto por PROCE. La sentencia definitiva está pendiente por parte del TFJFA.

Por otra parte, en el juicio ordinario mercantil, se dictó sentencia favorable al IMSS, condenando a PROCE al pago de 151.2 mdp. La empresa promovió recursos de revisión, reclamación y queja, mismos que fueron resueltos desfavorablemente a sus intereses, quedando firme la sentencia. El juicio se encuentra en etapa de ejecución de sentencia, por lo que se promovió la cuantificación de actualizaciones y recargos sobre la suerte principal. El 12 de mayo de 2011 se aceptaron las pruebas periciales en contabilidad ofrecidas por

ambas partes y el 27 del mismo mes el perito rindió su dictamen.

En cuanto al juicio ordinario administrativo federal 8/2007-IV, la empresa PROCE demandó, entre otras prestaciones, la declaración judicial de que está obligada sólo al pago de la prestación de 5 por ciento sobre ingresos a que se refiere el Artículo 232-A de la Ley Federal de Derechos, así como la nulidad de las contraprestaciones pactadas en el título de concesión respectivo. Al respecto, el 3 de noviembre de 2008, el Juzgado Décimo Sexto de Distrito en Materia Administrativa en el Distrito Federal resolvió que es improcedente la acción planteada por la empresa, la cual fue impugnada por PROCE mediante el juicio de amparo. Esa sentencia fue modificada por la resolución del 18 de octubre de 2010, en la que se absolvió al IMSS, en virtud de no ser ilícitas las prestaciones previstas en la concesión otorgada, razón por la que PROCE promovió nuevo juicio de amparo directo. El 29 de abril del 2011 se resolvió el juicio de amparo 64/11, por parte del Sexto Colegiado del Centro Auxiliar de la Primera Región en Cuernavaca, negando el amparo y la protección de la justicia federal a PROCE.

Con respecto al juicio ordinario civil federal, 264/2010-C., el IMSS reclama, entre otras prestaciones, la declaración de simulación de actos por parte de PROCE e INFOMIN, S. A. de C. V., la declaración de nulidad de todos los actos jurídicos derivados del título de crédito "pagaré", suscrito por PROCE, así como todo lo actuado en el juicio ejecutivo mercantil 881/2006 promovido por INFOMIN. Al respecto, el 17 de mayo de 2010 se admitió la demanda; PROCE la contestó y, a fin de emplazar a INFOMIN, se publicaron edictos el 30 y 31 de mayo de 2011, en el diario Reforma y en el DOF, respectivamente. Está pendiente la publicación de esos edictos en dos ocasiones más.

Finalmente, mediante el juicio ordinario mercantil, exp. 258/11, radicado en el Juzgado Décimo Segundo de Distrito en Materia Civil en el Distrito Federal, el 3 de mayo de 2011, el IMSS demandó a PROCE por el incumplimiento derivado del título de concesión otorgada para el uso, aprovechamiento y explotación

de un parque acuático ubicado en el Centro Vacacional IMSS-Oaxtepec, por el periodo que va de septiembre de 2003 a diciembre de 2010. El 6 de mayo de 2011, el Juzgado se declaró incompetente para conocer del juicio, toda vez que considera que las prestaciones reclamadas y la acción que se ejercita, están fundadas en hechos y en un documento base de la acción que fueron materia de ejecución de un juicio, por lo que debe promoverse ante el Juzgado Primero de Distrito en Materia Civil en el Distrito Federal. Por esta razón, el 17 de mayo del año en curso se promovió el recurso de apelación. La resolución se encuentra pendiente.

Concursos mercantiles

El concurso mercantil Ingenios involucra el reconocimiento de créditos por COP a favor del IMSS y a cargo de diversos ingenios. Este concurso fue radicado en el Juzgado Décimo de Distrito en Materia Civil en el Distrito Federal. Los principales antecedentes son la sentencia de reconocimiento, graduación y prelación de créditos, la cual reconoció al IMSS la cantidad de 2,449.89 mdp, así como la sentencia del 24 de mayo de 2010, la cual declaró la quiebra de las concursadas, misma que fue impugnada por el conciliador y los ingenios, suspendiéndose el procedimiento. El 12 de enero de 2011 se notificó que fueron sobreseídos los amparos promovidos por las concursadas y por el conciliador. Actualmente, el procedimiento concursal continúa suspendido.

El concurso mercantil 432/10 de Compañía Mexicana de Aviación se refiere al reconocimiento de créditos por COP a favor del IMSS. Este concurso fue radicado en el Juzgado Décimo Primero de Distrito en Materia Civil en el Distrito Federal. En la sentencia de reconocimiento, graduación y prelación de créditos, se reconoció al IMSS la cantidad de 145.3 mdp. El 25 de abril de 2011 el Instituto presentó ante el juzgado una promoción informando que la concursada interrumpió el pago de las COP y solicitó la puesta en práctica de las medidas necesarias para salvaguardar y garantizar

el interés institucional. A su vez, el conciliador hizo del conocimiento del juzgado que comenzaría pláticas con este organismo a fin de celebrar el convenio para el pago del adeudo que tiene la empresa con el IMSS.

El concurso mercantil 510/10, de la empresa Mexicana Inter, S. A. de C. V., también se ocupa del reconocimiento de créditos por COP a favor del IMSS. Este concurso fue radicado en el Juzgado Décimo Primero de Distrito en Materia Civil en el Distrito Federal. Al respecto, el 11 de febrero de 2011 se publicó la sentencia de reconocimiento, graduación y prelación de créditos, en la que se reconoció al Instituto la cantidad de 8.8 mdp, misma que comprende la totalidad de los créditos adeudados por la concursada.

El concurso mercantil 516/10, de la empresa Aerovías Caribe, S. A. de C. V., se refiere al reconocimiento de créditos por COP a favor del IMSS. La sentencia de reconocimiento, graduación y prelación de créditos, correspondiente a este asunto, se publicó el 11 de febrero de 2011 y reconoció al IMSS la cantidad de 16.3 mdp, misma que comprende la totalidad de los créditos adeudados por la concursada.

Impuesto predial

Se han interpuesto diversos medios de defensa en contra del cobro que pretenden realizar los gobiernos del Distrito Federal y los estados de Coahuila, Oaxaca, Morelos, Querétaro y Tlaxcala, por 125.67 mdp, los cuales se encuentran pendientes de resolución. En el mismo sentido, se obtuvieron en nivel central 17 sentencias favorables al IMSS en las cuales se reconoce la exención del pago del impuesto predial en términos del Artículo 115 Constitucional y del Artículo 254 de la LSS.

Sobre este mismo impuesto, en el estado de Campeche el IMSS interpuso un juicio de amparo directo contra la sentencia del 10 de agosto de 2009, emitida por el Pleno del Tribunal Superior de Justicia de Campeche. Ese documento confirmó una sentencia

previa que declaró la validez del requerimiento TSI/NC/041/07, emitido por el Tesorero del Ayuntamiento del Municipio de Campeche. Éste comunicó al IMSS Delegación Estatal Campeche el inicio de las facultades de comprobación para verificar su cumplimiento con la obligación tributaria del pago por el predio tipo urbano ubicado en la Avenida Lázaro Cárdenas s/n, Sector Las Flores. En la sesión de 18 de agosto de 2010, el Tribunal Colegiado del Trigésimo Primer Circuito, resolvió negar el amparo y protección de la justicia federal al IMSS.

Derechos por el suministro de agua

En esta materia se han interpuesto diversos medios de defensa en contra del cobro que pretenden realizar los gobiernos del Distrito Federal y Morelos por un total de 354 mdp. Ambos asuntos se encuentran pendientes de resolución.

Centro de Asistencia Renal, S. A. de C. V.

Esta empresa promovió el juicio de amparo indirecto (577/2009) contra la convocatoria y bases de la licitación pública internacional 00641321-007-08, para la contratación del servicio subrogado de hemodiálisis y el acta de reposición de fallo del 1 de abril de 2009. Con estos documentos se adjudicaron contratos a las empresas Centro de Diagnóstico Ángeles, S. A. de C. V., y Corphomed, S. A. de C. V. En ese juicio de amparo se concedió la suspensión definitiva, por lo que el IMSS interpuso recursos de revisión, logrando la negativa de la suspensión definitiva. Este asunto se concluyó una vez que el Octavo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito confirmó la sentencia de sobreseimiento en el juicio de amparo por desistimiento de la empresa quejosa.

Esta empresa también promovió el juicio de amparo (347/2011-XIII) contra el dictamen emitido el 4 de marzo de 2011 por el Comité Delegacional de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector

Público. Este dictamen se pronunció a favor de Centro de Diagnóstico Ángeles, S. A. de C. V., para la prestación del servicio subrogado de hemodiálisis en la Delegación México Poniente. El juicio de amparo también se promovió contra el dictamen y sus consecuencias, como el contrato celebrado y la omisión de una preconvocatoria de licitación pública. La resolución está pendiente en el Juzgado Segundo de Distrito del Centro Auxiliar de la Segunda Región en San Andrés Cholula, Puebla.

Operbes, S. A. de C. V. (Red Virtual)

Esta empresa promovió el juicio de amparo 1538/2010-IV contra el proyecto de Convocatoria para la Contratación de los Servicios de Telecomunicaciones del IMSS a través de una red privada virtual (RPV 2K10 bicentenario), publicado en el portal de este Instituto. Al respecto, se interpuso un recurso de queja, lográndose la negación de la suspensión. La audiencia constitucional está programada para el 10 de junio de 2011.

Decreto por el que se Reforman, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado

Este decreto fue publicado en el DOF el 4 de marzo de 2008. Al respecto, se han promovido 396 juicios de amparo y el Poder Judicial ha concluido 394 juicios, de los cuales en 390 las resoluciones han sido favorables al Instituto, al sobreseer en el juicio y, en otros, al negar el amparo y protección de la justicia federal. En los cuatro juicios restantes se concedió el amparo en unos supuestos y se negó en otros; en tanto dos juicios están pendientes de resolución definitiva.

Decretos por los que se reforman y adicionan diversos artículos de la Ley del Seguro Social

El 16 de enero de 2009 se publicó en el DOF el decreto por el que se reforman y adicionan los Artículos 5 A, fracción XVIII, y 27 de la LSS. Al respecto, se promovieron 36 juicios de amparo, cuya conclusión fue favorable en todos los casos para el IMSS, debido a que el Artículo 27 de la LSS no es violatorio del principio de legalidad tributaria y seguridad jurídica.

En relación con el decreto publicado en el DOF el 9 de julio de 2009, referente a los Artículos 5 A, fracción VIII, y 15 A, se promovieron 50 juicios de amparo que comprenden 68 empresas quejas. El Poder Judicial ha concluido 49 de esos asuntos con resultados favorables al IMSS, en tanto el juicio restante está pendiente de resolución definitiva.

Juicios de amparo en contra de la aplicación del Artículo 109, fracción III, de la Ley del ISR

En esta materia se han promovido 598 juicios que incluyen a 1,824 quejosos. Del total, 324 juicios se han concluido en el sentido de sobreseer en el juicio, negando el amparo y la protección de la justicia federal. Quedan 274 juicios pendientes de resolución definitiva.

Guardería ABC, S. C.

En uso de la facultad de atracción, la División de Asuntos Especiales atiende, de manera coordinada con la Jefatura Delegacional del Estado de Sonora, los juicios ordinarios civiles instaurados con motivo del siniestro ocurrido el 5 de junio de 2009.

Mediante el juicio ordinario civil exp. 6/2009, el IMSS demandó a la Secretaría de Hacienda del Estado de Sonora y otros, ante el Juzgado Primero de Distrito

en Hermosillo, Sonora. El motivo de la demanda fue que los codemandados son civilmente responsables del siniestro ocurrido en la Guardería ABC y, en consecuencia, del pago de daños al Instituto. A la fecha, este juicio está pendiente en espera de que se abra el periodo probatorio.

En otro de los juicios ordinarios civiles relacionados con la Guardería ABC se demanda el pago de 16 mdp por reparación del daño de orden patrimonial; 550 mdp por reparación del daño moral, así como el pago de gastos y costas. Este juicio fue promovido por varios padres de los menores afectados en el siniestro. El IMSS presentó escrito de contestación al llamamiento a juicio como tercero, a petición del Gobierno del Estado. Está pendiente que se llame a juicio a los socios de la Guardería ABC, S. C., a su ex-apoderado legal y al apoderado de dicha sociedad.

Finalmente, hasta mayo de 2011 se recibieron cuatro escritos de reclamación por responsabilidad patrimonial del estado. Estos escritos fueron promovidos por Araceli García Ibarra, quien reclamó 1.2 mdp; Leonardo Javier Valdés Castillo, cuyo reclamo ascendió a 1.19 mdp; María Magdalena García Corral, quien reclamó 17 mdp, y Fabián Goyzueta Sandoval, quien solicitó 17 mdp. Estos dos últimos se relacionan con la Guardería ABC. Los cuatro procedimientos reportados se encuentran en trámite, por lo que están pendientes de resolución.

Rescisión de contratos de obra pública

Se encuentran en trámite ante el Poder Judicial Federal y TFJFA, 32 juicios interpuestos por diversas empresas. En estos juicios se demandaron al Instituto las resoluciones por las que rescindieron diversos contratos de obra pública para la construcción, reestructuración, ampliación y remodelación de diversas UMF, hospitales y UMAE. En la mayoría de los juicios se ha logrado que el Tribunal niegue a los contratistas la solicitud de no continuación con las obras, a fin de que el Instituto esté en posibilidad de concluir los trabajos de construcción o remodelación con otras empresas y no se cause

mayor perjuicio. Los juicios se encuentran pendientes de resolución.

Jurisprudencias emitidas a favor del Instituto

Durante el periodo que abarca este Informe, se han emitido siete jurisprudencias a favor del IMSS. Estas jurisprudencias se relacionan con aspectos contenidos en la LSS.

Programa de capacitación 2011

Se llevaron a cabo dos reuniones regionales de Jefes de Servicios Jurídicos en materia fiscal, civil y de amparo, en las que participaron las 35 Jefaturas Delegacionales y 26 Jefaturas de División de Asuntos Jurídicos de las UMAE, ubicadas en estas delegaciones. En esas reuniones se trataron los siguientes temas: implementación del sistema de juicio en línea en el IMSS y el Juicio Sumario de acuerdo con la Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo, que entra en vigor el 7 de agosto de 2011; la responsabilidad patrimonial del Estado y la responsabilidad civil y de fianzas, así como diversas reformas, adiciones y derogaciones a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VI.1.4. ASUNTOS LABORALES

Juicios laborales

De acuerdo con el Inventario de la JFCA, a mayo de 2011 se tenían en trámite 44,317 juicios laborales de pasivo contingente radicados en las Juntas Especiales 8, 8 bis, 9 y 9 bis. Las delegaciones del Instituto tenían en trámite 76,003 juicios laborales de pasivo contingente.

Con el objeto de fortalecer la defensa jurídica en materia laboral, se consolidó el programa de revisión de contestaciones y demás escritos presentados por

los abogados ante las Juntas. Esta iniciativa incluyó la revisión de los acuerdos de las audiencias diarias, de tal forma que se han revisado 9,029 escritos.

A fin de homologar los criterios y estrategias de defensa institucional, se han realizado 26 acciones de capacitación y actualización dirigida a los abogados litigantes y personal administrativo de la Coordinación Laboral. Durante mayo, agosto y noviembre de 2010, así como durante marzo y mayo de 2011, se llevaron a cabo reuniones nacionales para tratar asuntos en materia laboral.

Además, se realizaron reuniones con los titulares de las Jefaturas de Servicios Jurídicos de las Delegaciones Estado de México Oriente y Poniente, así como Norte y Sur del Distrito Federal, a fin de unificar los criterios en relación con las demandas de ex trabajadores de la Compañía de LyFC.

Asimismo, se continuó con la mesa de trabajo con la Secretaría de Conflictos del Comité Ejecutivo Nacional del SNTSS, a fin de revisar los juicios laborales promovidos por trabajadores, jubilados y pensionados del Instituto, y proponer las acciones necesarias para su conclusión mediante pláticas conciliatorias. En el periodo que se reporta, se presentaron 228 expedientes, de los cuales 109 fueron aceptados por el Instituto, 72 casos no fueron procedentes y 47 se encuentran en proceso de estudio.

Se dio seguimiento al Convenio de Colaboración celebrado entre el IMSS, la JFCA y la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET), mediante la revisión de expedientes en las Subcomisiones Ejecutivas para la Prevención de Juicios Laborales, celebrándose 717 convenios en el Distrito Federal y 193 convenios en las delegaciones foráneas.

En el periodo que se informa, se concluyeron 1,206 expedientes mediante la aplicación del estudio denominado "Conveniencia para Concluir Litigios, sin Agotar todos los Procedimientos Jurisdiccionales". En el mismo sentido, se han logrado ahorros relevantes en distintos juicios, destacando dos asuntos. El primero es

el referente al expediente 952/2000, radicado en la Junta Especial No. 20 en Monterrey, Nuevo León. Al 31 de mayo de 2011 se habían suscrito 733 convenios para dar por concluido el juicio con igual número de actores. En este juicio se logró un ahorro aproximado de 88.9 mdp. El segundo corresponde al expediente 535/2002, radicado en la Junta Especial No. 20. En este asunto la parte actora pretendía el pago de 26.8 mdp; sin embargo, la autoridad laboral únicamente condenó al pago de 4.3 mdp.

En materia de juicios laborales, se dio respuesta a 665 consultas y solicitudes de apoyo técnico por parte de las diversas aéreas institucionales de nivel central y de las delegaciones. Además, se llevaron a cabo 32 visitas de apoyo y revisiones de gabinete a las JDSJ, con el objeto de revisar los contenidos de la defensa institucional y el modelo de atención de los juicios laborales. Se realizó el análisis de los informes de juicios de trascendencia de las 35 delegaciones, del cual se desprendieron diversas acciones para atender los juicios riesgosos. Asimismo, se identificaron los juicios laborales cuyo costo es superior a los 10 mdp, y su pasivo contingente asciende a 355.8 mdp a nivel nacional.

Se establecieron lineamientos a seguir para la determinación de indemnizaciones, salarios caídos y diferencias de cuantías, para el cálculo y la retención del ISR, para comprobación de cheques pagados, así como para la integración de la Declaración Informativa Múltiple en el ámbito delegacional. También se emitieron 19 oficios circulares que contienen políticas, lineamientos, criterios y estrategias para atender los juicios laborales.

Con el fin de contar con una base normativa adecuada para atender los juicios y amparos laborales, dentro del Programa de Actualización Normativa 2011 se propuso actualizar la Norma que Establece las Disposiciones para la Atención de Asuntos, Investigaciones, Juicios y Amparos en Materia Laboral, registrada en el Catálogo Normativo Institucional el 14 de abril de 2010, así como el Procedimiento para la Atención de Asuntos, Juicios y Amparos en Materia Laboral. El IMSS también ha establecido convenios con otras instituciones a fin de mejorar la eficiencia en esta área. En abril de 2011

se suscribió el Convenio General de Colaboración entre el Ejecutivo Federal, representado por la STPS, y la SFP, con diversos organismos públicos descentralizados, entre los que se encuentra el IMSS, con el objeto de abatir el rezago histórico de juicios laborales tramitados ante la JFCA.

En las acciones de combate a la corrupción, con motivo de los recursos de queja presentados en contra de Presidentes de Juntas Federales de Conciliación y Arbitraje, motivados por irregularidades en su actuación, se destituyó a los Presidentes de las Juntas Especiales 6 y 8 Bis de la Federal de Conciliación y Arbitraje. Asimismo, se colaboró para la interposición de denuncias penales contra apoderados particulares que patrocinan demandas en las que se reclaman prestaciones de manera fraudulenta.

Derivado de estas acciones, al cierre del periodo que se informa, se obtuvo 59.3 por ciento de laudos favorables; se concluyeron 6.4 por ciento de los juicios en trámite, y se bajó a 4.2 por ciento el rubro de audiencias diferidas por causas imputables al IMSS, respecto de juicios radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la JFCA.

En materia de juicios laborales a cargo de las delegaciones, al mes de mayo de 2011, se alcanzó 61.8 por ciento de laudos favorables; se concluyó 7.1 por ciento de los juicios en trámite y se bajó a 2.7 por ciento el rubro de audiencias diferidas por causas imputables al IMSS.

Amparos laborales

En el periodo que se reporta, se atendieron 3,290 juicios de amparo indirecto relacionados principalmente con la devolución del SAR y aportaciones al INFONAVIT.

Seguimiento a las contradicciones de tesis ante la SCJN

La DJ dio seguimiento a diversas contradicciones de tesis, las cuales son consideradas de trascendencia e importancia para el Instituto, obteniendo nueve criterios jurisprudenciales en materia laboral positivos para los intereses institucionales.

Investigaciones laborales

Durante el periodo que se reporta se resolvieron 160 investigaciones laborales, cuyas causas principales son: 40 por faltas de asistencia, 110 irregularidades, 10 por robo o sustracciones de bienes institucionales.

VI.1.5. INVESTIGACIÓN Y ASUNTOS DE DEFRAUDACIÓN

Durante el periodo que se informa se iniciaron 181 investigaciones administrativas con motivo de posibles ilícitos previstos en la LSS y otros delitos, cometidos en agravio del IMSS; se formularon 25 querellas y 82 denuncias. En el mismo periodo se dio seguimiento a 176 averiguaciones previas. En 46 de esas averiguaciones el Ministerio Público ejerció la acción penal al considerar que existían elementos para acreditar el cuerpo del delito y la probable responsabilidad penal de los inculcados. Además, se representó al Instituto ante los Tribunales Federales y Locales, coadyuvando con el Ministerio Público en la aportación de pruebas en 70 asuntos. De ese total, 46 son procesos penales, seis recursos de apelación, ocho juicios de amparo, cuatro amparos en revisión y seis procesos en ejecución de sentencia.

Asimismo, se ha auxiliado a la Agencia Federal de Investigación para que ésta logre la cumplimentación de 25 órdenes de aprehensión libradas por los Jueces de Distrito.

VI.1.6. CONTROL Y MEJORA CONTINUA DE PROCESOS JURÍDICOS

Análisis y control de procesos jurídicos

Se elaboró el manual de organización de la DJ, el cual quedó registrado en el Catálogo Normativo Institucional el 24 de noviembre de 2010. Además, se revisaron, actualizaron y, en su caso, sustituyeron los indicadores de desempeño en materia de juicios fiscales y laborales, considerados en el Programa Nacional de Atención y Control de Juicios (PNACJ). Las Coordinaciones de Asuntos Contenciosos y Laboral, conjuntamente con la Coordinación Técnica de Control y Mejora Continua de Procesos Jurídicos, los difundieron a las JDSJ para su aplicación a partir de enero de 2011. También se elaboraron y difundieron ocho informes con el análisis cuantitativo y cualitativo del comportamiento de los juicios fiscales notificados, en trámite y concluidos a nivel nacional, y dos con la misma información de juicios laborales.

De igual forma, se elaboraron y enviaron a las JDSJ y a las Coordinaciones de Asuntos Contenciosos y Laboral 59 reportes del comportamiento de los dos procesos considerados en el PNACJ, 31 sobre juicios fiscales y 28 sobre juicios laborales.

Se realizaron 48 reportes desagregados por Delegación relativos a cuatro indicadores en materia fiscal y laboral, con cifras obtenidas del PNACJ. Estos indicadores se registraron en el tablero de control del marcador balanceado, a cargo de la Coordinación de Planeación, así como 24 reportes con nivel de desagregación nacional, alimentados en el mismo sistema con cifras proporcionadas por las Coordinaciones de Asuntos Contenciosos y Laboral. Se realizaron 29 actualizaciones del Sistema del Orden Jurídico Nacional de la Secretaría de Gobernación, en relación con el marco jurídico aplicable al IMSS, incluyendo la última reforma a la LSS, publicada en el DOF el 27 de mayo de 2011.

Dentro del PMG de la APF, se emitió opinión jurídica sobre la aplicación al IMSS de los Acuerdos, Disposiciones y Manuales Administrativos de Aplicación General, expedidos y publicados en el DOF en julio y agosto de 2010. También se elaboró y se emitió dictamen jurídico sobre la relación única de normas administrativas del IMSS que se mantendrán vigentes, en términos de lo dispuesto en el Decreto del Ejecutivo Federal, publicado el 10 de agosto de 2010 en el DOF.

