

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

**Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social**

Auditoría Combinada de Cumplimiento y Desempeño: 2021-1-19GYR-21-0160-2022

Modalidad: Presencial

Núm. de Auditoría: 160

***Criterios de Selección***

Esta auditoría se seleccionó con base en los criterios establecidos por la Auditoría Superior de la Federación para la integración del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2021 considerando lo dispuesto en el Plan Estratégico de la ASF.

***Objetivo***

Fiscalizar la razonabilidad del diseño, implementación y eficacia del Sistema de Control Interno Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social, y de los elementos de Gobernanza ejercidos por los Órganos de Gobierno y la Administración relativos a la eficiencia, la eficacia y la economía de sus operaciones, a fin de verificar la consecución de los objetivos y las metas institucionales, el cumplimiento del marco jurídico y normativo aplicable, la confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información, la transparencia, la rendición de cuentas, la salvaguarda de los activos y la aplicación de las mejores prácticas, para en su caso, sugerir estrategias de mejora para el fortalecimiento y contribución de la gestión pública.

***Alcance***

La auditoría comprendió la revisión y análisis de los elementos de Gobernanza y del Sistema de Control Interno Institucional (SCII) del IMSS correspondientes a la Cuenta Pública 2021, bajo dos enfoques principales, integral y vertical, que permitieron revisar la estructura, atribuciones y funciones de la Asamblea General, el Consejo Técnico y sus comités auxiliares, los órganos colegiados (Consejos Consultivos de las Delegaciones y Juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad) y la Administración; y de manera complementaria con un enfoque transversal, la participación de éstos en el diseño, implementación y mejora continua de un SCII eficiente, eficaz, íntegro y dinámico, asentado en una administración de riesgos.

### ***Antecedentes***

La base constitucional del seguro social en México se encuentra en el artículo 123, fracción XXIX, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM),<sup>1</sup> el cual consideró de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social (LSS); en consecuencia, el 19 de enero de 1943 se expidió dicha ley para garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo; junto a ello se creó el IMSS como organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios; de integración operativa tripartita, debido a que en el mismo concurren los sectores público, social y privado; con el propósito de administrar los distintos ramos del seguro que prevé la LSS y fomentar la salud de la población trabajadora asegurada y de sus familias, de los pensionados y de los estudiantes, de manera integral.

Entre 2000 al 2017, se impulsaron reformas a la LSS que perfeccionaron la autonomía fiscal del Instituto, lo dotaron de mayores facultades presupuestarias, modernizaron la gestión del Consejo Técnico y se fortaleció la transparencia y la rendición de cuentas.

Los artículos 2°, 4° y 5° de la LSS, vigente en 2021, establecieron que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo; así como, el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado mexicano; que el “seguro social” es el instrumento básico de la seguridad social y que la organización y administración están a cargo del IMSS. Además el artículo 6° establece que el seguro social comprende el régimen obligatorio (persona afiliada por su patrón por tener una relación laboral que obligue a su aseguramiento) y el régimen voluntario (la afiliación es producto de una decisión individual o colectiva). El Título Cuarto de la LSS establece las atribuciones, patrimonio y administración del Instituto; asimismo, indica que la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y la Dirección General son los Órganos Superiores del IMSS.

### ***Resultados***

#### **1. Planeación Estratégica del IMSS**

Con el objetivo de comprobar que, en 2021, el IMSS contó con un plan o programa estratégico o sus equivalentes, en el que estableció los objetivos, las metas, las estrategias y las acciones puntuales para los procesos sustantivos; midió y dio seguimiento a dicho plan o programa; así como verificar que el documento se vinculó a la consecución de los principios, los ejes, los objetivos y las metas previstos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 y los programas sectoriales y especiales, el equipo auditor solicitó a la entidad fiscalizada, con el oficio número AED/DGAESCI/002/2022 del 4 de enero de 2022, el Programa Institucional del

---

<sup>1</sup> 1<sup>a</sup> Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 6 de septiembre de 1929.

Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024 (PIIMSS) autorizado y vigente en 2021, vinculado con el PND 2019-2024 y los programas sectoriales respectivos; los informes de actividades y los programas de labores correspondientes al ejercicio fiscal de 2021.