Se coordinó la atención de la Encuesta de Autoevaluación de Control Interno Institucional, que los servidores públicos de la DJ seleccionados de los niveles Estratégico, Directivo y Operativo respondieron en mayo de 2011. Asimismo, se remitieron las evidencias documentales que aportaron las Coordinaciones Normativas, para sustentar la evaluación efectuada.

Se informó a la Secretaría General que se dio por atendida la recomendación de la Comisión de Vigilancia presentada en la Centésima Primera Asamblea General del Instituto. **“Revisar jurídicamente la permanencia de los médicos residentes formados en el IMSS, a fin de aplicar los conocimientos y la capacitación recibida en beneficio de los derechohabientes”.**

Sobre las auditorías externas al Instituto, en julio de 2010, con motivo de la auditoría a los estados financieros del ejercicio 2009 del IMSS, se envió al Auditor Externo Despacho Mancera, S. C., integrante de Ernst & Young Global, la información para integrar el “Análisis cuantificable de demandas laborales, fiscales y civiles en contra del Instituto, así como los montos perdidos”, elaborado en apoyo a la Comisión de Vigilancia del IMSS. De la misma manera, durante enero, marzo y abril de 2011 se entregó la información requerida por el Auditor Externo, Despacho Prieto, Ruíz de Velasco y Cía., S. C., designado para dictaminar los estados financieros del ejercicio 2010 del IMSS.

Finalmente, se realizaron y difundieron 11 actualizaciones de la aplicación informática correspondiente al análisis de las tesis y jurisprudencias

emitidas por el Poder Judicial de la Federación, relevantes para el quehacer jurídico institucional. Asimismo, se elaboró el Programa de Visitas de Apoyo a las JDSJ 2011 y se está dando seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos.

Información estadística jurídica

Se fortalecieron los mecanismos de control para asegurar que se registre y actualice de manera permanente y oportuna el estado procesal de los juicios fiscales en el SSC. Al 31 de mayo de 2011 se han registrado en el SSC 99 por ciento de demandas notificadas y ha disminuido la desactualización en el registro en 8 por ciento de los juicios en trámite y en 25 por ciento de los juicios concluidos.

Con el objeto de precisar el número real de juicios laborales que representan un pasivo contingente para el Instituto, que se encuentran en trámite a nivel nacional, a partir de febrero de 2011 se están realizando trabajos conjuntamente con la JFCA, intercambiando información del SSC con la registrada en el Sistema informático de dicha autoridad laboral. Las discrepancias encontradas están en proceso de aclaración, tanto en las Juntas Especiales de la Federal de Conciliación y Arbitraje, como en las JDSJ.

Como resultado de las acciones conjuntas realizadas con la Coordinación Laboral, para mantener actualizado el módulo de investigaciones laborales del SSC, al 31 de mayo de 2011 se logró la conclusión de 58,284 reportes, estando pendientes de actualizar únicamente 533.

Se elaboraron y difundieron 10 informes con el análisis cuantitativo y cualitativo del comportamiento de los juicios laborales notificados, en trámite y concluidos, con base en la información obtenida del inventario de la JFCA y del SSC.

Se concluyó la tercera etapa de las siete que conforman el proyecto para integrar al SSC, los módulos

del juicio administrativo federal, recurso administrativo y amparo indirecto cuando el IMSS es actor. Actualmente, estos módulos no están automatizados.

En relación con la Intranet del Instituto, se incorporó la LSS correlacionada con criterios jurisprudenciales y se actualizaron 26 de los 76 ordenamientos federales en materia administrativa, financiera, civil, mercantil y penal. Asimismo, se tiene 100 por ciento de avance en la captura de 9,056 tesis y jurisprudencias y 41 por ciento de avance en la disponibilidad de su consulta.

En materia de transparencia y acceso a la información, en el periodo que se informa se coordinó la atención y respuesta de 523 solicitudes de información y de 78 recursos de revisión. Asimismo, se elaboraron 27 alegatos, así como la revisión y opinión de 130 respuestas proporcionadas por diversas unidades administrativas, a solicitudes de acceso a la información en materia de hemodiálisis y guarderías.

VI.1.7. SISTEMA DE SEGUIMIENTO DE CASOS

El Sistema de Seguimiento de Casos (SSC) permite al Instituto controlar los juicios fiscales y laborales que se atienden a nivel nacional y contar con información veraz y oportuna de aquellos que se encuentran en trámite, así como de su estado procesal.

El SSC ha servido de apoyo al Instituto para una adecuada toma de decisiones, lo que se ha traducido en la disminución de los juicios y en la obtención de mayor número de resoluciones favorables al IMSS, tanto en materia fiscal como laboral. Durante el periodo que se reporta, se revisaron y elaboraron los mapas de cuatro procesos correspondientes al juicio contencioso administrativo en que el IMSS es actor, que se sistematizarán e integrarán al SSC. Asimismo, con el apoyo de la DIDT se realizaron los trabajos de depuración de juicios fiscales y laborales, en la eliminación y adición de acciones reclamadas en estos últimos, brindándonos

soporte a la aplicación en producción y en las mejoras y/o adecuaciones que se han solicitado.

VI.1.8. PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN Y CONTROL DE JUICIOS

El elevado número de juicios laborales y fiscales en los que el IMSS tiene el carácter de demandado constituyen el problema fundamental que enfrentan las áreas jurídicas del Instituto. Para combatir ese problema, se sometió a consideración del H. Consejo Técnico el Programa Nacional de Atención y Control de Juicios (PNACJ), el cual fue aprobado el 18 de febrero de 2004 e inició en marzo del mismo año.

Materia laboral

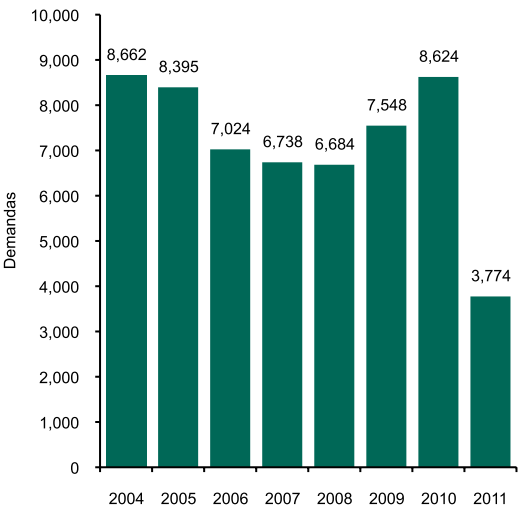
En 2008, como una acción del PNACJ, iniciado en 2004, la DJ ejerció la facultad de atracción respecto de 41,207 juicios laborales radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la JFCA, que eran atendidos originalmente por las delegaciones ubicadas en el Distrito Federal y en el Estado de México. Estos juicios representaban 42.8 por ciento de los 96,237 juicios a nivel nacional que a esa fecha se encontraban en trámite.

Resultados a nivel central

Los resultados alcanzados con motivo de la atracción de los juicios laborales a que se refiere el párrafo anterior han sido positivos (gráfica VI.1).

En materia de demandas notificadas, la tendencia a partir del año de 2005 ha sido a la baja, debido al mayor número de laudos favorables al Instituto. Sin embargo, en 2009 y 2010 se observó un incremento importante. Dos razones explican este hecho: la primera es que se elevó el número de demandas que se presentaron en contra del IMSS, implicando la integración de los conceptos 32 y 33 (estímulos de

GRÁFICA VI.1. DEMANDAS NOTIFICADAS POR LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS DE LA JUNTA FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE (NUMERO DE CASOS, 2004-MAYO 2011)



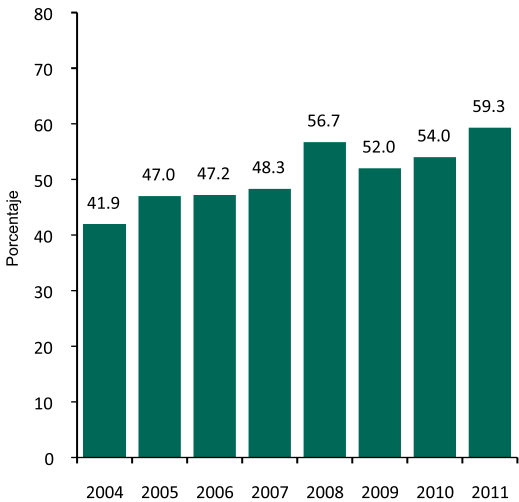
Fuente: IMSS.

asistencia y puntualidad) en el salario base para el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio. Esta prestación representó el 30 por ciento de las demandas recibidas durante 2010. La segunda es que se presentaron demandas que reclamaban prestaciones novedosas. Entre éstas se encuentran el pago de diferencia de 32 días por año laborado en el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio y el pago de la diferencia de cinco días por año laborado, por los días 31 que tiene el año calendario, en el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio. Estas nuevas prestaciones reclamadas al Instituto representaron 10 por ciento de las demandas recibidas en 2010.

El reclamo del pago de la diferencia de 32 días por año laborado se originó por el propio IMSS al no integrar estos conceptos en el salario base para el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio. Para solucionar esta situación, la DJ recomendó a la Unidad de Personal del Instituto que instruyera a las áreas operativas a nivel nacional, para que a partir del mes de enero de 2011 los conceptos de estímulos por asistencia y por puntualidad sean incluidos en el salario base para el pago de la prima de antigüedad de los trabajadores a los que se otorgue jubilación por años de servicio.

En lo que se refiere a laudos favorables, la tendencia también ha sido de aumento, no obstante que el factor de incremento se ha visto influido por las mismas razones señaladas en los párrafos anteriores (gráfica VI.2).

GRÁFICA VI.2. LAUDOS FAVORABLES NOTIFICADOS EN LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS DE LA JUNTA FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE
(PORCENTAJES, 2004-MAYO 2011)



Fuente: IMSS.

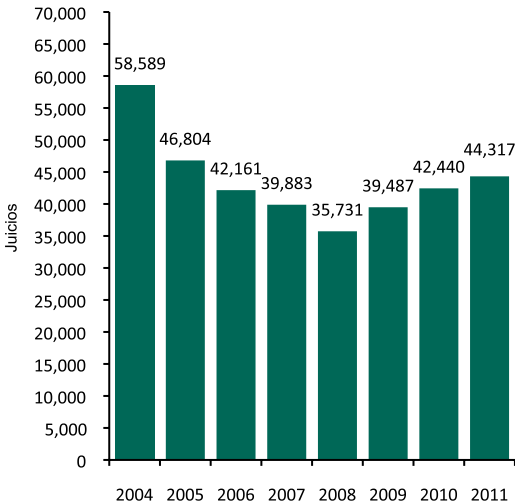
Como resultado de lo anterior, los juicios en trámite que atiende el Instituto han seguido la misma tendencia, a pesar de que en 2009, 2010 y principios del 2011 han sufrido un ligero aumento por las razones antes señaladas (gráfica VI.3).

Las audiencias diferidas por razones imputables al Instituto han disminuido debido al estricto control que se ha establecido sobre abogados y juicios (gráfica VI.4).

Resultados a nivel nacional

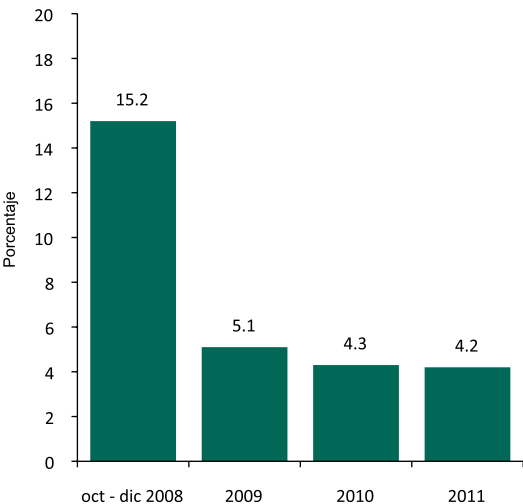
Durante el periodo de ejecución del PNACJ (2004-mayo 2011), los indicadores que muestran los resultados a nivel nacional también han sido favorables (gráficas VI.5, VI.6 y VI.7).

GRÁFICA VI.3. JUICIOS LABORALES EN TRÁMITE, RADICADOS EN LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS DE LA JUNTA FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE
(NÚMERO DE JUICIOS, 2004-MAYO 2011)



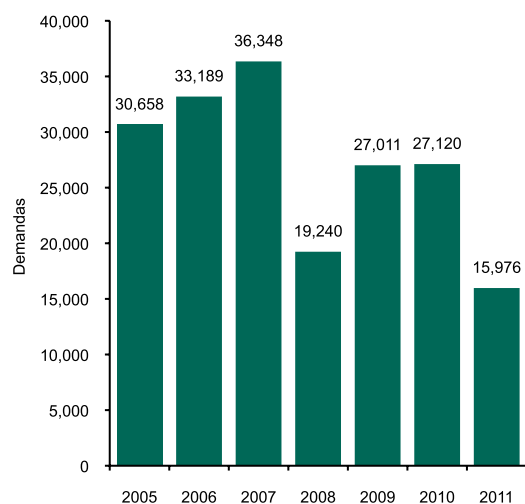
Fuente: IMSS.

GRÁFICA VI.4. AUDIENCIAS DIFERIDAS DE LAS JUNTAS ESPECIALES 8, 8 BIS, 9 Y 9 BIS DE LA JUNTA FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE
(PORCENTAJES, 2008-MAYO 2011)



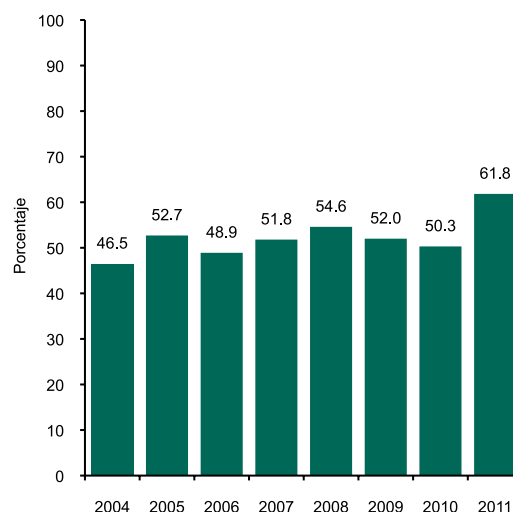
Fuente: IMSS.

GRÁFICA VI.5. DEMANDAS NOTIFICADAS A NIVEL NACIONAL
(NÚMERO DE DEMANDAS, 2005-MAYO 2011)



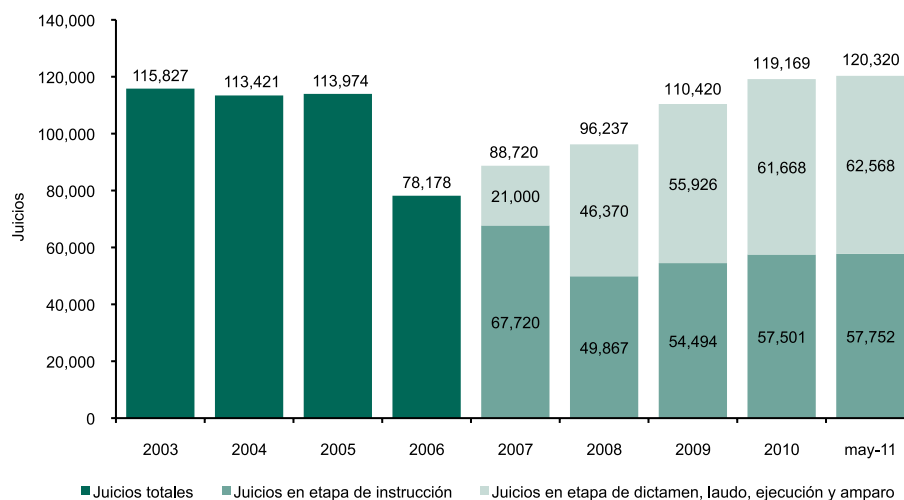
Fuente: IMSS.

GRÁFICA VI.6. LAUDOS FAVORABLES AL IMSS
(PORCENTAJES, 2004-MAYO 2011)



Fuente: IMSS.

GRÁFICA VI.7. JUICIOS LABORALES EN TRÁMITE^{1/}
(NÚMERO DE JUICIOS, DICIEMBRE 2003-MAYO 2011)

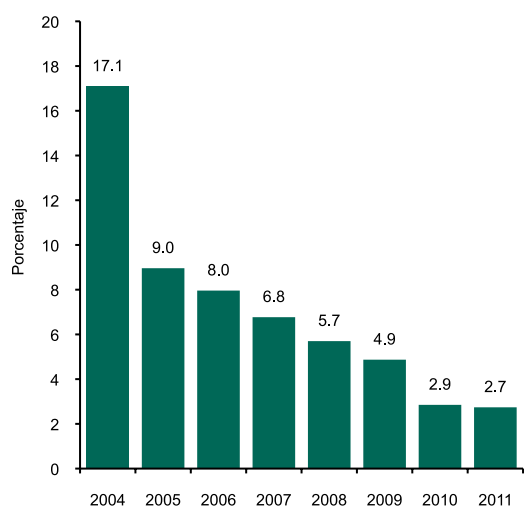


^{1/} A partir de 2007, se excluyen los juicios radicados en Juntas Locales, así como los relativos al SAR que administran las AFORE. Las cifras de 67,720, 49,867, 54,494, 57,501 y 57,752, de los años 2007, 2008, 2009, 2010 y a mayo de 2011, respectivamente, sólo se refieren a juicios en trámite que se encuentran en etapa de instrucción, por lo que incluyendo los juicios en dictamen, laudo, ejecución y amparo, cuyas acciones de atención no corresponden al IMSS, sino a la autoridad laboral, el total asciende a 88,720, 96,237, 110,420, 119,169 y 120,320, respectivamente.

Fuente: IMSS.

Por lo que se refiere al diferimiento de audiencias, se han obtenido resultados favorables a nivel nacional (gráfica VI.8). En 2004, 17.1 por ciento de las audiencias programadas se difirieron por causas imputables al IMSS. Para diciembre de 2010, con la aplicación de las estrategias del PNACJ, se disminuyó esta cifra a 2.9 por ciento, lo que representa 14.2 puntos porcentuales menos. Esta tendencia se mantiene favorable a mayo de 2011, obteniendo una disminución de 14.4 puntos porcentuales con respecto a 2004.

**GRÁFICA VI.8. AUDIENCIAS DIFERIDAS
A NIVEL NACIONAL**
(PORCENTAJES, 2004-MAYO 2011)



Fuente: IMSS.

Materia fiscal

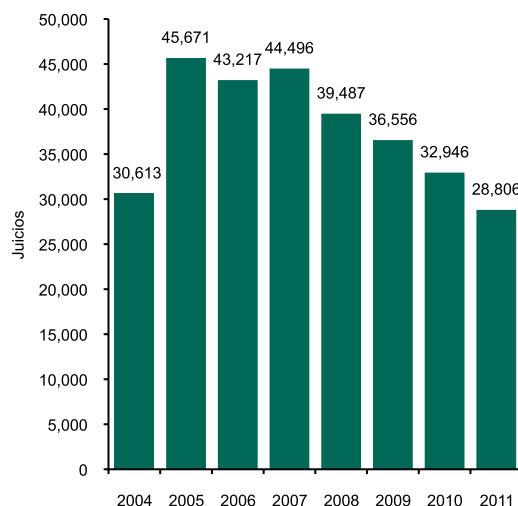
Ante el considerable número de juicios en trámite y el sentido desfavorable para el Instituto de las sentencias dictadas por el TFJFA, en marzo de 2008 la DJ determinó implementar un programa para prevenir las deficiencias de los actos impugnables del Instituto en materia fiscal, a fin de mejorar la defensa en los juicios interpuestos en contra de este Instituto, incrementar las resoluciones favorables al IMSS y coadyuvar a elevar la recaudación fiscal.

Bajo el marco del programa mencionado, se revisaron 3,174 expedientes de juicios de nulidad en

trámite y 1,349 sentencias en las delegaciones Sur y Norte del Distrito Federal y en el Estado de México Oriente. En estas delegaciones se concentra 52.4 por ciento de los juicios de nulidad en trámite. También se revisaron expedientes y sentencias en las Delegaciones Campeche, Guerrero, Quintana Roo y Veracruz Sur. Como resultado, se detectaron irregularidades de los actos impugnados en los juicios contenciosos administrativos en trámite, las cuales se comunicaron a la DIR, quien ha implementado las medidas para evitarlas en lo subsecuente. Asimismo, se revisaron 60 formatos utilizados en la emisión de los actos de recaudación, fiscalización y determinación de créditos, a fin de que cumplan con los requisitos de validez.

En lo que se refiere a los juicios fiscales en trámite en los que el IMSS tiene el carácter de demandado, el comportamiento de los mismos es favorable, toda vez que se ha venido observando una tendencia a la baja en la interposición de demandas en contra de éste. De 2008 a diciembre de 2010, el número de juicios en trámite, incluyendo aquellos en donde el IMSS es actor, disminuyó en 16.6 por ciento. Esta tendencia se mantuvo favorable a mayo de 2011 (gráfica VI.9).

**GRÁFICA VI.9. JUICIOS FISCALES EN TRÁMITE
A NIVEL NACIONAL^{1/}**
(NÚMERO DE JUICIOS, 2004-MAYO 2011)

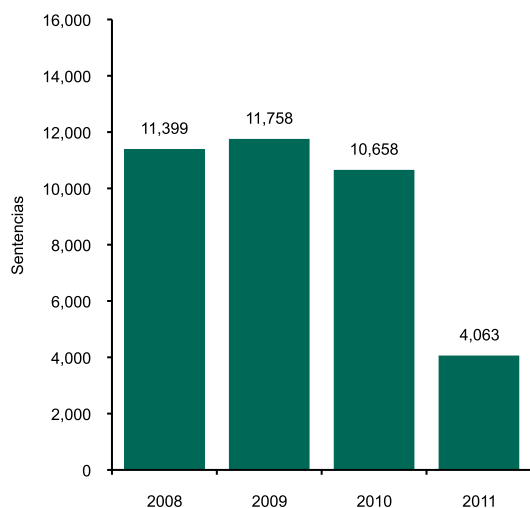


^{1/} A partir de 2010 se consideran los juicios fiscales en los que el IMSS es actor.

Fuente: IMSS.

Los juicios fiscales concluidos con sentencias desfavorables para el Instituto han ido a la baja, ya que a diciembre de 2010 han disminuido en 6.5 por ciento con respecto a 2008. Se observa una tendencia favorable a mayo de 2011 en las sentencias que declaran la nulidad lisa y llana de los actos impugnados (gráfica VI.10).

GRÁFICA VI.10. SENTENCIAS A NIVEL NACIONAL EN LAS QUE SE DECLARA LA NULIDAD LISA Y LLANA DE LOS ACTOS IMPUGNADOS
(NÚMERO DE SENTENCIAS, 2008-MAYO 2011)



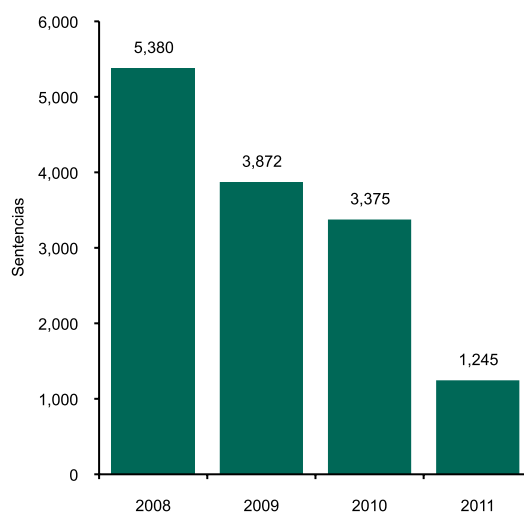
Fuente: IMSS.

En este mismo sentido, las sentencias que declaran la nulidad para efectos de los actos impugnados han disminuido 37.3 puntos porcentuales entre 2008 y diciembre de 2010, observándose una tendencia favorable a mayo de 2011 (gráfica VI.11).

En este contexto de resultados favorables, los juicios en los que las sentencias declaran la validez de los actos impugnados se incrementaron en 42.9 por ciento entre 2008 y diciembre de 2010 (gráfica VI.12).

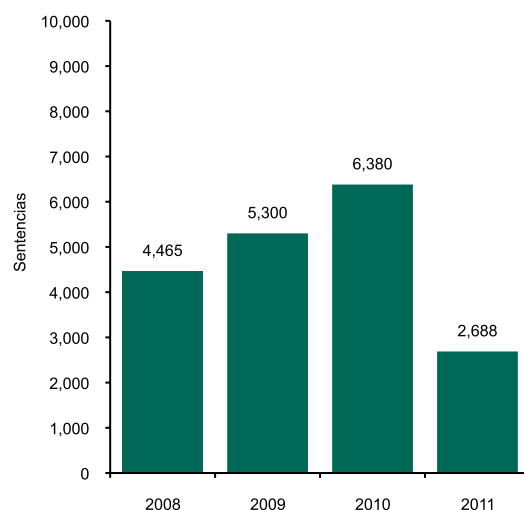
En el periodo que se informa se tramitaron 6,717 juicios de amparo en materia administrativa y fiscal, promovidos en contra de Decretos que reforman diversas disposiciones de la LSS y sus Reglamentos, así como por actos emitidos por autoridades del Instituto.

GRÁFICA VI.11. SENTENCIAS A NIVEL NACIONAL EN LAS QUE SE DECLARA LA NULIDAD PARA EFECTOS DE LOS ACTOS IMPUGNADOS
(NÚMERO DE SENTENCIAS, 2008-MAYO 2011)



Fuente: IMSS.

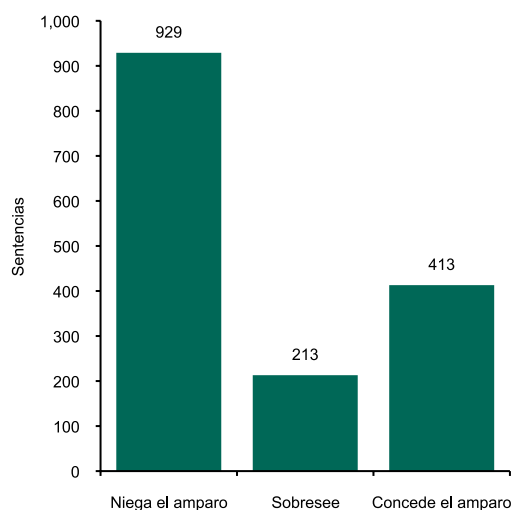
GRÁFICA VI.12. SENTENCIAS A NIVEL NACIONAL EN LAS QUE SE DECLARA LA VALIDEZ DE LOS ACTOS IMPUGNADOS
(NÚMERO DE SENTENCIAS, 2008-MAYO 2011)



Fuente: IMSS.

Al 31 de mayo de 2011 se concluyeron 1,555 juicios (gráfica VI.13).

GRÁFICA VI.13. SENTIDO DE LAS SENTENCIAS EMITIDAS EN JUICIOS DE AMPAROS POR EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
(ENERO-MAYO 2011)



Fuente: IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para el término del año 2011, en materia de Legislación y Consulta, la DJ tiene contempladas las siguientes actividades: a) concluir el anteproyecto del Reglamento de la LSS en materia de Administración y Enajenación de Bienes Adjudicados con motivo de la aplicación del Procedimiento Administrativo de Ejecución; b) implantar el trámite de solicitud de publicación de convocatorias en el DOF, utilizando medios remotos; c) realizar el seguimiento permanente al Comité del Fideicomiso 16617-9 "Fondo para Ayuda Extraordinarios con motivo del Incendio de la Guardería ABC"; d) sistematizar el registro de contratos y convenios suscritos por el Director General, y emitir las disposiciones aplicables para la revisión y registro de los contratos y convenios que formalizan los demás funcionarios del Instituto, y e) continuar con las acciones para la implementación del Registro del Patrimonio Inmobiliario Institucional.

Por lo que se refiere a Asuntos Contenciosos, la DJ tiene contemplado, atender oportuna y eficazmente los recursos administrativos e interponer los medios de defensa en los juicios fiscales, administrativos, de amparo, civiles, mercantiles y de procedimientos especiales ante los tribunales jurisdiccionales.

De igual forma, entre las actividades prioritarias se encuentra apoyar a los servicios jurídicos delegacionales, con el objeto de fortalecer la defensa de los juicios que se tramitan ante los tribunales judiciales y jurisdiccionales. En este sentido, se continuará con el apoyo a las JDSJ y a las Divisiones de Asuntos Jurídicos de las UMAE, que atenderán los juicios contenciosos administrativos vía el Sistema de Justicia en Línea y el Juicio Sumario, que iniciará su operación el 7 de agosto de 2011.

Además, la DJ llevará a cabo la capacitación y asistirá a las reuniones de trabajo convocadas por el personal del TFJFA, que se encuentra a cargo del desarrollo e instrumentación del Juicio en Línea, a fin de atender los juicios fiscales vía el Sistema de Justicia en Línea.

En materia de Asuntos Laborales, a fin de mantener y fortalecer la estrategia institucional, lo cual se reflejará en mejores resultados en los indicadores del PNACJ, se tienen programadas cuatro actividades principales para el periodo de junio a diciembre de 2011.

La primera es la mejora en la calidad de atención de los juicios laborales. Esta actividad incluirá la elaboración de contestaciones que contengan los elementos suficientes para una defensa adecuada; el perfeccionamiento en el planteamiento de estrategias procesales e incidentales; la homologación de criterios al interior de las áreas operativas responsables de la atención de juicios laborales y la estandarización de los modelos de contestación de demandas, y la revisión de los actos procesales de mayor relevancia en el trámite de los juicios laborales que se promueven en el Distrito Federal. Finalmente, se realizarán dos reuniones de trabajo mensuales con los abogados litigantes responsables, donde se expongan y debatan casos prácticos a fin de que se analicen los términos pertinentes en los cuales debe plantearse la

defensa institucional, promoviendo la participación y retroalimentación del personal.

La segunda actividad busca abatir y depurar los juicios laborales. Esta estrategia va encaminada a concluir un mayor número de juicios que los que ingresan al año. Las líneas de acción incluyen la celebración de convenios, el abatimiento de los juicios donde se demanden acciones recurrentes, el abatimiento y depuración de los juicios antiguos, la depuración de inventarios y el estudio de los juicios que no se han podido concluir debido a que hay impedimentos para cumplir en su totalidad la condena del laudo. Esto a fin de establecer acuerdos que permitan finiquitar el juicio, ya sea mediante convenios en modalidad de cumplimiento de laudos o por gestiones al interior del IMSS.

La tercera actividad es el fortalecimiento del sistema nacional de defensa de juicios laborales del IMSS. Esta actividad incluye la difusión de los criterios jurisdiccionales favorables entre las delegaciones foráneas, mediante una red de participación de las JDSJ, donde se publiciten laudos o ejecutorias favorables o prácticas litigiosas exitosas; la homologación de contenidos mínimos de contestaciones por tipo de reclamación entre las delegaciones foráneas, y la actualización periódica de los abogados responsables de la atención de investigaciones, juicios y amparos laborales.

La cuarta actividad es el fortalecimiento de la supervisión y el control en las áreas operativas responsables de los juicios laborales en las delegaciones. Si bien es cierto que esta labor se ha desarrollado durante los últimos años, se pretende fortalecer las acciones tendientes a supervisar a las delegaciones en la atención de juicios. Las líneas de acción principales incluyen la identificación de las causas imputables al Instituto que inciden en la presentación de nuevas demandas por parte de asegurados y trabajadores, así como impulsar las medidas necesarias para su corrección conjuntamente con las áreas institucionales competentes. También se pretende revisar los informes que rinden las delegaciones de sus asuntos de trascendencia y pasivo contingente, así como realizar el seguimiento de los

indicadores de las delegaciones foráneas. Asimismo, se efectuarán revisiones de gabinete a las delegaciones a fin de verificar la forma en cómo se defienden los juicios en las delegaciones y, en su caso, poder emitir recomendaciones para el perfeccionamiento de la defensa de los intereses institucionales.

Dentro de esta cuarta actividad también se planea replicar las acciones realizadas en la Coordinación Laboral, como la conciliación de los asuntos de reinstalación e indemnización y asuntos de trascendencia; el abatimiento de los juicios antiguos e instalación de mesas con la PROFEDET y el SNTSS; la celebración de reuniones regionales o nacionales de capacitación con las JDSJ, y el fortalecimiento de las acciones de registro y actualización de los datos incluidos en el SSC, en materia de juicios, amparos e investigaciones laborales.

De este modo, se espera mantener la media nacional de laudos favorables considerados para efectos del PNACJ, reducir a 4.2 por ciento el promedio de audiencias diferidas por causas imputables al Instituto e impulsar ante las JDSJ, la conclusión de 10 por ciento de los juicios en trámite.

En materia de Investigación y Asuntos de Defraudación, para finales de 2011 la DJ tiene planeado llevar a cabo tres actividades principales. La primera es la atención con oportunidad de los asuntos relativos a las investigaciones administrativas por los delitos contenidos en el Título Sexto, Capítulo III, de la LSS y otros previstos en el Código Penal Federal cometidos por servidores públicos y/o particulares, en agravio del IMSS. La segunda es brindar asesoría a los órganos institucionales sobre la materia de defraudación, a fin de prevenir el incumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social y, en el caso concreto, ejercer las acciones legales que correspondan al ámbito penal. La tercera es cooperar con las autoridades administrativas y judiciales en las averiguaciones previas y procesos penales en los que se represente al Instituto.

Por lo que se refiere al Análisis y Control de Procesos Jurídicos, para el término de 2011, la DJ tiene contempladas nueve actividades principales en este

tema. La primera es dar seguimiento al cumplimiento del Programa de Simplificación y Actualización Normativa de la DJ en 2011.

La segunda es elaborar 31 informes relativos a los dos procesos del PNACJ: 16 sobre juicios laborales y 15 sobre juicios fiscales. Además, se elaborarán 24 informes relativos a los indicadores del marcador balanceado, 18 sobre juicios laborales y seis sobre juicios fiscales. Dicha información contiene cifras del PNACJ con nivel de desagregación delegacional.

La tercera actividad es la elaboración de seis informes sobre 10 indicadores alimentados en el marcador balanceado con cifras enviadas por las Coordinaciones Laboral y de Asuntos Contenciosos, con nivel de desagregación nacional.

La cuarta consiste en continuar con el análisis e integración mensual de los informes cuantitativos y cualitativos del comportamiento de los juicios fiscales y laborales, con los resultados obtenidos de los indicadores del PNACJ y la información que reporta el SSC.

La quinta actividad incluye realizar dos actualizaciones a la información correspondiente al Programa Institucional de Trabajo de la DJ durante el periodo 2006-2012 y continuar con la actualización del Sistema del Orden Jurídico Nacional, de acuerdo con lo publicado en el DOF.

La sexta actividad se enfocará al seguimiento del Programa de Visitas de Apoyo a las JDSJ en 2011 a fin de verificar el cumplimiento de los compromisos adquiridos en las mismas, así como del Programa de Trabajo de la DJ.

La séptima incluye la elaboración y la difusión de discos compactos con la información relativa a tesis y jurisprudencias de relevancia para el Instituto con información disponible a diciembre de 2011.

Las actividades restantes son la coordinación del proceso de reestructuración orgánica integral de la DJ y el

seguimiento a las revisiones de auditoría que practiquen los órganos fiscalizadores a los órganos normativos de la DJ, así como la atención a las observaciones que determinen hasta su total cumplimiento.

En materia de Información Estadística Jurídica, para el término de 2011, la DJ tiene contempladas ocho actividades principales en su plan de trabajo referentes a la información estadística jurídica. La primera es consolidar la actualización de las bases de datos del SSC, a fin de contar con información confiable y consistente para apoyar la toma de decisiones, así como controlar el desempeño de los procesos de juicios laborales y fiscales.

La segunda y la tercera se refieren a elaborar siete informes analíticos de las cifras de los juicios laborales en trámite de pasivo contingente del inventario de la JFCA, así como a continuar desarrollando el Módulo del Juicio Contencioso Administrativo en el SSC.

La cuarta actividad será visitar las Jefaturas de Servicios Jurídicos de las Delegaciones Jalisco, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, Yucatán, Chihuahua, Campeche y Baja California para apoyarlas en la captura y actualización en el SSC de los juicios laborales y contenciosos administrativos federales, así como de las investigaciones laborales.

La quinta se enfocará a concluir el desarrollo, carga de la información de consulta y pruebas de la aplicación informática de Tesis y Jurisprudencias del Poder Judicial de la Federación sobre temas relevantes para el quehacer jurídico institucional. Esta aplicación se incorporará a la página de la DJ en Intranet.

Las actividades restantes incluyen la continuación con los trabajos que conjuntamente se realizan con la JFCA, para conciliar las cifras de los juicios laborales en trámite a nivel nacional; la depuración de juicios fiscales y laborales en el SSC, para tener cifras confiables de los que están notificados, en trámite y concluidos, así como el seguimiento de las Iniciativas del Programa Institucional del periodo 2009-2012 de la Dirección General.

Por lo que hace al Sistema de Seguimiento de Casos, contando con el apoyo de la DIDT, la DJ tiene contemplado iniciar la siguiente etapa de levantamiento de requerimientos para automatizar los cuatro procesos mapeados que se integrarán al SSC; iniciar el proyecto para el mapeo de los procesos de los juicios penales, civiles y mercantiles que atiende la DJ, así como solicitar el apoyo a la DIDT para que brinde el soporte y mantenimiento a la aplicación en producción y en la implementación de los cambios y mejoras que se requieran en el SSC.

VI.2. COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A QUEJAS Y ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE

VI.2.1. ATENCIÓN A QUEJAS Y ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE

La Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente (CAQOD) constantemente implementa estrategias para mejorar la atención a las peticiones que presentan derechohabientes, patrones, sujetos obligados y usuarios, a través de los medios de captación que el Instituto pone a su disposición y con ello mejorar la percepción del IMSS.

En abril de 2010, el IMSS fortaleció la cultura de servicio y de atención al derechohabiente, inaugurando el espacio de Contacto Ciudadano. A un año de su operación, se atendió de manera personal a 20,471 usuarios, con un tiempo de atención promedio de 2 minutos 35 segundos.

En abril de 2010, el IMSS fortaleció la cultura de servicio y de atención al derechohabiente, inaugurando el espacio de Contacto Ciudadano. Lo anterior, con la finalidad de integrar las condiciones idóneas para la atención al ciudadano en espacios de accesibilidad universales, que por su misma arquitectura con áreas amplias, iluminadas y ventiladas, re confortan al usuario. Cabe destacar que el usuario es atendido por personal altamente capacitado en temas institucionales, con la sensibilidad y experiencia requerida para la atención de la gran diversidad de personas del territorio nacional.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

El periodo comprendido del 31 de mayo de 2010 al 31 de mayo de 2011, a un año de operación, en los 11 módulos que integran Contacto Ciudadano se atendieron de manera personal a 20,471 usuarios, con un tiempo de atención promedio de 2 minutos 35 segundos, medidos a partir de que el usuario es registrado en el módulo de recepción, hasta que es llamado por un consultor, con una referencia máxima de 5 minutos. Ahora, desde que el usuario plantea su petición al consultor, hasta que se le brinda una respuesta a su planteamiento, el tiempo promedio de atención es de 16 minutos 02 segundos, con una referencia máxima de atención de 45 minutos. Asimismo, el resultado promedio de la encuesta de salida, que evalúa la percepción del usuario sobre la calidad en la atención recibida, es de 97.3 por ciento. Estos resultados denotan la oportunidad y calidad con que el usuario percibe que es atendido.

Durante el periodo que se reporta, se han proporcionado, a nivel nacional, 19'875,063 acciones de orientación y se captaron 63,549 quejas de servicio.

Durante el periodo que se reporta, se ha proporcionado, a nivel nacional, 19'875,063 acciones de orientación y se captaron 63,549 quejas de servicio. Asimismo, se realizaron 1'126,437 gestiones ante unidades institucionales médicas y administrativas, las cuales disminuyeron en 18.6 por ciento respecto a las realizadas en el periodo anterior.

El Servicio de Atención Ciudadana de nivel central recibió 4,800 peticiones por escrito, tales como: solicitudes de orientación, de atención, quejas de servicio, sugerencias y reconocimientos; todas ellas recibidas directamente de la ciudadanía, o bien a través de la Red Federal de Servicio a la Ciudadanía de la Presidencia de la República, para las que se cumplió con el estándar de atención establecido de dar respuesta a los planteamientos en un plazo máximo de 10 días hábiles.

De esta manera, el Centro de Contacto IMSS concentra la atención de peticiones a través de tres medios de contacto: telefonía, chat y correo electrónico. La CAQOD tiene bajo su responsabilidad la operación de dos grandes campañas: una llamada "Derechohabiente" y a partir del 15 de junio de 2010 la campaña "Contribuyente". Ambas campañas brindan atención en dos niveles, de acuerdo con la complejidad de la información, en relación con los servicios y trámites del Instituto:

- a) Nivel básico de información: de mayo de 2010 a mayo de 2011 se atendieron 1'270,042 llamadas; 30,916 correos electrónicos, y 200,805 chats, en ambas campañas.
- b) Nivel especializado: el operador telefónico brinda atención especializada de trámites y servicios que ofrece el Instituto, en situaciones más complejas. En el periodo que se informa se atendieron 233,894 llamadas; 34,006 correos electrónicos, y 16,231 chats como parte de la campaña "Derechohabiente".

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se promoverá y coordinará la réplica de los espacios de Contacto Ciudadano en las delegaciones del IMSS a nivel nacional, para lo cual se desarrollan los lineamientos que permitirán la homologación no sólo de las condiciones físicas que dichos espacios deben cumplir, sino también la imagen y estándares de atención que deberán normar la atención que se brinde a los derechohabientes y usuarios que serán atendidos a través de los espacios de Contacto Ciudadano.

VI.2.2. FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN AL DERECHOHABIENTE

Con el fin de fortalecer la atención que se brinda al derechohabiente en las unidades médicas, se han venido impulsado tres proyectos: a) ampliación de Cobertura de Técnicas en Atención y Orientación al Derechohabiente (TAOD) en unidades de medicina familiar, hospitales y UMAE; b) cobertura de TAOD en áreas de Urgencias de Hospitales y UMAE, para fortalecer la gestión y atención que se brinda a las personas que acuden y así coadyuvar con las acciones de mejora institucional, y c) consolidación de la imagen de la TAOD con la imagen institucional a fin de que el derechohabiente la reconozca con mayor facilidad. Para lograrlo se dotó de uniformes y espacios de atención claramente identificados.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Con la conclusión del proyecto de ampliación de cobertura, al mes de mayo de 2011, se ha incrementado el número de TAOD en 135 por ciento, pasando de 480 a 1,229 Técnicas, lo que ha permitido tener una cobertura en unidades médicas como se muestra en la tabla VI.1.

TABLA VI.1.AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE TAOD
(PORCENTAJES)

Tipo de Unidad	Turno	Cobertura
UMAE	Matutino y vespertino	100
Hospitales	Matutino y vespertino	100
Hospitales con UMF	Matutino y vespertino	100
UMF 16 y más consultorios	Matutino y vespertino	100
UMF 5 y más consultorios	Matutino	100

Fuente: IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Con el fin de continuar fortaleciendo la atención que se brinda, durante el segundo semestre de 2011 se pretende adquirir y, por lo tanto, instalar 110 Módulos de Atención al Derechohabiente en las áreas de Urgencias de hospitales y UMAE que prioritariamente lo requieren. Dichos módulos permitirán la dignificación del espacio en el que la TAOD atiende y orienta a los usuarios que hacen uso de los servicios de dichas áreas.

VI.2.3. PROGRAMA NACIONAL DE CAPACITACIÓN “CALIDEZ Y CULTURA DE SERVICIO AL DERECHOHABIENTE”

En octubre de 2010, en una alianza sin precedentes del IMSS con el SNTSS, se constituyó el Programa Nacional de Capacitación “Calidez y Cultura de Servicio al Derechohabiente”, un compromiso compartido.

El 18 de enero de 2011, tuvo lugar el arranque formal de este Programa, a través de videoconferencia difundida a nivel nacional presidida por el Director General del IMSS, acompañado por el Secretario General del Comité Ejecutivo Nacional del SNTSS. El objetivo del Programa es coadyuvar en la mejora de la atención, mediante el desarrollo de habilidades y fortalecimiento de actitudes del personal, a fin de promover cambios sustanciales en la ética personal y profesional, así como

en el servicio al público derechohabiente. Se pretende capacitar a todo el personal del IMSS.

A través de los programas para mejorar la calidez y la cultura de servicio, se han capacitado más de 60,000 trabajadores.

Previo a la alianza con el SNTSS de octubre de 2010 y por lo tanto, la puesta en marcha del Programa Nacional de Capacitación “Calidez y Cultura de Servicio al Derechohabiente”, se realizaron esfuerzos importantes para la capacitación del personal institucional en materia de trato, en el marco de un programa que se denominó en su momento “Atención con Calidad y Calidez al Derechohabiente”, con el cual se logró, a octubre de 2010, la capacitación de 30,000 trabajadores de las 35 delegaciones.

Ya con el apoyo del SNTSS, en el marco del Programa Nacional de Capacitación “Calidez y Cultura de Servicio al Derechohabiente”, a partir de enero y hasta mayo de 2011, con la prioridad en la capacitación del personal que labora en las UMF, hospitales y unidades médicas de alta especialidad, se alcanzó la cifra de 27,897 trabajadores capacitados, lo cual representa 40 por ciento de avance respecto a la meta de este año, que es de 70,000 trabajadores.

A fin de difundir y fortalecer el Programa en mención, la CAQOD en conjunto con la Secretaría de

Capacitación y Adiestramiento del SNTSS, realizó 16 giras de trabajo a las diferentes delegaciones.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se dará seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas por delegación y de manera global para el ejercicio actual, y se realizarán las acciones necesarias que permitan el fortalecimiento del Programa, dando continuidad a las giras de trabajo por las delegaciones, en conjunto con el SNTSS, y robusteciendo la vinculación con las diferentes áreas del Instituto involucradas.

Se evaluará el impacto del Programa con relación a la percepción del derechohabiente sobre el trato recibido. Asimismo, se llevarán a cabo las gestiones que permitan la integración del Programa de forma permanente y, en el proceso de inducción del personal de nuevo ingreso a partir de 2012.

VI.2.4. ATENCIÓN A QUEJAS MÉDICAS, CNDH Y CONAMED

La CAQOD con base en el Artículo 296 de la LSS y con las facultades que le confiere el Reglamento Interior, atiende las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos, cuyo procedimiento debe agotarse previamente al conocimiento que deba tener cualquier otro órgano u autoridad.

Para ello, los médicos investigadores de quejas, médicos especialistas jubilados de la institución con la experiencia requerida, analizan de forma objetiva dichas insatisfacciones a fin de proponer a los órganos bipartitos de Atención al Derechohabiente, de los Consejos Consultivos, Juntas de Gobierno y del H. Consejo Técnico, los acuerdos que resuelvan la procedencia de las quejas.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Quejas médicas

Se recibieron 5,913 quejas administrativas relacionadas con la prestación de servicios médicos por parte del Instituto, de las cuales 1,580 se resolvieron procedentes (1,521 concluidas totalmente, 59 en notificación de la resolución), 2,821 improcedentes, 303 se dieron por terminadas sin agotar el procedimiento y 1,209 se encuentran en trámite (en integración, en investigación o en aprobación de los Órganos Colegiados). Comparativamente con los datos del año anterior, durante el periodo que se informa existe un decremento de 505 quejas administrativas recibidas.

Quejas ante la Comisión de Arbitraje Médico

Con relación a las quejas presentadas ante la CONAMED, se recibieron en el periodo 1,011 quejas, de las cuales se resolvieron 695 y se encuentran pendientes 316. Los médicos designados por el IMSS ante la CONAMED acudieron al finalizar los procesos de investigación y resolución de las quejas a las audiencias de conciliación, presencial o telefónica, con los promoventes de las quejas, para hacer de su conocimiento el resultado de la investigación de la queja.

Durante el periodo que se informa, se firmaron dos Convenios de Colaboración entre el Instituto, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en Tabasco, Sonora y con la UMAE Hospital de Especialidades No. 2 en Sonora.