En respuesta, el IMSS proporcionó la información y documentación solicitada, con el oficio número 09 9001 600 0200/024/2022 del 27 de enero de 2022, en el análisis se verificó que el PIIMSS guardó congruencia con lo previsto en el PND 2019-2024; sin embargo, no estableció la vinculación con el Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Además, se observó que el IMSS mostró deficiencias en la definición e integración de los criterios de gobernanza que le permitieran proporcionar elementos suficientes para la definición, formulación y elaboración integral y homóloga de planes, directrices y rutas de acción en temas prioritarios y coyunturales, así como la detección de necesidades y el nivel de satisfacción integral sobre los servicios otorgados para el bienestar individual y colectivo en sus Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, subdelegaciones, unidades administrativas, médicas y sociales que impidieron consolidar un cuerpo documental de alcance institucional en materia de planeación que fuera articulado, sujeto de supervisión, evaluación y seguimiento que mostrara el alcance de las actividades en todos sus niveles y permitiera garantizar la vinculación de los planes y programas de trabajo con su estrategia institucional, sectorial y nacional. Lo antes descrito, se sustentó con las pruebas de fiscalización que se detallan a continuación:

#### **A. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024**

Se identificó que el PND 2019-2024<sup>2</sup> fue el instrumento de planeación estratégica de mediano plazo, el cual definió 12 principios rectores, 3 ejes generales y 34 objetivos centrales. En ese orden de ideas, el equipo auditor verificó que el IMSS vinculó el PIIMSS 2020-2024 con el principio rector 7 “No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera” y al eje general II “Política Social”. Asimismo, se verificó que el PIIMSS 2020-2024 incluyó el apartado “5. Análisis del estado actual”, en el que se señaló que el Instituto coadyuvará con dicho principio rector por medio de las siguientes acciones:

a. Implementación de mecanismos de atención prioritaria para favorecer y garantizar la incorporación a la vida económica, política y social de grupos históricamente discriminados, como son las personas con discapacidad, la población indígena, los trabajadores agrícolas, trabajadoras del hogar y la población LGBTTI+<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2018.

<sup>3</sup> Lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti e intersexual, PIIMSS 2020-2024. Página 5.

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

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

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

#### **B. Programa Sectorial de Salud 2020-2024**

Se identificó que el Programa Sectorial de Salud<sup>4</sup> (PSS) 2020-2024 está a cargo de la Secretaría de Salud y se deriva del PND 2019-2024, es el documento que encabeza la política nacional en materia de salud y de coordinación de los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades del sector público, incluido el IMSS, los agrupamientos por funciones y programas afines. Se identificó que el documento define 6 objetivos prioritarios, 26 estrategias prioritarias y 201 acciones puntuales, para materializar el derecho a la protección de la salud, teniendo como objetivo prioritario el acceso efectivo, universal y gratuito a la salud.

Al respecto, el IMSS no acreditó la vinculación del PIIMSS 2020-2024 con el PSS 2020-2024, por lo que el equipo auditor entrevistó a los servidores públicos de la Dirección Normativa de Planeación Estratégica Institucional (DPEI)<sup>5</sup>, quienes señalaron que el Instituto integró la información relacionada principalmente con las prestaciones médicas, referente a las acciones puntuales de las actividades sustantivas del IMSS para la integración del Informe de Labores de la Secretaría de Salud 2021, y de los cuales proporcionaron evidencia de los oficios de 2021 referentes a la designación de los enlaces para la integración del “Apartado de Salud del Tercer Informe de Labores 2021” y del “Tercer Informe de Gobierno” y 20 correos electrónicos en los que la Titular de la DPEI estableció acciones de comunicación con las áreas del IMSS y la Secretaría de Salud para coadyuvar con la integración de la información para el Tercer Informe de Labores 2020-2021; dicha información se relacionó con 5 objetivos

---

<sup>4</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de agosto de 2020.

<sup>5</sup> Documentada mediante Acta Administrativa circunstanciada número 008/CP2021 de fecha 9 de septiembre de 2022 y Acta Circunstanciada número 022/CP2021 de fecha 7 de octubre de 2022.

prioritarios, 8 estrategias prioritarias y 11 acciones puntuales<sup>6</sup> concernientes con el área médica; no obstante, las actividades realizadas por el IMSS no se vincularon con el PSS 2020-2024, por lo que no se dio observancia a lo previsto en los artículos 17, fracción II, y 24 de la Ley de Planeación (LP); el artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Segunda y Tercera, Administración de Riesgos y Actividades de Control, Principios 6 y 12, elementos de control 6.01, 6.02, 6.03, 6.05, y 12.02, del Acuerdo de Control Interno, y del apartado de “Objetivos de la Institución” del Marco Integrado de Control Interno.

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS, por conducto de la Dirección de Finanzas y por medio del oficio número 0952 8061 4B30/01/0005/2023 del 6 de enero de 2023, informó que publicó el PIIMSS 2020-2024 en junio de 2020, para atender la instrucción de la SHCP, por lo que la no vinculación obedeció a que el programa sectorial fue publicado por la Secretaría de Salud en agosto de 2020. No obstante, lo señalado por el IMSS no justifica la falta de vinculación entre ambos documentos en 2021, por lo que la observación persiste.