Quejas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos

En cuanto a las quejas presentadas ante la CNDH, se recibieron 1,143, de las cuales 589 se concluyeron de la siguiente manera: 239 durante el proceso; 58 por incompetencia de la CNDH; 272 por no violación de derechos humanos; cuatro por conciliación; 15 por orientación, y una por acumulación de expediente. Cabe señalar, que las 554 restantes se encuentran en trámite de acuerdo con el procedimiento establecido en la Ley de la CNDH.

Durante el periodo que se informa se recibieron cinco recomendaciones, de las cuales dos están en proceso de cumplimiento ante la CNDH; dos más en proceso de integración de la información requerida a las áreas involucradas, dentro del término concedido por la CNDH para su cumplimiento ante dicho organismo, y la última se encuentra en análisis para su aceptación dentro del término concedido para tal efecto.

De las cuatro propuestas de conciliación recibidas en este periodo, a la fecha una se encuentra cumplida y tres en proceso de cumplimiento.

En el mes de octubre de 2010, con la presencia del Director General del Instituto y del Presidente de la CNDH, se presentó el Compendio de Normas Oficiales Mexicanas sobre el Derecho a la Protección de la Salud, publicación editada de manera conjunta por ambas instituciones, con el propósito de difundir a nivel nacional una compilación de las Normas Oficiales sanitarias mexicanas más representativas para la protección del derecho a la salud, aplicables al Instituto.

Para tal propósito, se han distribuido 500 ejemplares del Compendio en las oficinas centrales, delegaciones y UMAE, el cual permitirá al personal médico y administrativo del Instituto fortalecer su conocimiento de la regulación sanitaria de constante aplicación, con lo que se busca mejorar los servicios y evitar la insatisfacción de los usuarios.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En coordinación con personal de la CNDH se continuará con las brigadas de trabajo para la debida atención y seguimiento de las quejas presentadas ante ese organismo.

Como parte de las medidas adoptadas para prevenir en lo posible la emisión de recomendaciones, se continuará dando especial atención a los casos elevantes ante la Primera Visitaduría General de la CNDH y, de ser el caso, ante otras Visitadurías Generales.

En coordinación con la Primera Visitaduría General, se tiene previsto llevar a cabo un evento de capacitación denominado “Semana Internacional del Derecho a la Salud y Respeto a los Derechos Humanos”, con el objeto de difundir al personal médico y administrativo adscrito a diversas áreas del Instituto, temas fundamentales que incidan en la mejoría de la prestación del servicio, y así abatir la generación de quejas.

VI.2.5. MEJORA DE LOS SERVICIOS CON BASE EN LA EVALUACIÓN DEL DERECHOHABIENTE

Se dio continuidad al desarrollo de la iniciativa “Mejora de los Servicios con Base en la Evaluación del Derechohabiente” con la finalidad de contribuir a la mejora de los trámites y servicios que brinda el Instituto. Lo anterior, al identificar su problemática con base en el análisis de las quejas de servicios, sugerencias y solicitudes que presentan los usuarios en las diferentes instancias de captación establecidas por el IMSS. Asimismo, ponerla a disposición de las unidades administrativas responsables de definir e implementar acciones para su mejora.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Como complemento a las acciones para la mejora de los servicios se llevaron a cabo visitas de supervisión a las Coordinaciones Delegacionales y Jefaturas de Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente, estableciendo entre sus objetivos incentivar al personal de dichas áreas sobre el adecuado registro y análisis de las peticiones de los derechohabientes para identificar sus necesidades y expectativas en el otorgamiento de trámites y servicios. Durante el periodo se realizaron un total de 49 visitas de supervisión, 30 fueron a Coordinaciones Delegacionales y 19 a Jefaturas de Departamento de UMAE.

Como resultado de las visitas de supervisión se establecieron y concluyeron 77 compromisos con las áreas supervisadas para impulsar la promoción de acciones de mejora en beneficio de los derechohabientes.

Adicionalmente, se implementaron acciones orientadas a impulsar y fortalecer la mejora de los trámites y servicios, cuyos resultados se reflejarán en una reducción en la recurrencia de las peticiones.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se continuará con la realización de las visitas de supervisión, pretendiendo que al final del ejercicio se haya visitado por lo menos 90 por ciento de las Coordinaciones Delegacionales y Jefaturas de Departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente. Será prioritaria la supervisión en aquellas que presenten áreas de oportunidad que requieran la verificación presencial de sus funciones, con el propósito de promover el cumplimiento de

la normatividad y el logro de sus metas, objetivos y programas.

Se iniciará la elaboración de un documento normativo que integre los lineamientos establecidos en el Método Provisional de Trabajo para la Atención de Peticiones de los Derechohabientes del IMSS y el Procedimiento de Acciones de Mejora en Trámites y Servicios. Lo anterior, con la finalidad de contar un solo documento que entre sus alcances permita impulsar las acciones de mejora a partir del análisis de las peticiones de los derechohabientes y no generar mayor normatividad en cumplimiento a las disposiciones establecidas en la APF.

VI.2.6. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

El IMSS se ha mantenido como el sujeto obligado con mayor recepción y resolución de solicitudes de información en la APF, atendiendo en los últimos años más de 20,000 solicitudes en cada ejercicio.

Durante 2010, y a efecto de responder ante el incremento exponencial en las solicitudes, se redoblaron esfuerzos de manera institucional para cumplir con los compromisos que establece la LFTIPG. De esta manera, se fortaleció la infraestructura y recursos humanos de la misma, además de rediseñar los procesos estratégicos que contempla el marco legal, buscando con ello hacer más eficientes los tiempos de atención y la calidad de la información.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En materia de acceso a la información, en el periodo de mayo de 2010 a mayo de 2011, el IMSS se mantuvo como la entidad con mayor número de solicitudes en la APF, al recibir 21.5 por ciento del total.

En materia de acceso a la información, en el periodo de mayo de 2010 a mayo de 2011, el IMSS se mantuvo como la entidad con mayor número de solicitudes en la APF.

De las 27,379 solicitudes que se recibieron, se entregó información en 19,048; se clasificaron 464 por tratarse de documentos reservados o confidenciales; 2,420 se declararon inexistentes; en 2,695 se desechó la solicitud por falta de pago o de respuesta a un requerimiento de información adicional, y en 249 no correspondía el marco de la ley o no era competencia del IMSS. Cabe mencionar que al 31 de mayo se encontraban en proceso de atención 2,255 solicitudes.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Para el fortalecimiento en la atención de solicitudes de acceso a la información, durante el segundo semestre de 2011 se ha desarrollado el Programa de Capacitación Presencial para Oficinas Habilitadas en delegaciones y UMAE, el cual tiene como objetivo el cumplimiento de los plazos de respuesta establecidos en la LFTAIPG. Asimismo, para el caso de las unidades administrativas del Instituto, se dio a conocer el curso en línea e-FAI que permite tener una visión amplia de la transparencia y acceso a la información en colaboración con el IFAI. Hasta mayo del presente año, se han capacitado 965 servidores públicos, y se tiene contemplado para el segundo semestre de 2011 capacitar a 500 servidores públicos.

VI.2.7. USO DE FIDEICOMISOS Y APOYOS EN EL CASO DE LA GUARDERÍA ABC

Como respuesta inmediata para atender la contingencia presentada el 5 de junio de 2009 en la “Guardería ABC,

Sociedad Civil”, en la ciudad de Hermosillo, Sonora, el H. Consejo Técnico del Instituto emitió diversos acuerdos para otorgar apoyos y ayudas a las madres de los menores fallecidos, lesionados y expuestos, así como a adultos lesionados.

Adicionalmente, por Decreto Presidencial publicado en el DOF el 20 de julio de 2010 se creó el Fideicomiso Público denominado “Fondo para Ayudas Extraordinarias con motivo del incendio de la Guardería ABC”. Lo anterior, con el propósito de otorgar ayudas extraordinarias: a) ayuda para la educación primaria, secundaria, media superior y superior de los menores que resultaron lesionados; b) ayuda vitalicia por solidaridad a las madres de los menores fallecidos, de los menores lesionados, así como a los adultos lesionados; c) ayuda para el pago del consumo de la energía eléctrica que se genere en el domicilio en el que residan los menores y los adultos que resultaron lesionados, durante el tiempo que por prescripción médica requieran del uso de equipos para el debido cuidado de su salud, y d) ayuda para la atención médica vitalicia a través del Seguro de Salud para la Familia, a los padres de los menores fallecidos y lesionados.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En cumplimiento a los acuerdos emitidos por el H. Consejo Técnico del Instituto, se otorgaron apoyos y ayudas a los padres de 49 menores fallecidos, de 24 menores lesionados y de 80 menores expuestos, y a siete adultos lesionados, mismos que se han proporcionado con oportunidad.

Durante el periodo que se reporta se entregó la ayuda por solidaridad a dos adultos lesionados más, con lo cual suman 80 familias a las que se les ha entregado. Adicionalmente, por concepto de costos por atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de auxiliares de diagnóstico subrogados, se erogaron cantidades en favor de 35 padres de menores fallecidos,

24 de menores lesionados, 80 de menores expuestos, así como a siete adultos lesionados.

Asimismo, se cubrió la cuota correspondiente al SSFAM para los hijos y ascendientes de los padres de menores fallecidos y lesionados, que dejaron de ser sujetos de aseguramiento en el Régimen Obligatorio del Seguro Social, otorgándose a siete familiares de padres de menores fallecidos y uno de padres de menores lesionados.

En lo referente a gastos asociados a los traslados de los menores y adultos que fueron referidos para su atención médica a otros centros médicos en el país o en los Estados Unidos de América, y de dos acompañantes, se cubrieron gastos por este concepto a 97 familias (nueve de menores fallecidos, 23 de menores lesionados y 65 de menores expuestos), así como a tres adultos lesionados.

Se ha continuado con la entrega de ayudas por concepto de gastos que por prescripción médica se requieren para la debida atención de la salud de los menores y adultos lesionados, apoyando a las familias de los 24 menores lesionados, y a cuatro adultos lesionados.

Respecto al apoyo consistente en la entrega del importe equivalente a la cuota mensual autorizada que paga el Instituto por menor atendido en las guarderías contratadas, se entregaron recursos por este concepto a un total de 93 familias: 23 de menores lesionados y 70 de menores expuestos; además, se otorgó la ayuda de beca para educación preescolar a 18 menores lesionados que lo han requerido.

Respecto al Fideicomiso Público “Fondo para Ayudas Extraordinarias con motivo del incendio de la Guardería ABC”, se ha proporcionado la ayuda vitalicia por solidaridad, al total de las madres de los menores lesionados, a 47 de las 49 madres de menores fallecidos, ya que dos se han negado a recibirla, y al total de adultos que resultaron lesionados. En cuanto al pago de la cuota correspondiente al Seguro de Salud para la Familia a los

padres de los menores fallecidos o lesionados, se han asegurado 32 padres de menores fallecidos y 12 padres de menores lesionados. Por último, se ha otorgado el pago del consumo de energía eléctrica a 18 madres de menores lesionados y a cinco adultos que así lo han requerido.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se dará cumplimiento a la entrega de apoyos y ayudas permanentes establecidas en los acuerdos emitidos por el H. Consejo Técnico y por el decreto publicado el 14 de diciembre de 2010.

VI.2.8. CENTRO DE ATENCIÓN INMEDIATA PARA CASOS ESPECIALES EN HERMOSILLO, SONORA

En cumplimiento a los acuerdos emitidos por el H. Consejo Técnico del Instituto, el Centro de Atención Inmediata para Casos Especiales (CAICE) da atención a los menores y adultos afectados por el incidente en la Guardería ABC, a través de la gestión de los diversos apoyos autorizados para estos y sus familias; atención especializada en unidades médicas del IMSS y subrogadas, tanto en México como en los Estados Unidos, así como del otorgamiento de atención médica y de rehabilitación en sus propias instalaciones.

El CAICE cuenta con personal altamente calificado, tanto en la atención administrativa y vinculación con las familias, como en lo relativo a la atención médica, con especialistas en Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Neumología y Rehabilitación.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Actualmente, en cumplimiento a los planes de reforzamiento de la plantilla de personal, se cuenta

con un total de 47 personas adscritas al CAICE, lo que significa un crecimiento de más de 100 por ciento, respecto al periodo anterior.

También se cuenta con el apoyo de un neumólogo pediatra del IMSS, de tiempo completo, dedicado exclusivamente a la atención de los pacientes del CAICE, y de cuatro terapeutas físicos y uno ocupacional.

Durante el periodo que se informa, se han otorgado los siguientes servicios:

- a) 3,841 consultas a niños lesionados y expuestos, en diferentes especialidades, entre las que destacan Pediatría, Terapia Física, Neumología, Psicología, Terapia Física y Rehabilitación, Nutriología, Alergología, Otorrinolaringología, Audiología, Foniatría y Otoneurología. Del total de consultas, 3,474 se realizaron en instalaciones del IMSS y 367 en servicios subrogados.
- b) 145 estudios de laboratorio y gabinete a menores lesionados: 41 espirometrías (33 en *Phoenix*), 35 babyleptismografías (33 en *Phoenix* y dos en Texas), 39 rayos X, 19 estudios generales de laboratorio, tres gamagramas, tres tomografías, dos electroencefalogramas, un ecocardiograma, un estudio del sueño y un ultrasonido.
- c) 2,310 citas de Psicología y Psiquiatría, para los familiares de menores fallecidos, menores lesionados y expuestos y sus familias, así como para los adultos lesionados.
- d) 680 citas a adultos lesionados, 667 en los servicios institucionales, entre los que se encuentran los servicios de Terapia Física y Rehabilitación, Psicología, Salud en el Trabajo, Nutrición, Ginecología, Otorrinolaringología, Dermatología y Neumología.

Adicionalmente, en este periodo se ha dado atención y seguimiento a 78 menores expuestos a los humos y gases del incendio por parte de médicos del IMSS, del Hospital CIMA-Hermosillo y del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

En octubre de 2010, un grupo multidisciplinario de expertos especialistas del IMSS, ante la presencia de representantes de CONAMED, CNDH y UNAM en calidad de observadores, se reunieron de forma individual con los padres de 64 menores expuestos, para explicarles el estado de salud de sus hijos y el seguimiento médico, aclarando sus dudas.

Se acordó con los padres la realización de una valoración pediátrica integral; las primeras se realizaron en el *Children's Hospital* de Los Ángeles, California, a las que acudieron 18 menores entre el 10 y 25 de agosto de 2010; cinco más en el Hospital Pediátrico de Texas en Estados Unidos; no obstante, a solicitud de los padres, las restantes se están realizando en el *Children's Hospital* de la Ciudad *Phoenix*, Arizona, al cual a la fecha han acudido 41 menores, entre los que se cuentan dos lesionados.

A solicitud de la Comisión Especial para Analizar los Esquemas de Tercerización de Servicios en el Sector Público de la Cámara de Diputados, la Academia Mexicana de Pediatría realizó, en mayo de 2011, valoraciones y estudios a 56 menores expuestos en el Hospital Ángeles del Pedregal, ubicado en la Ciudad de México. Cabe mencionar que los resultados serán entregados directamente a la Cámara de Diputados.

Para todas estas actividades médicas se han llevado a cabo numerosas diligencias administrativas a través del personal de Vinculación, entre las que destacan:

- a) 43,550 llamadas para informar y recordar citas a los usuarios y 12,900 para conocer el resultado de citas, atenciones, estudios y valoraciones realizados a los menores en los diversos servicios.
- b) 3,557 recetas de unidades institucionales surtidas y 822 de médicos subrogados.
- c) 1,092 incapacidades gestionadas, a favor de 84 usuarios del CAICE.
- d) 950 asesorías sobre los diversos trámites del Instituto.
- e) 104 constancias de atención médica vitalicia suscritas por los miembros del H. Consejo Técnico del Instituto y entregadas por el CAICE.

- f) 85 trámites ante las áreas administrativas del Instituto, referentes principalmente a trámites de pensión, autorizaciones permanentes, conservación de derechos, modificación de datos personales, registro de beneficiarios y solicitudes de incapacidades retroactivas.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

El CAICE se constituye como una unidad especializada en la atención de las familias afectadas en el incendio de la Guardería ABC, donde los padres acuden principalmente por la atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación para los menores; apoyo que es permanente, al igual que la atención psicológica y psiquiátrica para el resto de la familia.

Ante ello, el CAICE seguirá proporcionando el servicio médico y facilitando la entrega de los diversos apoyos y ayudas autorizados para las familias afectadas. Asimismo, continuará fortaleciendo la relación institucional con los padres de los menores y adultos lesionados, a través de la vinculación con las familias y las brigadas de salud mental y de pediatría.

VI.2.9. SISTEMA INTEGRAL DE LA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A QUEJAS Y ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE

El Sistema Integral de Información de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente (Quijote) tiene como objetivo primordial la integración y automatización de los procesos de atención al derechohabiente, relacionados con las peticiones ciudadanas, quejas médicas (CNDH, CONAMED, CONAPRED) y solicitudes de información pública que presentan los usuarios de los trámites y servicios que ofrece el Instituto. El sistema contendrá un *Business Intelligence* (BI) para el procesamiento de la información

que permita identificar áreas de oportunidad para promover acciones de mejora en trámites y servicios, con base en la opinión de los derechohabientes.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

En el periodo se analizaron, integraron y definieron los procesos relacionados a las gestiones, quejas de servicio, solicitudes de atención, sugerencias, reconocimientos, orientaciones, quejas médicas (CNDH, CONAMED, CONAPRED) y solicitudes de información pública, los cuales fueron documentados en casos prácticos para iniciar el desarrollo del sistema. Adicionalmente, se realizaron pruebas funcionales a los procesos que integran el sistema, a excepción de los relacionados a quejas médicas (CNDH, CONAMED, CONAPRED) y solicitudes de información pública, las cuales permitieron la identificación de incidencias en la aplicación.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Las actividades relacionadas con el Sistema Quijote, por parte de la CAQOD, se encuentran sujetas a la planeación que realice para este proyecto la DIDT.

VI.2.10. REDES SOCIALES EN EL IMSS

Con la intención de fortalecer los esfuerzos que hoy realiza el IMSS en promoción y prevención para la salud, se diseñó una campaña en redes sociales que permite compartir con derechohabientes y no derechohabientes consejos prácticos e información especializada para el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades.

Entrelazar el sitio imss.gob.mx y toda su oferta electrónica con las redes sociales ha hecho una sinergia que multiplica su comunicación. Los sitios han sido visitados, en su mayoría, por adultos entre los 25 y 34 años; sin embargo, se vincula con el segmento juvenil

incluso infantil a través de la estructura que se encuentra alineada al programa PREVENIMSS, lo que hace que de forma entretenida y divertida se comience a dar un enfoque diferente hacia la información, concientización y acción en materia de salud.

Programas que promueven la salud, buena nutrición, prevención y control de enfermedades, identificación oportuna de las mismas, salud reproductiva, entre otros, son esfuerzos que hoy realiza el IMSS y que se fortalecen con la creación de Hábitos Saludables en redes sociales. En nueve meses se han incorporado más personas a la salud preventiva, así como al desarrollo de la cultura del autocuidado.

La participación de Hábitos Saludables IMSS en sitios de Internet y redes sociales en poco tiempo logró resultados sobresalientes; actualmente, más de once mil seguidores han intercambiado información y comentarios que permiten identificar áreas de oportunidad en cuanto a la atención a los usuarios de los servicios. El proyecto de Hábitos Saludables ha fortalecido exponencialmente el enlace ya establecido del IMSS con los usuarios de Internet creando un canal abierto de comunicación directa.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Con el propósito de contar con mecanismos de difusión para el óptimo posicionamiento y promoción de las iniciativas, en septiembre de 2010 se desarrolló la estrategia de Redes Sociales en la que se abrió un espacio importante de intercomunicación con la población a través de canales como *Facebook*, *Wap*, *SMS* y *Twitter*.

Hábitos Saludables es el nombre de la estrategia y está organizada en cuatro secciones: niños, adolescentes y adultos, mujeres y doctores, y especialistas, las cuales están representadas por avatares*, debidamente estructurada en cuanto a imagen y contenido de acuerdo con el grupo de personas al que va dirigido.

El IMSS es punta de lanza en los servicios de redes sociales colocándose en segundo lugar dentro del Gobierno Federal desde enero de 2011. Lo anterior, debido a que ha mantenido comunicación, hasta el mes de mayo con 11,153 seguidores de *Facebook*; 5,424 de *Twitter*; 1,560 reproducciones de *YouTube*; 508,244 mensajes enviados de *SMS*; y 5'169,497 de impresiones del portal *WAP*.

Como base fundamental de la prevención, las redes sociales se encuentran alineadas a la difusión de las acciones de los PREVENIMSS que hace referencia a los servicios de carácter preventivo para lograr estilos de vida saludables e identificar áreas de oportunidad en las cinco vertientes en que se encuentra dividido PREVENIMSS: niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Dentro del Programa de Actividades de Redes Sociales se encuentran consideradas dos tipos de acciones: internas, que se refieren a la difusión de información a patrones afiliados para que puedan dar a conocer "Hábitos Saludables IMSS" con sus empleados; uso del *sticker* en medios impresos del Instituto, así como de *banners* dentro de la Intranet institucional, y convocatoria a eventos y conferencias para la prevención de enfermedades y presencia en videos que contienen información sobre los programas de salud preventivos del IMSS.

Acciones externas: *Buzzmarketing* (*marketing* en medios electrónicos) dentro de portales y revistas relacionadas con salud y enlaces desde la página oficial del Instituto. Se continuará con la difusión y reforzamiento de temas prioritarios como prevención de obesidad, diabetes, hipertensión, embarazo, cáncer y adicciones, basados en el programa institucional PREVENIMSS, así como el trabajo conjunto con la DPM para la actualización y soporte de contenidos con la premisa del autocuidado de la salud y la prevención de enfermedades.

Se seguirá con la retroalimentación directa a los usuarios de redes sociales, respondiendo dudas y comentarios acerca de los temas publicados para tener un mayor acercamiento de la institución con los seguidores, así como ampliar y modificar los contenidos de las distintas redes sociales que administra el Instituto.

Innovación y Desarrollo Tecnológico

La Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico (DIDT) tiene como objetivo generar y administrar los recursos de infraestructura tecnológica, de comunicaciones y de sistemas de información diseñados para atender las necesidades, oportunidades y retos de las Direcciones Normativas del Instituto. Esto permite mejorar los servicios institucionales facilitando el manejo de la información, bajo los principios de utilidad, seguridad, disponibilidad y confiabilidad en la atención a los derechohabientes y a los patrones.

Durante el periodo que se informa, se ha continuado con la modernización de los sistemas sustantivos como el NECE para los servicios médicos, el PREI, el Sistema DELTA, el SPES, SAI, así como de diversas aplicaciones de cómputo que soportan la operación de los servicios institucionales. También, se llevaron a cabo las actividades para el mantenimiento y fortalecimiento de la infraestructura de procesamiento y almacenamiento de información, de telecomunicaciones y la infraestructura de cómputo personal.

Con el propósito de optimizar el uso de los recursos presupuestales, se llevó a cabo un análisis de los acuerdos autorizados por el H. Consejo Técnico para reducir el gasto en proyectos plurianuales, así como realizar cambios en las estrategias diseñadas por la DIDT, en el marco de la dinámica de las tecnologías de la información, para un mejor aprovechamiento de los recursos públicos asignados a esta función, proponiendo políticas de gasto aplicables al sector público, que permiten evaluar los resultados desde una perspectiva de valor para los usuarios de los servicios informáticos y de cómputo.

INFORME DE LABORES DE MAYO 2010 A JUNIO 2011

Aplicaciones de cómputo

La DITD tiene como una de sus funciones sustantivas el mantenimiento y desarrollo de aplicaciones de cómputo, que dan soporte a los procesos de las Direcciones Normativas. Dicha función se lleva a cabo a través de contratos con terceros, con instituciones académicas, entidades públicas y/o grandes empresas privadas nacionales e internacionales. Con estos servicios, la DITD da atención a los más de noventa sistemas de información sustantivos, que apoyan la operación de diversas actividades de los procesos institucionales.

La DIR usa principalmente el Sistema Integral de Derechos y Obligaciones para Asegurados, el Sistema de Riesgos de Trabajo, el Sistema para Control de Convenios entre IMSS-Patrón, el Sistema Único de Autodeterminación, el Sistema Único de Dictamen, el Sistema Único de Emisiones, así como el Sistema IMSS Desde su Empresa (IDSE) que permite diversos trámites a los patrones. En trabajo conjunto con la DIR se concluyó el diseño de los módulos de Gestión de Patrones y Derechohabientes, así como de Casos de Fiscalización, correspondientes al Sistema DELTA.

Por su parte, la DPM tiene como herramientas informáticas prioritarias el NECE, el Sistema de Información de Atenciones Integradas con la Salud, el Sistema de Información de Medicina Familiar, el Sistema de Información Hospitalaria (IMSS-VISTA), el Sistema de Información para la Consulta Externa Hospitalaria, el Sistema de Información para Hospitales y el Sistema de Información Médico Operativa.

De igual manera, la DPES usa los paquetes informáticos referentes a la Certificación del Derecho a Pensiones y Subsidios, al Control de Supervivencia,

al Monto de Rentas Vitalicias, al Nuevo Sistema de Subsidios y Ayudas (NSSA), al Sistema de Credenciales y Reporte de Pensiones, al Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales y al Sistema de Pensiones.

Finalmente, la DITD ha desarrollado sistemas que permiten registrar centralmente todos los eventos de atención en salud de los pacientes y ponerlos disponibles para todas las áreas competentes, así como desplegar el NECE y dejar operándolo en todas las unidades médicas.

Cómputo de escritorio

Este componente tecnológico se refiere a la atención de las necesidades que el área de tecnología debe cubrir para que cualquier usuario utilice las aplicaciones institucionales o paquetes comerciales autorizados a través de un equipo de cómputo de escritorio.

Se suscribió un nuevo acuerdo con Microsoft para actualizar los paquetes informáticos de más de 180,000 equipos de cómputo institucionales; con ello se logró un ahorro de 190 mdp.

En ese sentido, para atender las necesidades tecnológicas del personal, ha sido necesario proveer servicios de actualización de las aplicaciones estándar de escritorio: correo electrónico, directorio activo y antivirus para proteger la información institucional, además de generar un esquema de actualizaciones automáticas para mantener los equipos vigentes y protegidos contra ataques informáticos o explotación de vulnerabilidades, que pueden ser aprovechadas por virus o por personas ajenas al Instituto.

También se suscribió un contrato con la empresa Microsoft para actualizar los paquetes informáticos de más de 180,000 equipos de cómputo que conforman el acervo informático institucional. El monto del acuerdo asciende a aproximadamente 161 mdp. Con

ello se logró un ahorro aproximado de 190 mdp. Este contrato permitió que se cubrieran las necesidades de actualización de paquetes informáticos en los equipos de cómputo de escritorio. Adicional al soporte de los equipos de escritorio, el contrato con *Microsoft* permite al Instituto actualizar su plataforma en cuanto a las bases de datos, el *software* de monitoreo proactivo y los servicios de mensajería Institucional, entre otros.

Asimismo, los servicios integrados en este contrato han permitido al Instituto contar con soporte técnico para diversas aplicaciones de escritorio y paquetes

Se adquirieron 58,399 computadoras de escritorio; 3,800 computadoras portátiles; 12,492 impresoras y 34,450 unidades de energía ininterrumpida, las cuales fueron asignadas prioritariamente a las áreas de atención a derechohabientes.

informáticos de alto nivel como *Exchange Server*, *SQL Server*, *CRM*, Directorio activo y otros.

Con respecto a las necesidades de equipamiento del Instituto, para el mes de septiembre de 2011 se contabilizaron 156,792 bienes informáticos, tanto equipos de escritorios como portátiles. Junto con el inventario, se llevó a cabo un levantamiento de necesidades de equipos de cómputo. Derivado de ello, se adquirieron 58,399 computadoras de escritorio; 3,800 computadoras portátiles; 12,492 impresoras y 34,450 Unidades de Energía Ininterrumpida (UPS). Con base en la importancia de las funciones sustantivas del Instituto, se buscó atender principalmente a las áreas de atención a los derechohabientes, dando prioridad a los proyectos del área médica, de acuerdo con la información presentada en la tabla VII.1.

Durante el periodo comprendido entre mayo de 2010 y junio de 2011, la DIDT cubrió cerca de 71 por ciento de los requerimientos de equipamiento solicitado (computadoras e impresoras) por las Direcciones Normativas Sustantivas del Instituto (cuadro VII.2).

TABLA VII.1. EQUIPO DE CÓMPUTO ADQUIRIDO POR DIRECCIÓN NORMATIVA
(UNIDADES)

Área Normativa	Equipo asignado
Dirección General/Unidad de Vinculación	14
Órgano Interno de Control	358
Dirección de Prestaciones Médicas	57,417
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales	5,696
Dirección de Incorporación y Recaudación	4,925
Dirección Jurídica	1,579
Secretaría General	109
Dirección de Finanzas	1,905
Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones	2,017
Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico	624
Coordinación de Comunicación Social	47
Total	74,691

Fuente: IMSS.

**TABLA VII.2. EQUIPO DE CÓMPUTO SOLICITADO, ASIGNADO
Y PORCENTAJE DE ATENCIÓN DE SOLICITUDES POR DELEGACIÓN**
(MAYO 2010 A JUNIO 2011)

Delegación	Solicitado		Asignado	Porcentaje de Cobertura
	Régimen Ordinario	Otros Fondos		
Aguascalientes	1,150	80	768	62
Baja California	2,358	173	1,948	77
Baja California Sur	1,165	20	749	63
Campeche	1,041	102	724	63
Chiapas	838	1,057	1,626	86
Chihuahua	4,524	348	3,657	75
Coahuila	3,750	333	3,071	75
Colima	1,045	20	690	65
D. F. Norte	2,804	78	2,514	87
D. F. Sur	7,888	259	6,043	74
Durango	1,260	278	1,038	67
Guanajuato	2,420	69	1,797	72
Guerrero	1,847	72	1,456	76
Hidalgo	2,403	366	1,988	72
Jalisco	8,687	287	6,300	70
México Oriente	4,767	1,024	3,994	69
México Poniente	2,970	164	2,222	71
Michoacán	2,274	565	2,474	87
Morelos	1,790	93	1,114	59
Nayarit	1,003	140	791	69
Nivel Central	3,870	1,157	3,056	61
Nuevo León	5,395	82	4,353	79
Oaxaca	1,699	762	1,714	70
Puebla	3,705	517	2,947	70
Querétaro	1,629	44	1,095	65
Quintana Roo	2,791	52	1,943	68
San Luis Potosí	1,181	330	938	62
Sinaloa	3,013	303	2,117	64
Sonora	2,481	100	1,645	64
Tabasco	948	174	735	66
Tamaulipas	3,364	306	2,582	70
Tlaxcala	551	14	433	77
Veracruz Norte	3,002	382	2,198	65
Veracruz Sur	1,967	361	1,547	66
Yucatán	1,952	213	1,540	71
Zacatecas	897	317	884	73
Total	94,429	10,642	74,691	71

Fuente: IMSS.

Red de Telecomunicaciones

La Red Privada Virtual (RPV) es la red de telecomunicaciones que permite el intercambio de información y comunicación entre 2,851 inmuebles del Instituto. Para su adecuada operación y funcionamiento, se invierten más de 500 mdp anuales. Sin embargo, el contrato de servicios para su operación finaliza en julio de 2011, por lo que desde mayo de 2010 se dio inicio al proceso de licitación de acuerdo con los términos de la LAASSP.

Los servicios de telecomunicaciones de la RPV se han venido proporcionado por parte del proveedor de Servicios UNINET S. A de C. V. en los 2,851 sitios que forman parte de dicha RPV. Para estos sitios se proporcionan servicios de voz, datos, acceso a Internet, administración de tráfico, seguridad perimetral y videoconferencia, por destacar algunos.

El servicio de la RPV funciona conforme a los compromisos de niveles de servicio establecidos contractualmente. Este servicio opera en tiendas, centros vacacionales, centros de seguridad social, guarderías, velatorios, centros de capacitación, centros de investigación educativa y formación docente. De igual forma, el servicio opera en unidades médicas, hospitales, almacenes, unidades médicas rurales, centros médicos nacionales, subdelegaciones, delegaciones, coordinaciones normativas y CENATI.

Por medio del servicio de la RPV funcionan diversas aplicaciones que sirven de soporte a la operación de las unidades médico-administrativas del Instituto. También opera como soporte a los servicios que se dan a los derechohabientes y patrones vía el portal del IMSS (IDSE, Sistema de Guarderías, SAI, SIPARE, PREI, Educación Médica y Ética Médica).

En este sentido, mediante el Acuerdo ACDO-HCT.250407/195.R. (DIDT), emitido el 26 de abril de 2007, se autorizó la implementación del servicio de telecomunicaciones mediante una RPV. El objetivo

era “contar con el servicio de telecomunicaciones a través de una Red Privada Virtual para transmitir los servicios de voz, datos y videoconferencia, del 1° de agosto del año 2007 al 31 julio del año 2011”. El servicio del Centro de Control Operativo de Servicios de Tecnologías de la Información y Comunicaciones” (CCOSTIC) ha funcionado como ente auditor y supervisor del servicio de la RPV durante la vigencia del contrato.

La Red Privada Virtual permite el intercambio de información y comunicación entre 2,851 inmuebles del Instituto; con una inversión anual de más de 500 mdp.

Aun cuando se ha mejorado la cobertura de servicios y reducido los costos, la demanda de servicios a través de la RPV ha sido creciente, debido a la necesidad de automatización de procesos, lo que hace necesario un estricto monitoreo del uso de ancho de banda a incluir en la próxima licitación de servicios tecnológicos (tabla VII.3). El incremento en anchos de banda permitirá una mejor utilización y explotación de los sistemas sustantivos tanto para los usuarios internos del Instituto como para los usuarios externos.

El proyecto de contratación de servicios de la RPV 2011-2014 considera conectividad en 2,876 sitios del Instituto a nivel nacional. La nueva red incorpora más ubicaciones con el servicio de videoconferencia incrementando en más de 100 por ciento las ubicaciones con este servicio. Adicionalmente, el nuevo contrato incluirá nuevas unidades médico-administrativas de reciente creación, las cuales estarán interconectadas a los servicios de este proyecto.

Sistema de Procesamiento, Sistemas de Almacenamiento y Centro de Datos

El Instituto cuenta con las plataformas informáticas: *Mainframe (IBM), SUN (Oracle)* y *Windows Server (Microsoft)*. Durante el periodo del Informe se ha

**TABLA VII.3. COMPARATIVO DE SERVICIOS CONTRATADOS PARA LA
RED PRIVADA VIRTUAL**
(DE 2003-2007 Y 2007-2011)

Concepto	RPV 2003-2007	RPV 2007-2011	Unidad de Medida
Ancho de banda	9,575	23,606	Enlaces de 64 kbps
Videoconferencia	25	113	salas
Red de voz	16,482	23,877	puertos
Internet (ancho de banda)	68	197	mbps
Administrador de contenidos	20,000	80,000	licencias
Seguridad perimetral SOC	4	6	
Red de funcionarios	330	535	
Modeladores de tráfico	-	176	

Fuente: IMSS.

mantenido una cuidadosa supervisión del cumplimiento de los niveles de servicio contratados con cada una de estas plataformas. Derivado de ello se aumentó la capacidad de procesamiento del Servidor Central *Mainframe*, cuyo contrato finalizó a mediados de 2010. Sin embargo, debido a las necesidades de mantener los servicios, se solicitó la ampliación de 20 por ciento adicional que permite la LAASSP, con lo que se extendió la vigencia del mismo hasta el 31 de diciembre de 2010.

En estas plataformas de cómputo se encuentran alojadas las aplicaciones institucionales que soportan la operación de las Direcciones Normativas del Instituto, tales como el Sistema Integral de Derechos y Obligaciones para Asegurados, la Certificación del Derecho a Pensiones y Subsidios, el Sistema de Información de Medicina Familiar y el Sistema de Abasto Institucional, entre otros. Estos sistemas permiten el registro de cientos de miles de procesos diarios, alimentando las bases de datos institucionales para la toma de decisiones y el registro estadístico.

El Instituto ha llevado a cabo durante el último año varios análisis sobre la situación que guardan sus Centros Nacionales de Tecnologías de la Información (CENATI) ubicados en Monterrey, Nuevo León y en la Ciudad de México. Estos estudios se han realizado bajo los marcos

de referencia internacionales que toman en cuenta las mejores prácticas en el campo de las tecnologías de la información.

En los análisis destaca la información referente al CENATI de Monterrey. En este Centro se procesan las principales aplicaciones sustantivas del Instituto, tales como el SINDO, los sistemas relativos a pensiones y cobranza, el PREI, el SIAP y el SAI, entre otros. En el CENATI México se operan principalmente el correo electrónico institucional, el antivirus, el servicio de directorio activo, el *call center* (TOPTTEL), los ambientes de desarrollo de aplicaciones y el replicamiento del sistema PREI.

A su vez, la infraestructura tecnológica del Instituto se integra por diferentes plataformas, como el *Mainframe*, los Servidores de Procesamiento Distribuido, el Sistema de Almacenamiento, la infraestructura complementaria y la referente a comunicaciones. Asimismo, el IMSS requiere transmitir información (voz, datos y video) entre oficinas, a lo largo de toda la República. Esto debe realizarse de manera segura y al menor costo. Esta interconexión requiere la utilización de las redes de telefonía o Internet, en lugar de contratar enlaces dedicados entre los puntos a interconectar.

En 2010, el Instituto invirtió más de 230 millones de pesos anuales en el mantenimiento y actualización

de los sistemas de procesamiento y almacenamiento de datos. Derivado de que esta inversión no incluye soporte técnico especializado, ni adquisición de infraestructura para sustituir las capacidades de procesamiento y almacenamiento actuales, se tiene proyectado la contratación de servicios administrados.

Los servicios administrados implican contar con servicios mensuales de hospedaje, equipamiento y almacenamiento; pagos por la infraestructura ocupada; administración del equipo incluyendo *Mainframe* de *IBM* y migración de aplicaciones. Esta alternativa requiere para su operación una capacidad mínima de procesamiento y almacenamiento equivalente a la capacidad instalada actual. También demanda una capacidad de crecimiento de la infraestructura, de acuerdo con las necesidades de Instituto; un Centro de Datos con todos los servicios y seguridad para la operación; servicios de administración para la infraestructura y la migración de los sistemas que operan en el Instituto; así como un servicio de Internet para el despliegue y operación de los sistemas.

Software intermedio, bases de datos y sistemas operativos

Se renovaron los contratos de soporte y actualización de licencias de *software*, con las empresas *IBM*, *Oracle*, y *EMC*, proveedores de los productos necesarios para que operen los servidores *Mainframe* y de alto rendimiento. Éstos que conforman la plataforma de procesamiento del Instituto, así como la infraestructura de almacenamiento, respectivamente.

Por lo que se refiere a estandarizar la plataforma tecnológica y de *software* optimizando el gasto y reduciendo el número de productos y contratos, se llevó a cabo un análisis del inventario de paquetes informáticos con los tres proveedores mencionados, y se redujeron los servicios del *software* intermedio de plataforma distribuida y del antivirus *McAfee*, representando un ahorro de cerca de 35 por ciento del gasto en este rubro, sin que se viera afectada la operación. La plataforma de

antivirus fue cubierta a través de la solución *Microsoft ForeFront*, a través del contrato de licenciamiento irrestricto de *Microsoft*, lo cual representó un ahorro de 8.99 por ciento. Se adquirieron las licencias para la actualización de las aplicaciones y soluciones tecnológicas que contribuyen de forma sustancial a incrementar la eficiencia en la operación (soluciones de seguridad para los *Mainframes*).

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Aplicaciones de cómputo

Se tiene programado concluir la etapa de construcción de varios proyectos estratégicos, entre los que destacan el NECE, la actualización del Sistema de Finanzas y Abasto, así como el Sistema DELTA, (tabla VII.4).

Cómputo de escritorio

Se continuará con el programa de renovación de equipo de cómputo personal, el cual incluye impresoras, por medio de la adquisición anual de entre 20,000 y 25,000 equipos de cómputo y 10,000 impresoras. Se renovarán los contratos de mantenimiento de equipo multimarca y se renovará la contratación de licencias de *software* con la empresa *Microsoft*.

También se pondrá a consideración del H. Consejo Técnico el Proyecto de Servicios Administrados de Impresión de Alto Volumen. La actual infraestructura data de 2002 y genera costos de mantenimiento elevados. Por lo tanto es indispensable que se lleve a cabo la actualización de la misma para garantizar la continuidad de la operación de los sistemas de alcance nacional como son la Emisión Mensual y Bimestral Anticipada (EMA y EBA), el Sistema de Verificación de Pagos (SIVEPA), los cierres contables (Contabilidad y Cobranza) y la Factura de Nómina de Pensionados (SPES), entre otros.

TABLA VII.4. PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE LA DIDT
(JUNIO DE 2011 A DICIEMBRE DE 2012)

Nombre del proyecto	Responsables y áreas involucradas	Objetivos	Fecha de término estimada
Mantenimiento SPES	CIA	Desarrollo e implementación de mejoras operativas y disposiciones por ley en el trámite y pago de la nómina mensual de pensionados y el otorgamiento de rentas vitalicias en el sistema de nómina (SPES), de acuerdo con las prioridades de atención definidas por el usuario normativo de la DPES.	Diciembre de 2011
Desarrollo e implementación del Expediente Clínico Electrónico	DPM y CTSM	Registrar centralmente todos los eventos de atención en salud de los pacientes del IMSS y ponerlos disponibles para todas las áreas competentes.	Marzo de 2011
		Desplegar el Expediente Clínico Electrónico y dejar operando dicho sistema en todas las unidades médicas del IMSS.	Diciembre de 2011
DELTA-Incorporación de funcionalidad	CTIRSS y DIR	Unificación de Base de Datos, Gestión Patronal, Gestión de Derechohabientes, Gestión de Casos de Fiscalización.	Junio de 2012
Actualización <i>PeopleSoft</i> v.9.1	CTARI y DF	Actualizar los módulos del PREI v9.1; implementar <i>profitability cost management</i> para los procesos de costos del IMSS; implementar el marcador balanceado (<i>HYPERION</i>); migrar la base de datos de DB2 V9.1 a <i>Oracle</i> 11g o compatible; desarrollar reportes y modificaciones esenciales a la aplicación.	Enero de 2012

NOTAS:

CIA: Coordinación de Ingeniería de Aplicaciones.

CTSM: Coordinación de Tecnología para los Servicios Médicos.

CTIRSS: Coordinación de Tecnología para la Incorporación y Recaudación del Seguro Social.

CTARI: Coordinación de Tecnología para la Administración de Recursos Institucionales.

Fuente: IMSS.

El proyecto considera contratar los servicios administrados de impresión en un esquema bajo demanda, que permita al Instituto el pago al proveedor mensualmente, por cada hoja impresa. Esto funcionará mediante el suministro de impresoras y multifuncionales de alto volumen. Se concentrarán las necesidades de impresión y digitalización de múltiples usuarios en un solo equipo multifuncional; logrando una reducción en la cantidad de impresiones por usuario y estableciendo cuotas de impresión individuales. La solución incluirá los consumibles y refacciones necesarios, sin tomar en cuenta el papel.

Red de Telecomunicaciones

En el rubro de telecomunicaciones se deberá iniciar y concluir el proceso de licitación de la RPV para la operación de este servicio los próximos años. Dado el incremento de posibles proveedores, se llevan a cabo los estudios de mercado necesarios para determinar la mejor configuración de la convocatoria de licitación.

Respecto a la seguridad informática, en el contrato de la RPV se establecerá un nuevo requerimiento de protección de fugas de información y pérdida de datos (*DLP-Data Loss Prevention*) basado en reglas definidas por el Instituto para detectar fugas de información clasificada como reservada o confidencial.

Este servicio está comprometido hasta julio de 2011, en tanto, se ha trabajado para asegurar la continuidad del servicio mediante la solicitud de ampliación hasta el 31 de diciembre de 2011. Se continúa trabajando para garantizar la continuidad operativa y contar con una infraestructura de servicios de telecomunicaciones lista para operar una vez que se lleve a cabo la adjudicación y el fallo del procedimiento de licitación correspondiente.

Sistema de Procesamiento, Sistemas de Almacenamiento y Centro de Datos

Para la mitigación del riesgo identificado para los componentes del Centro de Datos, y de la obsolescencia de la infraestructura de procesamiento y almacenamiento, se pondrá a consideración del H. Consejo Técnico, previa aprobación del Comité de Innovación y Desarrollo Tecnológico, el proyecto de Servicios Administrados de Centro de Datos e Infraestructura de Procesamiento y Almacenamiento.

Se pondrá a consideración del H. Consejo Técnico el proyecto de Servicios Administrados de Centro de Datos e Infraestructura de Procesamiento y Almacenamiento, el cual permitirá contar con servicios administrados de infraestructura y un Centro de Datos de alta disponibilidad.

Este proyecto permitirá contar con los servicios administrados de infraestructura de procesamiento y almacenamiento, así como con un Centro de Datos de alta disponibilidad para la operación de los sistemas de misión crítica del Instituto. El inicio de este servicio sería a partir del 1º de enero de 2012, con una duración de 42 meses.

Dicha contratación de servicios administrados de hospedaje e infraestructura por demanda permitirá contar con capacidades de almacenamiento y

procesamiento a la medida de las necesidades de los sistemas del Instituto. Asimismo, se logrará una asignación dinámica de capacidades, de procesamiento y almacenamiento; gradual y dimensionadas a las necesidades de los sistemas. Otra ventaja es la simplificación de la operación y el incremento de los niveles de servicio. También se logrará la reorganización de las bases de datos y de los sistemas de información; la actualización de las capacidades operativas en el tiempo, así como mayor flexibilidad y agilidad para atender nuevos requerimientos.

Software intermedio, bases de datos y sistemas operativos

Se mantendrán actualizadas las versiones más recientes del *software* intermedio, bases de datos y sistemas operativos que son necesarios para el correcto funcionamiento de las aplicaciones institucionales, para lo cual se prevé la renovación de los contratos de actualización, mantenimiento y soporte técnico de los productos de las empresas *IBM*, *Microsoft* y *Oracle*.

Vinculación

La Unidad de Vinculación (UV) es el área responsable de conducir las relaciones institucionales y públicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al fungir como enlace con los actores estratégicos que confluyen en el quehacer de la institución, a fin de dar puntual seguimiento a los programas prioritarios de la Dirección General y apoyar los procesos de toma de decisiones.

Entre sus funciones principales destacan la de conducir la interlocución del Instituto con el Congreso de la Unión, los gobiernos estatales y locales, así como con organizaciones públicas, privadas y sociales en todos aquellos temas de interés común.

La UV también aporta insumos clave para el diseño de los programas de comunicación e imagen institucional; coordina y da seguimiento a los asuntos y compromisos de carácter internacional que surgen de la relación con organismos homólogos en otros países u organismos internacionales de la seguridad social; además, coordina la planeación y logística de la Dirección General.

VIII.1. VINCULACIÓN CON ORGANIZACIONES PÚBLICAS, PRIVADAS Y SOCIALES

El IMSS, preocupado por fortalecer redes de colaboración con el sector empresarial, sindical y de la sociedad civil, ha establecido mecanismos de intercambio institucional.

En este sentido, como parte del compromiso del Instituto para fortalecer la cultura de la prevención en materia de salud, ha impulsado acciones de corresponsabilidad con los sectores organizados. Estas acciones tienen la finalidad de mejorar la salud y con ello la calidad de vida de los derechohabientes usuarios, a través de la firma de convenios en donde se formalizan actividades dirigidas a los trabajadores y sus familias.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Con el objetivo de continuar la promoción de un estilo de vida saludable y acercar los servicios que el Instituto brinda a través de PREVENIMSS, se concretó la firma de Convenios de Colaboración con Grupo Jumex y GE International México. Estos Convenios, sumados a los firmados desde 2009, han beneficiado a cerca de 500 mil trabajadores, los cuales desde su centro de trabajo reciben servicios de atención médica preventiva, capacitación sobre el cuidado de la salud, así como información respecto a las actividades culturales, recreativas y de bienestar social que el IMSS otorga.

Por otro lado, el Instituto coadyuva en el desarrollo de un mecanismo de comunicación permanente con los Comités Técnicos o de Enlace y Apoyo que dan seguimiento a la operación de los Convenios de Colaboración. Asimismo, con el apoyo de los representantes de las empresas y sindicatos se identificaron los temas de salud y de gestión con mayor interés para los trabajadores y sus familias. Posteriormente, para atender esta demanda de

información, funcionarios especialistas del Instituto brindaron pláticas de orientación para solventar las dudas observadas.

Gracias a los convenios de colaboración firmados con algunas empresas, se han beneficiado a cerca de 500 mil trabajadores, los cuales, desde su centro de trabajo, reciben servicios de atención médica preventiva.

En el mismo sentido, se dio puntual seguimiento a los asuntos que diversos grupos organizados de la sociedad civil presentaron ante el Instituto, a través del establecimiento de mesas de trabajo en donde se proporcionó asesoría y orientación para la solución de las problemáticas presentadas.

Como parte del compromiso institucional para prevenir y eliminar la discriminación, en el marco del Día de la Tolerancia y el Respeto a las Preferencias, se llevó a cabo una exposición fotográfica; lo anterior, con la finalidad de contribuir a la reducción del estigma y la discriminación que sufren las personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Adicionalmente, el Instituto participó de forma activa con la Secretaría de Gobernación, en las reuniones de la Comisión Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos y en las diversas subcomisiones que de ella se desprenden. Asimismo, participó con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, en las reuniones del Grupo Intragubernamental sobre Diversidad Sexual y con la Oficina de la Presidencia de la República, en las reuniones del Grupo Interinstitucional de Atención Ciudadana y Concertación Política y Social.

Finalmente, como parte de las funciones prioritarias, se concertó el diálogo constructivo entre el Director General del IMSS y organizaciones empresariales, sindicales, académicas y de la sociedad civil.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Durante el segundo semestre de 2011 y el primero de 2012 se dará continuidad a las acciones de seguimiento para la implementación de los compromisos contraídos en los Convenios de Colaboración. Asimismo, en conjunto con el sector empresarial, sindical y de la sociedad civil, se seguirán impulsando acciones de corresponsabilidad que procuren la salud, bienestar y calidad de vida de los trabajadores y sus familias.

VIII.2. VINCULACIÓN CON ASUNTOS INTERNACIONALES

Debido a la importancia que tiene la presencia institucional en el ámbito internacional, el IMSS impulsa, fomenta y da seguimiento a una agenda con gobiernos extranjeros, organismos e instituciones internacionales en materia de salud, trabajo, educación, finanzas y seguridad social, así como en las áreas consideradas prioritarias por el Gobierno Federal.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

El 29 de junio de 2010, el IMSS participó en Ginebra, Suiza, en la 101ª Reunión de la Mesa Directiva de la AISS, en donde se discutieron, entre otros temas, el programa y presupuesto de la Asociación, las prioridades temáticas de la organización para el trienio 2011-2013, la estrategia para la extensión de la cobertura de seguridad social y la carta de buena gobernanza de la AISS.

En el marco del proyecto Diálogos sobre Políticas en Materia de Cohesión Social, dentro del programa de cooperación técnica entre México y la Unión Europea para el periodo 2007-2013, se realizó la segunda fase del seminario de salud, en agosto 30 y 31, así como el seminario transversal, en noviembre 23 y 24 de

2010. De este seminario se desprendió un catálogo de proyectos que permitió reforzar la cooperación técnica entre la Unión Europea y México.

El Director General del IMSS, en su calidad de Presidente de la CISS, participó los días 20 y 21 de septiembre de 2010 en las reuniones anuales de los órganos estatutarios del organismo y en la XVI Asamblea General, celebradas en Panamá. Cabe señalar que, durante dicha Asamblea el Director General del Instituto fue reelecto como Presidente de la Conferencia.

Del 29 de noviembre al 4 de diciembre de 2010 se celebró en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, el Foro Mundial de la Seguridad Social. En el marco de este evento, el Instituto participó en la 102ª y 103ª reuniones de la Mesa Directiva, la 30ª Asamblea General y la 34ª sesión del Consejo de la AISS. Durante el Consejo, al que el IMSS asiste con derecho a voto por México, se realizaron las elecciones a autoridades de la Asociación para el trienio 2011-2013.

El 13 de enero de 2011 el Director General del Instituto firmó con la OCDE un Memorandum de Entendimiento sobre la instrumentación de los lineamientos para combatir la colusión entre oferentes en licitaciones públicas. Asimismo, el 4 de abril de 2011 se firmó con el mismo organismo un Acuerdo Interinstitucional para la revisión de la integridad en los procesos de adquisición pública en el IMSS.

El 6 de abril de 2011 se llevó a cabo una reunión entre el Director General del IMSS y la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración del Reino de España, en la que evaluaron los alcances y resultados del Convenio de Seguridad Social entre México y España. Asimismo, reconocieron su aplicación exitosa.

El IMSS participó, además, como anfitrión en la Semana Internacional de la Seguridad Social 2011, celebrada en la Ciudad de México, del 27 al 29 de abril de 2011, y organizada de manera conjunta por la AISS, OISS, CISS, OIT y el ISSSTE. Durante este evento el Director General participó en las reuniones anuales

ordinarias de los órganos de la CISS, celebradas en la sede de esta Conferencia, el 29 de abril.

En aplicación de los Convenios de seguridad social que tiene celebrado México con España y Canadá, del 1º de junio de 2010 al 31 de mayo de 2011 se dio trámite a 739 solicitudes de pensión o de desplazamiento.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En junio de 2011 se tiene programada en Ginebra, Suiza, la 104ª Reunión de la Mesa Directiva de la AISS en la que se elegirá al Vicepresidente de la Asociación, a los miembros del Comité de Examen de Candidaturas y se tratarán otros asuntos de la organización.

Del 20 de junio al 1 de agosto del 2011, en el marco del Programa de Cooperación Técnica y Científica entre México-Costa Rica, se llevará a cabo la Segunda Pasantía de la Universidad de Costa Rica en el Centro Médico Nacional "Siglo XXI" del IMSS.

Comunicación Social

El IMSS es el pilar de la seguridad social de México, así se le reconoce no sólo entre la población mexicana, sino en otros países, y a través de campañas institucionales de información y difusión refrenda su misión y responsabilidad con la sociedad para salvaguardar un derecho fundamental de los trabajadores y sus familias: la salud y su bienestar.

A través del Programa Estratégico de Comunicación Social se establecieron las acciones pertinentes para difundir, de manera eficaz, los mensajes institucionales para hacer del conocimiento, tanto de los derechohabientes, trabajadores asegurados y sus familias, como de los patrones y del público en general, que el Instituto, además de proporcionar asistencia médica, también promueve una cultura de prevención de enfermedades y autocuidado de la salud.

Para ello, se realizaron campañas de difusión y una estrategia definida de comunicación social en televisión, radio, medios impresos e Internet, con el objetivo de posicionar temas en materia de salud de los ejes estratégicos y divulgar el quehacer del IMSS.

Un ejemplo de ello es la estrategia de los Programas Integrados de Salud PREVENIMSS, un programa permanente de especial importancia en las acciones del Instituto y de la Coordinación de Comunicación Social, toda vez que representa la principal herramienta para establecer y fortalecer la comunicación con el público objetivo. Dicho programa ha reportado ahorros

significativos a la institución por un monto de 6,000 mdp gracias a la prevención y control de enfermedades. Tal ahorro se ha traducido en la capacidad institucional de incrementar la infraestructura y adquirir equipo médico.

La aplicación de esta estrategia integral ha intensificado la cercanía con los medios de comunicación, para sensibilizarlos acerca de la importancia que tiene para la población mexicana conocer los mensajes enfocados a abatir los principales problemas de salud en el país como son el sobrepeso, la obesidad y la diabetes, con una amplia difusión tanto en medios impresos como electrónicos.

La campaña incluyó la transmisión –a través de televisión, radio, prensa, revistas y medios complementarios electrónicos e impresos– de mensajes con el contenido de la estrategia PREVENIMSS 2010. Esta información coadyuvó a que los derechohabientes acudieran a sus clínicas para informarse y recibir acciones preventivas de los padecimientos antes citados.

Como resultado del posicionamiento de su imagen y servicios, el IMSS obtuvo el Premio Internacional Marcas de Confianza México 2011 a la Institución Pública de Mayor Confianza en México, con base en una encuesta realizada en todo el país por la empresa especializada Ipsos Bimsa. El galardón, correspondiente a la segunda edición, lo entregó la firma *Reader's Digest*.

IX.1. COORDINACIÓN TÉCNICA DE DIFUSIÓN

La Coordinación Técnica de Difusión es el área administrativa encargada de conformar la estrategia y el Programa Anual de Comunicación Social, así como de presentarlo ante la Secretaría de Gobernación para las aprobaciones conducentes.

En este sentido, se aprobaron las pautas y la contratación de medios de comunicación electrónicos, impresos y complementarios, así como de otros servicios para el desarrollo de las campañas institucionales. Asimismo, la Coordinación conduce la verificación de la publicación y difusión de los mensajes y campañas institucionales en los medios de comunicación contratados, para la evaluación del impacto comunicacional de los mismos. Esto se realiza mediante la contratación de empresas especializadas y con apego a la metodología definida por la Secretaría de Gobernación.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Campaña de logros institucionales

Se considera como primordial dar a conocer la debida aplicación de los recursos aportados al Instituto, con el propósito de crear y fortalecer la confianza del público en general en cuanto a la seriedad de la actividad del Instituto.

Es importante divulgar que, en un solo día, el Instituto puede atender 450,000 consultas, 1,200 nacimientos, 4,000 cirugías y 50,000 emergencias médicas. La difusión de actividades de un día típico permite tener un panorama general de la productividad de los servicios organizados en los tres niveles de atención; asimismo, es posible establecer la perspectiva de cuál es el reto por atender.

De igual forma, se considera relevante informar que el IMSS inició un amplio programa de construcción y remodelación de unidades médicas de primer y segundo niveles de atención en todo el país, lo cual no se realizaba desde hace 25 años. Esta acción se suma a la ya consolidada infraestructura hospitalaria existente en el Instituto.

La campaña se difundió del 1º al 21 de diciembre de 2010, en la cual se realizaron 1,828 impactos de televisión, 45,888 *spots* de radio en todo el país, 567 inserciones en periódicos, nueve inserciones en revistas y apareció dos semanas en salas cinematográficas.

Campaña PREVENIMSS 2010

Ante la necesidad de llevar a cabo una tarea permanente de concientización, se difundió a nivel nacional la campaña PREVENIMSS, la cual se orientó a que las futuras generaciones cuenten con mejores condiciones de salud.

A partir de esta premisa, la política sanitaria del Gobierno Federal hace de la protección de la salud uno de sus compromisos principales. Uno de ellos es la prevención de las enfermedades ocasionadas por malos hábitos, las cuales pueden evitarse con acciones tendientes a mantener las mejores condiciones físicas. Estas acciones deben ser del conocimiento de nuestro público objetivo.

Cabe señalar que esta campaña en particular representa la principal herramienta con la que cuenta el Instituto para establecer y fortalecer la comunicación estrecha con el público objetivo, conformado principalmente por derechohabientes y patrones. Igualmente, es el vehículo para dar a conocer nuestros mensajes de prevención de enfermedades y cuidado de la salud, con el propósito de contar con una población cada vez más sana. En segunda instancia, la campaña también permite dar a conocer los servicios médicos que ofrece el Instituto para que los derechohabientes reciban atención médica de calidad.

El IMSS atiende el eje rector del Gobierno Federal en materia de prevención. Por ello, se programó difundir, a través de PREVENIMSS, mensajes enfocados a abatir el sobrepeso, la obesidad y la diabetes, ya que esta última enfermedad crónica degenerativa es resultado generalmente de malos hábitos alimenticios y de la falta de actividad física, lo que, a su vez, ocasiona sobrepeso y obesidad.

La campaña se transmitió del 17 de mayo al 21 de diciembre del 2010. Contó con tres versiones: “Sabías que...”, “testimonio mujer” y “testimonio hombre”. En radio se transmitieron 95,562 *spots* en 256 estaciones en el país. En televisión, a través de 25 canales, se transmitieron 2,433 *spots*. En este tenor se realizaron una entrevista y 38 cápsulas de “Casos de vida”. En medios impresos se publicaron 1,009 inserciones en prensa y 71 planas en revistas, con tres versiones: “Gordo”, “Gorda” y “Ceguera”. Además, en el Sistema de Transporte Colectivo Metro se colocaron 4,918 dovelas (anuncios en vagón) y 71 muebles del tren suburbano, así como 3’918,367 *spots* en pantallas digitales del Metro Monterrey. Asimismo, se publicó

información en otros establecimientos: 3,000 *spots* en tiendas OXXO y 270 dispensadores de bolsas en Chedraui. En vía pública se colocaron 78 anuncios en *mupibuzones* (buzones de correo), 378 en quioscos de periódico, de flores y de Lotería Nacional, en 23 vallas y en 28 puentes peatonales. Por otra parte, se colocaron 2,000 carteles en tiendas del país, 27 vallas móviles, 308 *mupies* (buzones de correo) en escuelas y en 50 casetas telefónicas. Por último, se colocó un *banner* (banderola dentro de una página *web*) en los portales de: Concanaco-Servytur, El Universal.com, Salud magazine.com, Milenio.com, El Financiero.com, Ganar salud.com, además de otros *banners* en 15 periódicos del interior de la República.

Se difundió a nivel nacional la campaña PREVENIMSS, la cual se orientó a que las futuras generaciones cuenten con mejores condiciones de salud.

TABLA IX.1. INFORME DE RESULTADOS DE ENCUESTAS
(PORCENTAJE, 2009-2010)

Imagen Institucional	2009	2010
Reconocimiento del IMSS como Institución de salud de los mexicanos ante la pregunta: ¿Cuál es la primera institución que le viene a la mente cuando se habla de la salud de los mexicanos?	69	73
Personas que asocian al IMSS con algo positivo ante la pregunta: ¿Qué opinión tiene del IMSS?	56	58

Fuente IMSS.

TABLA IX.2. RECORDACIÓN DE LA CAMPAÑA PREVENIMSS DE ENCUESTAS
(PORCENTAJE, 2009-2010)

Imagen Institucional	2009	2010
Recordación de publicidad relacionada con el IMSS.	42	66
Personas que recuerdan los mensajes difundidos en televisión.	69	70
Personas que dicen haber hecho conciencia respecto del problema de obesidad gracias a la campaña.	56	87

Fuente IMSS.

Con la información difundida se logró fortalecer la imagen institucional, tal como lo muestran los resultados de las encuestas 2009 y 2010, las cuales se describen a continuación:

Por lo que respecta a la recordación de la campaña PREVENIMSS se obtuvieron los siguientes datos:

Estos estudios sirven para conocer la efectividad de la campaña, así como para atender resultados de evaluaciones anteriores; asimismo, favorecen la elaboración de estrategias, programas y campañas posteriores.

La institución pública de mayor confianza entre los mexicanos

El IMSS se posicionó en el primer sitio en la categoría de Instituciones Públicas, entre quince organismos del Gobierno Federal y organismos descentralizados, entre los que destacan las Secretarías de Educación Pública, Gobernación, Desarrollo Social, Salud, Hacienda y Crédito Público, Defensa Nacional, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional y el Instituto Federal Electoral, entre otros. El IMSS fue mencionado la mayor cantidad de veces por 3,449 encuestados, en respuesta a la pregunta: “Mi marca de mayor confianza es...”.

Reader's Digest recibió el resultado del estudio que llevó a cabo la empresa Ipsos Bimsa durante enero y febrero del presente año vía Internet. El cuestionario fue de tipo autoadministrado con preguntas abiertas, en el que participaron hombres y mujeres de 18 a 64 años, en 31 estados del país y el Distrito Federal, integrados en seis zonas geográficas. Del total de participantes en dicha encuesta, 57 por ciento fueron hombres y 43 por ciento mujeres, de los cuales 74 por ciento calificaron de excelente a buena la calidad de los servicios que brinda el organismo.

En el evento de premiación se destacó que el Seguro Social es una de las instituciones más queridas y respetadas por los mexicanos, subrayando su labor fundamental en la historia del país, lo que la ha llevado a constituirse como la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad.

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

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Campaña PREVENIMSS 2011

Para este año, siguiendo el eje rector del Gobierno Federal, el IMSS tiene programado difundir, a través de la campaña PREVENIMSS 2011, mensajes enfocados a abatir el sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

Es muy importante dar continuidad a la campaña PREVENIMSS 2010, toda vez que con dicho programa, enfocado a combatir el sobrepeso y la obesidad, así como la diabetes mellitus y sus consecuencias, el Instituto ha logrado ahorros significativos con la prevención y atención de padecimientos relacionados con dichas enfermedades. Por ello, esta campaña se mantendrá vigente y coadyuvará a que la institución destine menos recursos para el tratamiento de las mismas; se difundirá en televisión, radio, medios impresos y complementarios a partir del mes de junio de 2011; los mensajes a difundir aparecerán en tres versiones “Hombre”, “Mujer” y “Niño”.

División de Diseño y Producción Editorial

La imagen institucional es la referencia de cómo perciben los medios de comunicación, periodistas, organizaciones y población en general al IMSS; esta imagen es generalmente aceptada por lo que el Instituto representa.

La Coordinación de Comunicación Social tiene a su cargo verificar el cumplimiento de la Norma que establece las disposiciones para la Reproducción y Aplicación del Logosímbolo en el IMSS, así como revisar la aplicación del logosímbolo institucional en cualquier soporte o medio de comunicación impreso o electrónico.

En uso de esa facultad, se realizaron levantamientos de imágenes de publicidad (carteles, lonas, volantes, etcétera) ubicadas en diferentes inmuebles institucionales, en los que se detectaron usos incorrectos del logosímbolo institucional.

Ante estas inconsistencias, se lleva a cabo la actualización de la Guía de Aplicación del Logosímbolo Institucional, editada por última vez en diciembre de 2003 para su distribución a todas las áreas institucionales que por su naturaleza y actividades requieren elaborar materiales de difusión.

Esta nueva edición de la Guía responde a la necesidad de contar con una versión actualizada, acorde con las nuevas tecnologías, que permita la aplicación del logosímbolo en los medios electrónicos e informáticos, incluyendo Internet, así como los medios audiovisuales en los formatos que manejan actualmente.

En aras de lograr una imagen institucional uniforme y sólida, así como la aplicación correcta del logosímbolo y la imagen del Gobierno Federal en todas las delegaciones y áreas del Instituto, la Guía contempla la entrega física y el envío vía electrónica de los archivos y las versiones correspondientes tanto del logosímbolo del IMSS como de los elementos que incluyen la imagen

del Gobierno Federal en los distintos formatos y aplicaciones.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Durante el periodo que se reporta, se realizó la producción editorial de materiales a solicitud de las áreas que integran el Instituto, a través de la edición, revisión, asesoría, impresión y distribución de diversos trabajos editoriales –que incluyeron diseño, redacción, corrección de estilo, formación, corrección de tipografía y cuidado de la edición, así como elaboración de originales mecánicos y electrónicos de las publicaciones internas y externas, tales como informes, manuales, guías, libros, carteles, volantes, folletos, formatos, instructivos, papelería, etcétera–, con base en la política editorial establecida por la Coordinación de Comunicación Social (tabla IX.3).

Asimismo, se diseñó la imagen gráfica de las campañas institucionales para su aplicación en los formatos requeridos (anuncios en periódicos, revistas, espectaculares, vestimenta de edificios, postales, etcétera), de acuerdo con las estrategias de comunicación y medios.

Se realizó la ambientación gráfica de exposiciones y eventos internos y externos del Instituto (mantas, señalamientos, invitaciones, gafetes, personificadores, pendones, letreros para pódium y presídium, diplomas, reconocimientos, constancias, etcétera) (tabla IX.3).

También se coordinó el diseño e impresión del libro *Compendio de normas oficiales mexicanas sobre el derecho a la protección de la salud*, material coeditado por el IMSS y la CNDH.

Se examinaron diversos soportes y medios de comunicación (impresos y/o electrónicos) proporcionados por las áreas institucionales, con

TABLA IX.3. ACTIVIDADES DE LA DIVISIÓN DE PRODUCCIÓN EDITORIAL
(NÚMERO, MAYO-DICIEMBRE 2010 A ENERO-MAYO 2011)

Impresos	mayo-diciembre 2010	enero-mayo 2011
Audiovisual y grabación de ceremonia	1	-
<i>Banners</i>	10	-
Bastidores	4	-
Calendarios	6,674	-
Carteles	42,084	6,700
CD	850	-
Constancias	129,049	3,370
Credenciales	206	4,000
Cuadernillos	5,785	-
Diplomas	13,661	4,554
Dípticos	3,000	-
Estructuras para vinil	11	-
Etiquetas	1,500	-
Etiquetas P/CD	1,000	-
<i>Foamboards</i>	2	-
Fólders	250	-
Folletos	500	350,000
Gafetes	250	800
Hojas de respuesta para lector óptico	20,000	-
Hojas membretadas	5,000	-
Invitaciones	2,510	4,610
Libros	1,305	-
Lona P/Display	34	-
Lonas	29	5
Mamparas	9	4
Manuales	3,080	-
Pendones	22	14
<i>Plotters</i>	524	4
Portadas para CD	1,000	2,300
Reconocimientos	20,500	21,135
Señalamientos	12	-
<i>Stickers</i>	60	-
Tarjetas de control de quejas	1,500	-
Trípticos	16,400	2,000
Trovicel (viniles)	23	82
Total	276,845	399,578

Fuente: IMSS.

la finalidad de obtener una correcta aplicación del logotipo institucional y la imagen del Gobierno Federal. Lo anterior, en cumplimiento de las disposiciones del “Manual de identidad institucional del Gobierno Federal 2006-2012”, cuyo propósito es homologar la imagen institucional de todas las Secretarías y órganos gubernamentales federales para refrendar la idea de integración, trabajo conjunto y unidad.

En términos generales, se programaron y revisaron las impresiones editoriales de las publicaciones y otros materiales gráficos (tabla IX.3). Derivado de ello, se conserva, en todos los casos, una reserva editorial de las publicaciones editadas por el IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Como parte de las funciones de la División de Producción Editorial, se dará continuidad a la elaboración, revisión y asesoría de producciones editoriales; la elaboración y diseño de la imagen gráfica de las campañas institucionales; la ambientación gráfica de exposiciones y eventos; la producción y/o revisión de soportes para medios de comunicación (impresos y/o electrónicos) que diversas áreas del Instituto ponen a consideración de la Coordinación de Comunicación Social. La meta consiste en mostrar una imagen institucional positiva, sólida, unificada y atractiva a través de esos materiales.

De la misma manera, se concluirá con el rediseño y actualización de la Guía de Aplicación del Logotipo Institucional, a fin de promover acciones de revisión y/o diseño de materiales en las áreas institucionales, lo que generará la percepción de unidad en la imagen del Instituto.

IX.2. COORDINACIÓN TÉCNICA DE INFORMACIÓN

La Coordinación Técnica de Información registró en el periodo mayo 2010 a 2011, un total de 60,586 impactos a nivel nacional, generados por 7,184

comunicados, de los cuales 7,035 se emitieron en las 35 delegaciones estatales y 149 del área central, así como 11,771 entrevistas a diversos medios de comunicación.

Como se mencionó anteriormente, el IMSS está considerado como la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza en México.

En ese sentido, la Coordinación Técnica de Información de la Coordinación de Comunicación Social, ha reforzado sus programas de promoción para mantener y fortalecer la imagen positiva del Instituto en los medios de comunicación impresos, televisivos y radiofónicos. Ello, sin descuidar los innovadores sistemas de comunicación, tales como las Redes Sociales, Internet (sitios especializados), *blogs*, entre otros.

En esta labor se utilizan diversas herramientas tradicionales, como son: los comunicados, la promoción de entrevistas y las conferencias de prensa. Además, para mantener vigente la información institucional, particularmente lo que hace a infraestructura, equipamiento médico y prevención de enfermedades, se ha hecho uso de los elementos que exigen las nuevas herramientas de la comunicación social.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Dentro de los principales resultados que se han obtenido en el periodo que se reporta, se encuentran las menciones del Instituto a través de reporteros, columnistas, articulistas, caricaturistas, conductores de radio y televisión, noticiarios, frecuencias radiofónicas de AM y FM, y de forma general en todos los medios impresos y electrónicos, que sumaron un total de 37,645 impactos.

De mayo de 2010 a 2011 se generaron un total de 60,586 impactos a nivel nacional, derivados de 7,184 boletines de prensa.

Se emitieron 7,184 comunicados a nivel nacional, de los cuales 7,035 fueron comunicados delegacionales y 149 del área central, estos comunicados generaron en total 60,586 impactos.

División de Información Nacional

Asimismo, con la finalidad de posicionar la imagen institucional, se emitieron 149 comunicados de prensa, los cuales fueron promovidos para su amplia difusión en medios escritos, electrónicos y portales de Internet. De estos comunicados se obtuvieron 567 impactos en medios impresos, 1,230 en radio, 460 en televisión, 4,788 en Internet, lo cual generó un total de 7,045 impactos.

En conjunto con la cobertura de las actividades del Director General, Daniel Karam Toumeh, como son giras de trabajo y evaluación, firma de convenios, inauguración de unidades, entre otros, se puso especial énfasis en la generación de información relativa a la inversión, la infraestructura, el equipamiento médico y la prevención de enfermedades, con lo que el Instituto alcanzó una presencia permanente en dichos medios de comunicación. Derivado de ello, se publicaron a nivel nacional 19 comunicados de prensa en materia de infraestructura y equipamiento para dar a conocer a la población las inversiones históricas realizadas durante la presente administración, que han permitido la construcción de nuevas unidades médicas, así como la ampliación y remodelación de las ya existentes. De la misma forma, se destacó que se ha dotado de equipamiento médico de alta tecnología y vanguardia a diversas unidades médicas del IMSS en todo el país.

Uno de los pilares fundamentales de esta institución es la prevención de enfermedades crónico

degenerativas. Para evitar estos padecimientos y disminuir los costos que esto representa al Seguro Social, la Coordinación de Comunicación Social emitió a los medios nacionales 80 comunicados de prensa en los que se destaca la prevención y las acciones concretas que ayudan a mantener y mejorar la calidad de vida de los derechohabientes y sus familias en todos los grupos de edad, desde el recién nacido hasta el adulto mayor.

Aunado a ello, se difundió información relativa a destacar que la atención que se brinda en el Instituto no se limita a los servicios médicos, sino que de forma integral se brindan actividades recreativas, culturales, deportivas y de capacitación, que coadyuvan en el tratamiento de los derechohabientes, así como su reintegración a la sociedad. Para este efecto se emitieron comunicados y notas especiales a los medios, para su publicación y difusión.

Asimismo, como parte de la estrategia de comunicación a nivel del Gobierno Federal, la Coordinación de Comunicación Social emite para los medios de comunicación, de forma puntual, la información relacionada con la generación y crecimiento del empleo, mediante 16 comunicados de prensa nacional en los que está reflejado el incremento de las personas económicamente activas, que contribuyen al crecimiento de la economía del país.

Otra de las estrategias de comunicación se refiere a la imagen del IMSS como referente de atención médica en Latinoamérica que busca la capacitación e innovación continuas para ofrecer servicios de calidad a sus derechohabientes; por ello, 21 comunicados reflejan que la institución ha tenido presencia en eventos internacionales y ha trabajado en estrecha colaboración con dependencias federales en este sentido.

Descripción temática de entrevistas

Como parte de la estrategia de comunicación de esta Coordinación, y para reforzar las acciones de la actual administración, se programaron y gestionaron entrevistas en las que especialistas de diversas áreas del

Instituto explican de viva voz en noticiarios radiofónicos y televisivos, así como medios impresos y de Internet, los temas que estratégicamente al Instituto le interesa posicionar, particularmente con periodistas y líderes de opinión que gozan del reconocimiento de la sociedad.

Las 35 delegaciones y el área central del IMSS generaron en el mismo periodo 11,771 entrevistas a diversos medios de comunicación en todo el país.

Como parte de esta estrategia, durante el periodo señalado, la Coordinación de Comunicación Social obtuvo los siguientes resultados: se realizaron 1,354 entrevistas, de las cuales el mayor número de impactos se reflejó en televisión con un total de 596, seguido de la radio con 548, prensa con 72, Internet con 64, revistas 62 y agencias informativas con 12.

La información que más destacó en los diversos medios de comunicación se enfocó principalmente a temas de prevención, resaltando el programa PREVENIMSS, con énfasis en los problemas de obesidad, diabetes e hipertensión. Aunado a esta estrategia de comunicación, se vincularon temas médicos como el fortalecimiento de una alimentación balanceada para niños, adolescentes y adultos, además de fomentar la actividad física para lograr un mejor estilo de vida.

La fortaleza en materia de prevención también se vio reflejada en los temas específicos para hombres y mujeres después de los 40 años de edad, referentes principalmente a la prevención del cáncer de mama, el cáncer cérvico-uterino, de próstata y colon.

Otro punto a destacar fueron las recomendaciones médicas para evitar problemas de salud de acuerdo con las distintas épocas del año y condiciones climáticas, como la temporada de calor, lluvias y frío. Muestra de ello fue la realización de notas y reportajes sobre deshidratación, problemas diarreicos, cuidado de la piel y alergias.

El sector de los adultos mayores fue el que sobresalió en las entrevistas, con temas relativos a las enfermedades crónico degenerativas para evitar infartos cerebrales, cardíacos, o problemas cerebro-vasculares y renales.

Dentro de los programas institucionales, las entrevistas realizadas permitieron fortalecer el tema de vacunación, así como el trabajo que realiza el IMSS en materia de donación de sangre, trasplantes de órganos y el Banco de Células Madre, el cual representa hoy en día una importancia capital a nivel mundial.

La estrategia que prevaleció en cada una de las entrevistas realizadas fue en conjunto el equipo médico multidisciplinario que tiene el IMSS, los adelantos tecnológicos en cada una de las áreas y especialidades, así como la infraestructura con la que cuenta actualmente la institución.

Por último, y de manera generalizada, se tiene que de las 1,354 entrevistas realizadas, 210 se efectuaron en Televisa, 110 en Televisión Azteca, 70 en Proyecto 40, 57 en Cadena 3, y 40 en Once TV.

En radio predominó Grupo Radio Centro con 166 entrevistas; Grupo ACIR con 66; Grupo IMER con 63; Radio Fórmula con 40 e Imagen Informativa, también con 40.

Por lo que respecta a prensa escrita, se tuvo presencia en: Publimetro con 27 entrevistas; Excélsior con 18; La Jornada con nueve, y El Universal con cinco.

En Internet: portal *sumedico.com* con 26 entrevistas; *saludante.com*, 12; *medicina digital*, 10, y *espacio Radorama* con nueve. Mientras que en revistas: *Médicos de México* con 17; *Vértigo* con nueve; *Selecciones* con siete, y *Contenido* con cuatro. Además, en la agencia Notimex, con ocho entrevistas.

Departamento de Fotografía

El Departamento de Fotografía es una de las áreas sustantivas de la Coordinación de Comunicación Social, la cual enriquece el acervo fotográfico institucional con la cobertura de diferentes actividades del quehacer diario de la institución, cobertura de giras de trabajo del Director General en las delegaciones del Instituto y giras presidenciales en las que el jefe del Ejecutivo inaugura la infraestructura médica. Como producto del trabajo realizado, se obtuvieron 72,672 imágenes digitales, correspondientes a 434 eventos, 291 de ellos efectuados durante 2010 y 143 hasta mayo de 2011.

El Departamento de Fotografía es parte integral de la estrategia de comunicación del IMSS, ya que enriquece los comunicados institucionales que emite esta Coordinación para dar a conocer los avances en los programas institucionales, particularmente en materia de prevención de enfermedades y atención a la salud de los derechohabientes, al tiempo que apoya con imágenes para la elaboración de carteles y diversos impresos que fomentan la buena imagen del organismo, al interior y exterior del mismo.

Departamento de Televisión

El Departamento de Televisión de la Coordinación Técnica de Información tiene como finalidad generar material audiovisual para reforzar la imagen institucional y apoyar a las otras áreas de la Coordinación de Comunicación Social a fin de ilustrar los mensajes y materiales que se producen; de esta forma cubre desde la Dirección General hasta las diversas coordinaciones y áreas que integran al Instituto; produce y difunde actividades institucionales, médicas, sociales, culturales y deportivas que día a día documentan, con imagen y sonido, la vida institucional.

En el periodo que se informa se dio cobertura a 273 eventos. Ello implicó el levantamiento de imagen,

producción y postproducción, que generó reportajes, notas y material informativo de las áreas del Instituto, cápsulas audiovisuales, documentales médicos de trasplantes y cirugías de segundo y tercer niveles de atención que implican una alta especialidad, además de la cobertura de la agenda institucional y de sus autoridades con el fin de crear una memoria documental.

Además de la cobertura de estos eventos, también se realizó la producción de videos para eventos especiales como la Asamblea General Ordinaria del IMSS, el Día del Médico, el Día de la Enfermera, congresos, ceremonias médicas, actividades institucionales, sociales o deportivas, entre otras, así como el levantamiento de imagen documental para la videoteca para documentar el quehacer institucional.

Con la finalidad de apoyar la labor de los medios de comunicación electrónicos, el Departamento de Televisión creó, en el periodo ya referido, 84 cortes de prensa. El propósito principal de dichos cortes fue dar a conocer a través de las televisoras, de manera puntual, las actividades del organismo, como son las giras de trabajo, inauguración de unidades médicas, constatación de la operación del equipamiento médico, firma de convenios, reportajes de promoción de la salud, entre otros.

Además, se brindó a las televisoras material adicional a los eventos del IMSS a los cuales los medios de comunicación dieron cobertura, esto con el objetivo de reforzar con imágenes las líneas estratégicas de comunicación institucional, como son los temas de infraestructura, equipamiento médico, remodelación y ampliación de unidades médicas, así como de prevención de enfermedades crónico-degenerativas.

Adicionalmente, se produjeron 110 materiales audiovisuales en apoyo a las diversas áreas que integran la institución, entre ellas: UV institucional, DPM, DPES, PREVENIMSS, Comunicación Interna, CAQOD, entre otras. También se generaron reportajes para su uso en las campañas de difusión de la Coordinación de Comunicación Social.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

La Coordinación Técnica de Información continúa con las acciones para dar cumplimiento al objetivo de consolidar la estrategia de comunicación en los medios escritos y electrónicos a fin de fortalecer los programas rectores del organismo en materia de infraestructura, equipamiento médico y prevención de enfermedades; de ello dan cuenta las acciones referidas y logros que se han alcanzado en la actual administración, lo que contribuye a alcanzar el propósito fundamental de la institución, es decir, que los derechohabientes tengan una mejora en la calidad y calidez de los servicios que brinda el Instituto en materia de atención médica, prestaciones y servicios en general.

Para ello, se dará continuidad a la publicación de comunicados de prensa y la promoción de los mismos en los medios de circulación nacional, a fin de que el impacto alcanzado sea el máximo posible. A su vez, la promoción de entrevistas relacionadas con los comunicados y otros temas de interés para la institución.

Se actualizará el banco de imágenes del Instituto en los Departamentos de Fotografía y Televisión, con la cobertura de eventos. Se atenderán, asimismo, las necesidades que surjan en las diversas áreas del organismo. También se promoverá ante los diversos medios de comunicación, particularmente en televisoras, la elaboración de reportajes especiales que refuercen la información que esta Coordinación promueve.

División de Vinculación con los Estados

Ante la necesidad de fortalecer la imagen del Instituto entre los derechohabientes, los medios de comunicación y la población en general a nivel delegacional, la División de Vinculación con los Estados se ha encargado de verificar que la ejecución de las políticas y estrategias informativas y de opinión de cada una de las Coordinaciones Delegacionales de Comunicación Social

(CDCS) se apegue a los lineamientos marcados por la Coordinación de Comunicación Social del IMSS.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

A través de las CDCS se difundieron 7,035 comunicados delegacionales referentes a las múltiples acciones que lleva a cabo el Instituto en favor de sus millones de derechohabientes, los cuales registraron 53,523 impactos en diferentes medios de comunicación del país.

Asimismo, se promovieron acciones que el Instituto realizó en todo el país acerca de programas como PREVENIMSS, campañas para evitar enfermedades diarreicas, golpe de calor, dengue, influenza, así como los programas de IMSS-Oportunidades.

En este sentido, destaca la difusión de los 33 comunicados de prensa difundidos acerca de las inversiones que el Gobierno Federal hizo en materia de infraestructura y equipamiento médico, los cuales registraron 224 impactos en periódicos, estaciones de radio y de televisión en la República.

Resultados similares tuvieron los comunicados que difundieron las CDCS, referentes a un día típico del IMSS, a la ampliación y remodelación de las áreas de Urgencias y los relacionados con el Programa de condonación de multas y recargos en el pago de cuotas obrero-patronales, con 431 impactos.

También se generó información sobre los servicios y actividades de Prestaciones Económicas y Sociales. En este caso destacaron, por su oportunidad e impacto en los medios, los temas referentes a pensiones y credencialización, los cuales registraron 5,440 impactos.

Por otra parte, se realizaron análisis cuantitativos de la información publicada en los periódicos del país, a fin de verificar el comportamiento informativo en los medios de comunicación de los estados de la República.

Se atendieron 936 quejas publicadas en periódicos de los estados. El procedimiento implementado para la atención de estos asuntos consiste en que una vez detectada la queja, se solicita a las CDCS que realicen una investigación y emitan una tarjeta informativa que permita cotejar con la información publicada; si el resultado es cierto, se le da seguimiento al caso hasta su resolución; si se trata de información falsa o incompleta, se hace una aclaración ante el medio correspondiente.

Se concedieron 10,417 entrevistas a diversos medios de comunicación a nivel estatal. Estas entrevistas tienen como finalidad informar a los radioescuchas y televidentes del interior del país acerca de los servicios que presta el Instituto y orientar en algunos casos sobre temas específicos.

Un ejercicio que permite destacar la labor de la institución son los denominados “Casos de vida”, los cuales consisten en conocer de viva voz del derechohabiente cómo se trató medicamente su caso —en muchas ocasiones grave—, la atención médica y los apoyos recibidos por parte de la institución, así como el beneficio en su vida cotidiana. Durante el periodo que se reporta se difundieron un total de 500 casos de este tipo en los diferentes medios de comunicación del país.

A través de los “Casos de vida” se ha mostrado a la población que en el IMSS se llevan a cabo importantes

acciones médicas que permiten a sus derechohabientes elevar su calidad de vida.

Estos casos de éxito en la salud de una persona generan agradecimiento y alientan a colaborar con el Instituto para la realización de videos, conferencias de prensa y entrevistas, coordinadas por las CDCS y supervisadas por la División de Vinculación con los Estados.

Durante el periodo que se reporta se difundieron un total de 500 casos de este tipo en los diferentes medios de comunicación de todo el país.

Los principales avances durante el periodo reportado, son los que se indican a continuación:

Como resultado de la aplicación de las actividades antes descritas se ha logrado un mayor control de la información que se difunde a nivel delegacional. Asimismo, una estrategia de comunicación homogénea transmite a la opinión pública una imagen integral del Instituto.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Se continuará trabajando conjuntamente con las CDCS a fin de conservar la retroalimentación lograda hasta el momento.

TABLA IX.4. ACTIVIDADES DE LA DIVISIÓN DE VINCULACIÓN CON LOS ESTADOS
(MAYO-DICIEMBRE 2010 A ENERO-MAYO 2011)

Concepto	mayo-diciembre 2010	enero-mayo 2011	Total
Comunicados en delegaciones	4,053	2,982	7,035
Cobertura de giras de trabajo	12	12	24
Quejas	566	370	936
Entrevistas	5,890	4,527	10,417
Casos de vida	235	265	500
Síntesis de los estados	212	148	360
Reportes médicos y políticos	212	148	360

Fuente: IMSS.

Los resultados esperados para el siguiente periodo son: a) coadyuvar a mejorar la imagen institucional a nivel delegacional; b) promover la presencia de información del Instituto en medios de comunicación locales (prensa, radio y televisión); c) difusión de los “Casos de vida” en diferentes medios a fin de resaltar su importancia; d) lograr a través de los comunicados delegacionales menciones positivas del Instituto en los medios de comunicación estatales.

División de Retroalimentación y Análisis

Los medios de comunicación influyen de manera muy activa en la percepción del panorama social, muchas veces su rol no se limita al ámbito informativo, sino que se vuelven emisores y promotores de tendencias vinculadas con sus preferencias o directrices e intereses.

La División de Retroalimentación y Análisis es el área encargada de revisar, verificar y proporcionar para el conocimiento de la Coordinación Técnica de Información los análisis y resultados de las tendencias de medios de comunicación en sus diferentes géneros periodísticos y de los periodistas en cuanto al manejo de la información.

De igual forma, esta División tiene como tarea recopilar y controlar la operación, funcionamiento y actualización del banco de datos de información institucional publicada y/o comunicada a los medios.

INFORME DE LABORES DE MAYO DE 2010 A 2011

Impactos

La metodología utilizada para cuantificar las menciones del Instituto en los medios se conjunta en un informe en el que se destacan y segmentan los géneros periodísticos en medios impresos y electrónicos. Las notas que hacen mención a la institución se califican en tres grupos: positivas, negativas y neutrales.

Las notas con calificación positiva son aquellas que, como su nombre lo indica, en su contenido resaltan acciones loables de la institución. Las notas negativas son aquellas en las que el autor de la nota hace una apreciación desfavorable vinculada con la institución y los servicios y actividades inherentes a sus funciones. Las notas neutrales son aquellas en las que se hacen menciones del Instituto sin que se pueda detectar una postura favorable o negativa.

Las menciones del Instituto en medios impresos y electrónicos, cuantificados en el periodo reportado, sumaron un total de 48,070 impactos.

La medición y cuantificación de impactos contribuye a visualizar el panorama informativo y auxilia en la toma de decisiones. En este orden de ideas, atribuye una apreciación real de la opinión pública con relación a la institución. Coloca a la institución en la posibilidad de actuar oportunamente sobre temas específicos para el reforzamiento de la imagen institucional.

Sistema de Información y Reacción Inmediata (SIRI)

El Sistema de Información y Reacción Inmediata (SIRI) surge a principios de agosto de 2009. Es un sistema cuyo trabajo consiste en la atención al Programa de Atención a Derechohabientes Radioescuchas y/o Televidentes que utilizan medios masivos de comunicación a manera de foro para expresar su inconformidad con el Instituto, ya sea por la prestación de un servicio de salud o administrativo.

Durante el periodo que se reporta, en el noticiario de Grupo Radio Centro, con Sergio Sarmiento, “La Red”, se han atendido un total de 1,410 llamadas del público radioescucha y derechohabiente.

En el espacio “Viernes Social”, en Formato 21, con la conductora Guadalupe Juárez, la integrante de la CAQOD, Laura Buendía, ha dado respuesta al aire a un total de 770 llamadas.

Asimismo, por la vía de petición de apoyos directos que son canalizados al SIRI, sin asistir al programa, se han atendido 60 casos de Grupo Radio Centro.

Durante este periodo se atendió, en dos ocasiones, la invitación de TV Azteca al programa “A Quien Corresponda”, con el conductor Jorge Garralda, sumando un total de 18 llamadas recibidas en el estudio. Por solicitud de apoyos directos que son canalizados al SIRI, sin asistir al programa y tratar de orientar y resolver los problemas que enfrentan sus televidentes y que son transmitidos en su programa, se han atendido 118 casos.

Asimismo, 76 casos más de otros medios de comunicación como: Televisa, Cadena 3, Radio Fórmula, Grupo ACIR, Núcleo Radio Mil NRM-Enfoque, Imagen, Reporte 98.5, ABC Radio, W Radio, Cadena Rasa, Radio 13, MVS, Reforma, La Jornada, El Universal y Notimex. La suma total de este periodo asciende a 2,452 casos.

El SIRI ha resultado ser una medida muy eficaz para la atención de derechohabientes que solicitan apoyo a través de los medios de comunicación.

Cada vez son más los medios de comunicación que solicitan la intervención del SIRI para gestionar y dar seguimiento a las necesidades de derechohabientes radioescuchas o televidentes.

De igual forma, ha servido como un medio de aclaración ante la desinformación de algunos derechohabientes. Como ejemplo de ello se han presentado casos en los que las llamadas de queja contienen datos falsos, situación que de inmediato es aclarada por el conductor del programa, instando a la población a conducirse con seriedad y destacando su agradecimiento con la institución por colaborar con el programa.

Algo que merece ser destacado es que este programa, al crear sinergias con los medios de comunicación, permite crear una vinculación de trabajo que permea en favor del Instituto, ya que las menciones se convierten en impactos positivos que no le generan costo alguno al IMSS.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

En vista de los resultados, es importante dar continuidad a las acciones emprendidas actualmente por la División. Es un reto importante seguir consolidando y posicionando las estrategias de sinergia con los medios, por lo que se dará continuidad al SIRI para la atención de los derechohabientes.

Dentro de estas actividades se contempla la presencia del personal del IMSS que estará en al menos cinco medios de comunicación, independientemente del grupo radial o cadena televisiva al que pertenecen, para recibir y atender llamadas del público, con una agenda definida.

Con estas actividades se espera consolidar la retroalimentación con los medios de comunicación, a fin de que las necesidades informativas de la institución se vean reflejadas en las bitácoras de los noticiarios.

Índice de Tablas

I. DIRECCIÓN DE FINANZAS

Tabla I.1.	Estado de Ingresos y Gastos Dictaminados por los Años Terminados al 31 de Diciembre de 2010 y 2009	3
Tabla I.2.	Estado de Ingresos y Gastos Dictaminados por los Años Terminados al 31 de Diciembre de 2010 y 2009 con el Registro Pleno del Costo Neto del Periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	4
Tabla I.3.	Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro por el Año Terminado al 31 de Diciembre de 2010	5
Tabla I.4.	Balance General Dictaminado al 31 de Diciembre de 2010 y 2009	6
Tabla I.5.	Balance General Dictaminado al 31 de Diciembre de 2010 y 2009 con el Registro Pleno del Costo Neto del Periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	7
Tabla I.6.	Estimación del Valor Presente del Superávit o Déficit de los Seguros Acumulados en el Periodo 2011-2050 y su Relación con el PIB	8
Tabla I.7.	Flujo de Efectivo 2010, Presupuesto 2011 y Proyección 2012-2015, Detallados	10
Tabla I.8.	Flujo de Efectivo 2010 y Proyección 2011-2016, Considerando el Incremento Estimado en Ingresos y Gastos 2011	11
Tabla I.9.	Acumulación de Reservas y Fondos 2011	13
Tabla I.10.	Posición de las Reservas y el Fondo Laboral	20
Tabla I.11.	Porcentajes y Límites Máximos de Inversión	21
Tabla I.12.	Asignación Estratégica de Activos de la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales, y las Subcuentas 1 y 2 del Fondo Laboral, Vigente para 2010	22
Tabla I.13.	Productos Financieros por Tipo de Reserva y Fondo Laboral	23
Tabla I.14.	Comparativo Valor de Mercado <i>versus</i> Valor Contable	24
Tabla I.15.	Desempeño de Reservas y del Fondo Laboral	27
Tabla I.16.	Fondeos y Transferencias de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral	28
Tabla I.17.	Fondeos y Transferencias de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento	29
Tabla I.18.	Uso 2010 y Proyecciones 2011-2015 de las Reservas y del Fondo Laboral	29
Tabla I.19.	Monto de las Reservas Financieras y Actuariales del SRT y del SIV Susceptible de Transferirse a la Reserva Financiera y Actuarial del SEM	30
Tabla I.20.	Valor en Riesgo de Mercado al Cierre de 2010	32

Tabla I.21.	Valor en Riesgo de Crédito al Cierre de 2010	32
Tabla I.22.	Montos Invertidos en Deuda del Sector Hipotecario	38
Tabla I.23.	Montos Invertidos por Tipo de Deuda del Sector Hipotecario	39
Tabla I.24.	Montos Invertidos en Deuda del Sector Corporativo No Hipotecario	40
Tabla I.25.	Inversiones en el Sector Hipotecario con Mayores Niveles de Riesgo de Crédito	43
Tabla I.26.	Intereses Obtenidos por las Inversiones en el Sector Corporativo por Emisor	44
Tabla I.27.	Intereses Obtenidos por las Inversiones en el Sector Hipotecario por Emisor	45
Tabla I.28.	Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2010	50
Tabla I.29.	Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2011	50
Tabla I.30.	Pólizas que Conforman el Programa de Aseguramiento Integral del IMSS	54
Tabla I.31.	Tipo de Sinistros que Significaron Mayores Pérdidas para el IMSS	56
Tabla I.32.	Siniestralidad Reportada por Póliza de Aseguramiento	56
Tabla I.33.	Programas Presupuestarios Registrados por las Normativas en el Anteproyecto de Presupuesto 2010 y Aprobados por el HCT	58
Tabla I.34.	Principales Indicadores que Evalúan los Programas Aprobados. Resultados al Mes de Diciembre 2010	59
Tabla I.35.	Avance al Mes de Marzo de los Principales Indicadores que Evalúan los Programas Aprobados	60
Tabla I.36.	Comparación de Evaluaciones	67
Tabla I.37.	Inventario de Observaciones	71
Tabla I.38.	Inventario de Observaciones Pendientes al Cuarto Trimestre	71
Tabla I.39.	Inventario de Observaciones	72

II. DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

Tabla II.1.	Meta de Ingresos 2010	78
Tabla II.2.	Ingresos Obrero-Patronales a Mayo de 2011	78
Tabla II.3.	Meta de Ingresos 2011	79
Tabla II.4.	Padrón de Asegurados que Cuentan con CURP	79
Tabla II.5.	Convenios de Pago en Plazos	85
Tabla II.6.	Ingresos por Fiscalización y Cumplimiento de la Meta	92
Tabla II.7.	Registros en el Programa Primer Empleo	98
Tabla II.8.	Saldo del Fondo de Reserva del PPE	99

III. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

Tabla III.1.	Indicador de Camas de Régimen Ordinario por cada 1,000 Derechohabientes de Segundo y Tercer Niveles	108
Tabla III.2.	Programa de Obras de Régimen Ordinario	109
Tabla III.3.	Obras Terminadas	110
Tabla III.4.	Obras Terminadas en el Régimen Ordinario	110
Tabla III.5.	Camas Recuperadas en el Régimen Ordinario Mediante el Programa Hospital Sin Ladrillos	112

Tabla III.6.	Programa de Obras IMSS-Oportunidades	113
Tabla III.7.	Programa de Obras de Régimen Ordinario	114
Tabla III.8.	Programa de Obras IMSS-Oportunidades	114

IV. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Tabla IV.1.	Inversión en Equipamiento Médico	149
Tabla IV.2.	Aceleradores Lineales Adquiridos	151
Tabla IV.3.	Aceleradores Lineales Pendientes de Adquirir	151
Tabla IV.4.	Camas Recuperadas y Transformadas Mediante la Estrategia Hospital Sin Ladrillos	152
Tabla IV.5.	Consultas Otorgadas en 6° y 7° Día	155
Tabla IV.6.	Desarrollo de Guías de Práctica Clínica por Institución Pública en el Sector	163
Tabla IV.7.	Sobrevida Estimada con Trasplante Renal	163
Tabla IV.8.	Estimación de Costos por Tipo de Paciente	164
Tabla IV.9.	Costo Estimado de las Tres Opciones Terapéuticas	164
Tabla IV.10.	Procedimientos y Gasto Erogado de Referidos a los HRAE	168
Tabla IV.11.	Ingresos al Sistema Institucional de Residencias Médicas, Ciclo Académico 2011-2012	172
Tabla IV.12.	Contratación de Médicos Especialistas	173
Tabla IV.13.	Detecciones por Mastografía y Mortalidad por Cáncer de Mama Según Grupo de Edad en el IMSS	187
Tabla IV.14.	Ahorro Estimado Derivado de la Operación de PREVENIMSS	193
Tabla IV.15.	Edad Promedio de Muerte por Diabetes Mellitus	197
Tabla IV.16.	Grupo de Intervenciones a Intercambiar en el Acuerdo General de Colaboración	204
Tabla IV.17.	Reporte de Estudios Realizados	206
Tabla IV.18.	Nuevos Hospitales Rurales y Población Beneficiada	208
Tabla IV.19.	Padrón de Beneficiarios del Programa IMSS-Oportunidades	218
Tabla IV.20.	Insumos por Adquirir para la Cadena de Frío	220
Tabla IV.21.	Encuentros Médico-Quirúrgicos a Realizar	222
Tabla IV.22.	Distribución de Plazas por Especialidad para los Servicios Rurales de Salud por Generación	224

V. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Tabla V.1.	Comparativo de las Prestaciones Económicas, Número de Pensiones	227
Tabla V.2.	Comparativo de las Prestaciones Económicas, Monto de Pensión	228
Tabla V.3.	Inscritos	237
Tabla V.4.	Inscritos 2011, Referencia 2010	237
Tabla V.5.	Eventos Nacionales e Internacionales	241
Tabla V.6.	Eventos Nacionales	242
Tabla V.7.	Eventos y Actividades	244
Tabla V.8.	Productividad de los Servicios de Prestaciones Sociales	245
Tabla V.9.	Cuentas Contables de Uso Exclusivo de Prestaciones Sociales	245
Tabla V.10.	Tipo de Alimentos que se Introducen por Régimen	248

Tabla V.11. Equipamiento Instalado en Materia de Protección Civil en las Guarderías del IMSS con Base en los Lineamientos Adoptados en 2010	251
Tabla V.12. Visitas	254
Tabla V.13. Monto de la Ayuda en Efectivo Pagada	255
Tabla V.14. Expansión de Guarderías	256
Tabla V.15. Resultados Operativos y Financieros de los Servicios de Ingreso	262
Tabla V.16. Programa de Actividades del Sistema Nacional de Tiendas IMSS-SNTSS	267
Tabla V.17. Programa de Actividades de los Centros Vacacionales y la Unidad de Congresos del CMN "Siglo XXI"	268
Tabla V.18. Programa de Actividades del Sistema de Velatorios	269

VI. DIRECCIÓN JURÍDICA

Tabla VI.1. Ampliación de Cobertura de TAOD	300
---	-----

VII. DIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

Tabla VII.1. Equipo de Cómputo Adquirido por Dirección Normativa	313
Tabla VII.2. Equipo de Cómputo Solicitado, Asignado y Porcentaje de Atención de Solicitudes por Delegación	314
Tabla VII.3. Comparativo de Servicios Contratados para la Red Privada Virtual	316
Tabla VII.4. Proyectos Estratégicos de la DIDT	318

IX. COORDINACIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Tabla IX.1. Informe de Resultados de Encuestas	328
Tabla IX.2. Recordación de la Campaña PREVENIMSS de Encuestas	328
Tabla IX.3. Actividades de la División de Producción Editorial	331
Tabla IX.4. Actividades de la División de Vinculación con los Estados	337

Índice de Gráficas

I. DIRECCIÓN DE FINANZAS

Gráfica I.1.	Proceso Integral de Inversión de las Reservas y el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual	16
Gráfica I.2.	Evolución del Saldo Contable de las Reservas y el Fondo Laboral	18
Gráfica I.3.	Evolución del Saldo Contable de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral	19
Gráfica I.4.	Evaluación del Desempeño de Corto Plazo de la RGFA	25
Gráfica I.5.	Evaluación del Desempeño de Corto Plazo de las RFA	25
Gráfica I.6.	Evaluación del Desempeño de Corto Plazo de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral	26
Gráfica I.7.	Evaluación del Desempeño de Corto Plazo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral	26
Gráfica I.8.	Proyecciones de los Saldos de las Reservas y Fondos	31
Gráfica I.9.	Evolución del Valor en Riesgo de Mercado durante 2010	33
Gráfica I.9.1.	Reserva General Financiera y Actuarial	33
Gráfica I.9.2.	Reservas Financieras y Actuariales	33
Gráfica I.9.3.	Régimen de Jubilaciones y Pensiones Subcuenta 1	34
Gráfica I.9.4.	Régimen de Jubilaciones y Pensiones Subcuenta 2	34
Gráfica I.10.	Evolución del Valor en Riesgo de Crédito durante 2010	35
Gráfica I.10.1.	Reserva General Financiera y Actuarial	35
Gráfica I.10.2.	Reservas Financieras y Actuariales	35
Gráfica I.10.3.	Régimen de Jubilaciones y Pensiones Subcuenta 1	36
Gráfica I.10.4.	Régimen de Jubilaciones y Pensiones Subcuenta 2	36
Gráfica I.11.	Evolución del Saldo Contable de las Reservas y el Fondo Laboral	46
Gráfica I.12.	Nuevo Esquema de Operación Presupuestaria	65
Gráfica I.13.	Incentivos Conseguidos Respecto a lo Esperado y Cumplimiento de Meta de Trasplantes por UMAE	66
Gráfica I.14.	Inventario de Observaciones en Delegaciones al Primer Trimestre del 2011	72

II. DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN

Gráfica II.1.	Tasas de Crecimiento Anual de Cotizantes, SBC y EMA	77
Gráfica II.2.	Promedios Trimestrales de los Índices de Pago	86

III. DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES

Gráfica III.1.	Evolución del Indicador de Camas por Cada 1,000 Derechohabientes	107
Gráfica III.2.	Incremento en Camas	109
Gráfica III.3.	Porcentaje de Surtimiento de Recetas en Delegaciones	115
Gráfica III.4.	Porcentaje de Surtimiento de Recetas en UMAE	115
Gráfica III.5.	Gasto en Servicios Personales y Ocupación	138
Gráfica III.6.	Porcentaje de Recetas Completamente Surtidas Medidas a Través de la ENSUME	139
Gráfica III.7.	Porcentaje de Satisfacción con los Servicios Médicos	140
Gráfica III.8.	Porcentaje de Satisfacción con los Servicios Médicos	140
Gráfica III.9.	Porcentaje de Satisfacción con los Servicios de Guarderías	141

IV. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Gráfica IV.1.	Procedimientos Quirúrgicos Rezagados y Reducción de la Lista de Espera	158
Gráfica IV.2.	Oportunidad Quirúrgica	159
Gráfica IV.3.	Comportamiento de la Tasa de Mortalidad Materna	160
Gráfica IV.4.	Proyección de Pacientes Candidatos a Trasplante Renal Contra Trasplantes Realizados en el IMSS	165
Gráfica IV.5.	Trasplantes Realizados	166
Gráfica IV.6.	Médicos Especialistas Egresados del IMSS y Médicos Contratados	171
Gráfica IV.7.	Ingresos a Residencias Médicas, Ciclo Académico 2011-2012	172
Gráfica IV.8.	Índice de Atención Preventiva Integrada por Atención Curativa	181
Gráfica IV.9.	Derechohabientes con Atenciones Preventivas Integradas	182
Gráfica IV.10.	Cobertura de Atención Integral PREVENIMSS	182
Gráfica IV.11.	Tendencia de Sobrepeso-Obesidad en Niños Menores de 10 Años	183
Gráfica IV.12.	Mortalidad en Niños Derechohabientes Menores de Cinco Años de Edad	185
Gráfica IV.13.	Cobertura de Detección de Cáncer Cérvico-Uterino en Mujeres de 25 a 64 Años	188
Gráfica IV.14.	Mortalidad por Cáncer Cérvico-Uterino en Mujeres Derechohabientes Mayores de 24 Años	188
Gráfica IV.15.	Detecciones Realizadas en Empresas, Resultados Normales y con Sospecha	189
Gráfica IV.16.	Cobertura de Protección Anticonceptiva Postparto y Postaborto	190
Gráfica IV.17.	Partos de Mujeres en Edad Fértil	191
Gráfica IV.18.	Comportamiento Diario de Casos de Enfermedad Tipo Influenza e Infección Respiratoria Aguda Grave	195
Gráfica IV.19.	Mortalidad General por Tuberculosis Pulmonar	195
Gráfica IV.20.	Tendencia de la Mortalidad por SIDA	196
Gráfica IV.21.	Casos de Fiebre por Dengue y Fiebre Hemorrágica por Dengue	196
Gráfica IV.22.	Comportamiento de la Mortalidad Materna en IMSS-Oportunidades	211
Gráfica IV.23.	Inversión en Vacunas	214
Gráfica IV.24.	Biológicos Incluidos en el Esquema de Vacunación	215
Gráfica IV.25.	Inversión en la Modernización de la Cadena de Frío	215

V. DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Gráfica V.1.	Ingresos y Gastos de los Servicios de Ingreso	261
Gráfica V.2.	Usuarios Atendidos por Servicios de Ingreso	262

VI. DIRECCIÓN JURÍDICA

Gráfica VI.1.	Demandas Notificadas por las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	290
Gráfica VI.2.	Laudos Favorables Notificados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	291
Gráfica VI.3.	Juicios Laborales en Trámite, Radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	291
Gráfica VI.4.	Audiencias Diferidas de las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	291
Gráfica VI.5.	Demandas Notificadas a Nivel Nacional	292
Gráfica VI.6.	Laudos Favorables al IMSS	292
Gráfica VI.7.	Juicios Laborales en Trámite	292
Gráfica VI.8.	Audiencias Diferidas a Nivel Nacional	293
Gráfica VI.9.	Juicios Fiscales en Trámite a Nivel Nacional	293
Gráfica VI.10.	Sentencias a Nivel Nacional en las que se Declara la Nulidad Lisa y Llana de los Actos Impugnados	294
Gráfica VI.11.	Sentencias a Nivel Nacional en las que se Declara la Nulidad para Efectos de los Actos Impugnados	294
Gráfica VI.12.	Sentencias a Nivel Nacional en las que se Declara la Validez de los Actos Impugnados	294
Gráfica VI.13.	Sentido de las Sentencias Emitidas en Juicios de Amparos por el Poder Judicial de la Federación	295

Siglas y Acrónimos

ABC	Costeo Basado en Actividades
AAQR	Áreas de Auditoría, Quejas y Responsabilidades del OIC
AcceDer	Sistema de Acceso a los Derechohabientes
ADIMSS	Acreditación como Derechohabiente del IMSS
AEA	Asignación Estratégica de Activos
AFORE	Administradora de Fondos para el Retiro
AGF	Aportaciones del Gobierno Federal
ANSA	Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria
APF	Administración Pública Federal
ASF	Auditoría Superior de la Federación
Banxico	Banco de México
BI	Business Intelligence
BORHIS	Bonos Respaldados por Hipotecas
CADIT	Centro Automatizado de Distribución de Insumos Terapéuticos
CAICE	Centro de Atención Inmediata para Casos Especiales
CAPAF	Carátula de Captura para Actos de Fiscalización
CAQOD	Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente
CARA	Centro de Atención Rural al Adolescente
CARO	Centro de Atención Rural Obstétrica
CASSAAM	Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores
CCC	Coordinación de Cultura de Calidad
CCDF	Código Civil para el Distrito Federal
CCOSTIC	Centro de Control Operativo de Servicios de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
CCT	Contrato Colectivo de Trabajo
CDV	Cédulas de Diagnóstico de Ventanilla
CEBIS	Centros de Bienestar Social
CECART	Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CEMEX	Cementos Mexicanos

CENATI	Centro Nacional de Tecnologías de la Información
CENATRA	Centro Nacional de Trasplantes
CENETEC	Centro Nacional de Evaluación de Tecnología en Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFC	Comisión Federal de Competitividad
CFE	Comisión Federal de Electricidad
CIF	Comisión de Inversiones Financieras
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
CIIRI	Cédula de Inspección para la Identificación de Riesgos en el IMSS
CIJ	Centro de Integración Juvenil
CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
CME	Cédula Médico Económica
CMN	Centro Médico Nacional
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CNP	Costo Neto del Periodo
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
COCOA	Comité de Control y Auditoría
COFEMER	Comisión Federal de Mejora Regulatoria
COFEPRIS	Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios
CONACAS	Comité Nacional por la Calidad en Salud
CONAMED	Consejo Nacional de Arbitraje Médico
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
COP	Cuotas Obrero-Patronales
CPA	Contadores Públicos Autorizados
CPSyC	Centro de Producción de Servicios y Costos
CRE	Coordinación de Riesgos y Evaluación
CROC	Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos
CSS	Centro de Seguridad Social
CURP	Clave Única de Registro de Población
DAC	Tarifa Doméstica de Alto Consumo
DAED	Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones
DAR	Desarrollo Armónico nuestra Responsabilidad
DF	Dirección de Finanzas
DGAQR	Dirección General Adjunta de Quejas y Reclamaciones
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DIDT	Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico
DIR	Dirección de Incorporación y Recaudación
DJ	Dirección Jurídica

DOF	Diario Oficial de la Federación
DPEF	Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas
EBA	Emisión Bimensual Anticipada
ECE	Expediente Clínico Electrónico
ECO	Emisión de Créditos Fiscales a Patrones Omisos
EMA	Emisión Mensual Anticipada
ENSAT	Encuesta Nacional de Satisfacción
ENSUME	Encuesta Nacional de Surtimiento de Medicamentos
PREI	Sistema de Planeación de Recursos Institucionales
ETI	Enfermedad Tipo Influenza
FCOLCLC	Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual
FIBESO	Fideicomiso de Beneficios Sociales
FIEL	Firma Electrónica Avanzada
FODI	Formación a Distancia
FOFOE	Fondo de Fomento a la Educación
GPC	Guías de Práctica Clínica
GRAA	Grupos Relacionados de Atención Ambulatoria
GRD	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
GTRI	Grupo de Trabajo de Riesgos Institucionales
HGR	Hospital General Regional
HGS	Hospital General de Subzona
HGZ	Hospital General de Zona
HR	Hospital Rural
HRAE	Hospital Regional de Alta Especialidad
IBART	Información Básica Anual de Riesgos de Trabajo
ICERP	Informe de Créditos Enviados y Recibidos en Procuración de Cobro
IDSE	Sistema IMSS Desde Su Empresa
IMCO	Instituto Mexicano para la Competitividad
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-VISTA	Sistema de Información Hospitalaria
INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
IP	Incapacidades Permanentes
IPN	Instituto Politécnico Nacional
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
IRC	Insuficiencia Renal Crónica
ISR	Impuesto Sobre la Renta

ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
JDSJ	Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos
JFCA	Junta Federal de Conciliación y Arbitraje
JSPM	Jefaturas de Servicios de Prestaciones Médicas
LAASSP	Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
LFT	Ley Federal del Trabajo
LFTIPG	Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
LGG	Ley General de Guarderías
LIF	Ley de Ingresos de la Federación
LISR	Ley de Impuesto Sobre la Renta
LOPSRM	Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas
LSS	Ley del Seguro Social
LyFC	Luz y Fuerza del Centro
mdp	Millones de pesos
MEFHADIC	Modelo de Evaluación y Fortalecimiento de Habilidades Directivas para la Competitividad
MIP	Modelos de Indicadores de Planeación
MIPYMES	Micro, Pequeñas y Medianas Empresas
MIR	Matriz de Indicadores de Resultados
MOCERI	Modelo de Competitividad, Efectividad y Resultados Institucionales
MORAI	Módulos de Recepción y Atención Integral
MTI	Modelo de Tecnologías de la Información
NAFINSA	Nacional Financiera, S. A.
NECE	Nuevo Expediente Clínico Electrónico
NEIFGSP	Norma Específica de Información Financiera Gubernamental para el Sector Paraestatal
NIF	Normas de Inversión Financiera
NIFG	Normas de Información Financiera Gubernamental
NPIE	Número Patronal de Identificación Electrónica
NSS	Número de Seguridad Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIC	Órgano Interno de Control
P1M	Pago a Primer Mes
P2M	Pago a Segundo Mes
PAACR	Programa Anual de Administración y Constitución de Reservas
PAAV	Planes de Acción de Mejora para la Atención en Ventanilla
PAC	Programa de Actualización de la Clasificación
PACFD	Proveedor Autorizado de Comprobantes Fiscales Digitales
PADP	Programa de Austeridad y Disciplina Presupuestaria
PAE	Procedimiento Administrativo de Ejecución

PAI	Programa de Aseguramiento Integral
PAO	Parque Acuático Oaxtepec
PARI	Programa de Administración de Riesgos Institucionales
PARO	Puestos de Alto Riesgo Operativo
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda
PbR-SED	Presupuesto basado en Resultados y el Sistema de Evaluación del Desempeño
PCP	Pensiones en Curso de Pago
PDHO	Programa Desarrollo Humano Oportunidades
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIMG	Programa Institucional de Mejora de la Gestión
PLACE	Plan de Cuidado de Enfermería
PMG	Programa de Mejora de la Gestión
PNACJ	Programa Nacional de Atención y Control de Juicios
PO	Pago Oportuno
PPE	Programa Primer Empleo
PREA	Programa de Envejecimiento Activo
PreDiSenCaDi	Prevención de la Discriminación/Sensibilización/Difusión
PREI	Sistema de Planeación de Recursos Institucionales
PREVENIMSS	Programas Integrados de Salud
PROCE	Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C. V.
PROFEDET	Procuraduría de la Defensa del Trabajo
PROMADYP	Programa de Modernización para la Administración de Derechohabientes y las Prestaciones del IMSS
QUIJOTE	Sistema Integral de Información de la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente
RENAPO	Registro Nacional de Población
RENIECyT	Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas
REPOMER	Proyecto de Generación de Reportes
RFA	Reservas Financieras y Actuariales
RFC	Registro Federal de Contribuyentes
RGFA	Reserva General Financiera y Actuarial
RIIMSS	Reglamento Interior del IMSS
RJP	Régimen de Jubilaciones y Pensiones
RO	Reservas Operativas
ROCF	Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento
ROCO	Reconocimiento Oficial de la Competencia Ocupacional
RPV	Red Privada Virtual

RSSOTCOTD	Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado
SAE	Servicio de Enajenación y Administración de Bienes
SAOR	Sistema de Administración de Ofertas y Resoluciones
SAT	Sistema de Administración Tributaria
SATIC	Sistema de Afiliación de los Trabajadores de la Industria de la Construcción
SBC	Salario Base de Cotización
SCIAN	Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SEI	Sistema Ejecutivo de Información
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
SFP	Secretaría de la Función Pública
SGPS	Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIAG	Sistema de Información y Administración de Guarderías
SIAP	Sistema de Administración de Personal
SICEH	Sistema de Información de Consulta Externa Hospitalaria
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIEVOPIN	Sistema de Evaluación Operativa Integral
SIGEDI	Sistema de Información de Gestión Directiva
SIIPP-G	Sistema de Información Integral de Padrones de Programas Gubernamentales
SIMAV	Sistema de Mejora a la Atención en Ventanilla
SIMF	Sistema Integral de Medicina Familiar
SINADI	Sistema Nacional de Dictamen
SINAPROC	Sistema Nacional de Protección Civil
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SIPARE	Sistema de Pago Referenciado
SIPRO	Sistema de Información de Procesos Operativos en Tiendas
SIPS	Sistema de Información de Prestaciones Sociales
SIPSI	Sistema de Información de Prestaciones Sociales Institucionales
SIRI	Sistema de Información y Reacción Inmediata
SISTRAP	Sistema de Trámite de Pensiones
SIV	Seguro de Invalidez y Vida
SIVEPA	Sistema de Verificación de Pagos
SNTSS	Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social
SPPSTIMSS	Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SRCV	Seguro de Retiro, Cesantía y Vejez

SRT	Seguro de Riesgos de Trabajo
SSC	Sistema de Seguimiento de Casos
SSFAM	Seguro de Salud para la Familia
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
SUA	Sistema Único de Autodeterminación
SUDI	Sistema Único de Dictamen
SUMA	Sistema Unificado de Medios Audiovisuales
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
TAOD	Técnica en Atención y Orientación al Derechohabiente
TATA	Programa de Teleasistencia y Telealarma
TELMEX	Teléfonos de México
TFJFA	Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicaciones
TIIE	Tasa de Interés Interbancaria de Equilibrio
TITAN	Transformación Integral de Trámites de Atención al Derechohabiente y Normatividad
UA	Unidad de Administración
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
UD	Unidad Deportiva
UDI	Unidad de Inversión
UED	Unidad de Evaluación de Delegaciones
UIF	Unidad de Inversiones Financieras
UMAA	Unidad Médica de Atención Ambulatoria
UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad
UMF	Unidad de Medicina Familiar
UMR	Unidad Médica Rural
UMU	Unidad Médica Urbana
UOPSI	Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales
UPS	Unidad de Energía Ininterrumpida
UVI	Unidad de Vinculación
VaR	Valor en Riesgo
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano
vr	Valor de Referencia