### **C. Planeación Estratégica Institucional del IMSS**

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

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

---

<sup>6</sup> Matriz de Apartaciones del Tercer Informe de Labores 2020-2021: 1.1.6. Promover la vinculación interinstitucional para la integración del Sistema Nacional de Salud; 1.5.8. Fortalecer los servicios de rehabilitación no hospitalaria realizados por medio de los Centros de Rehabilitación para atender a población con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla, favoreciendo su inclusión educativa, laboral y social; 1.6.3. Fomentar la realización de compras consolidadas a efecto de obtener mejores condiciones económicas por el volumen de compras; 1.6.4. Sistematizar el monitoreo y el control de abasto de medicamentos e insumos para asegurar su disponibilidad en todo el sistema público de salud; 2.1.1. Homologar el modelo de atención en primer nivel conforme al modelo APSI, para mejorar la atención y compartir las tareas de educación, promoción y prevención de la salud; 2.5.2. Capacitar y sensibilizar en materia de atención integral a víctimas, derechos indígenas interculturalidad, derechos humanos, igualdad de género y no discriminación a personal directivo y encargado de la atención directa de población en condición de vulnerabilidad para prevenir la revictimización; 3.2.1. Consolidar la contratación de personal necesario, debidamente capacitado para la prestación de los servicios de salud y asistencia social; 3.2.3. Avanzar progresivamente hacia la uniformidad de las estructuras orgánicas de todas las instituciones en lo referido a los servicios de salud, médicos y de asistencia social; 4.4.5. Implementar campañas de difusión en los centros de trabajo sobre los servicios de consulta y detección temprana de enfermedades para su prevención; 5.4.6. Fortalecer el modelo integral de asistencia social, para la promoción del desarrollo integral y cuidado cariñoso y sensible a las necesidades de niñas y niños; y 5.4.10. Fortalecer las campañas y mecanismos relacionados con la provisión de cuidados de niñas y niños para garantizar su salud y sano desarrollo en los primeros años de vida.

- a. Se realizó en términos del artículo 26 Bis de la LP.
- b. El programa se vinculó con el PND 2019-2024 por medio del principio rector “7. No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera” y al eje general “II. Política Social”.
- c. Se definieron 6 objetivos prioritarios, 26 estrategias prioritarias y 114 acciones puntuales enfocadas en las personas derechohabientes y usuarias.
- d. En el numeral “8. Metas para el bienestar y Parámetros” del PIIMSS 2020-2024, se incluyeron 6 metas para el bienestar y 12 parámetros, para dar seguimiento a los objetivos prioritarios establecidos en el programa; aplicación de método de cálculo del indicador para la obtención del valor de la línea base; el valor de línea base y las metas; las metas intermedias, así como la serie histórica de la meta para el bienestar o parámetro.
- e. El Programa no consideró, ni vinculó los 6 objetivos prioritarios, 26 estrategias prioritarias y 201 acciones puntuales con los establecidos en el PSS 2020-2024.

#### **Planeación estratégica del IMSS con base en la percepción social**

Se identificó que el IMSS, en la función 2, de los numerales 7.1.3.2 y 7.1.3.3, del Manual de Organización de la DPEI, vigente en 2021, facultó a las Divisiones de Información y Procesos Estadísticos, y de Investigación y Estudios de Usuarios de contribuir a la integración de un Sistema Institucional de Percepción Social (SPS-IMSS) y, con ello, disponer de insumos para apoyar el proceso de planeación y transformación del Instituto; es decir, definir la base para el diseño de la planeación estratégica institucional del IMSS. Al respecto, el equipo auditor verificó que, en 2021, la DPEI contó con el proyecto estratégico denominado SPS-IMSS, como un mecanismo que integra las opiniones de los diferentes usuarios del Instituto como instrumento de cambio y transformación, el cual fue elaborado por medio del levantamiento de encuestas y de estudios para escuchar a los derechohabientes y, con ello, crear estadísticas que tuvieron como objetivo integrar las diversas visiones de la percepción en el ámbito médico, social y operativo; establecer un documento que contenga las directrices institucionales que permitan la planeación estratégica del IMSS a corto, mediano y largo plazos. Adicionalmente, mencionó que dicho proceso se vinculó con el Objetivo Prioritario 6<sup>7</sup> del PIIMSS 2020-2024.

El equipo auditor identificó que, en 2021, el Instituto publicó los resultados de dos encuestas y dos estudios: 1) Encuesta Nacional de Imagen Institucional del IMSS<sup>8</sup> (ENII-IMSS), 2)

---

<sup>7</sup> Objetivo Prioritario 6. Garantizar que el Instituto cuente con los mecanismos para conocer las necesidades y atender las demandas de la población derechohabiente y usuaria. Página 45.

<sup>8</sup> Encuesta aplicada en línea del 22 de abril al 10 de mayo de 2021. Consultado el 4 de noviembre de 2022 en el Apartado de Estudios Nacionales de Calidad del Portal Institucional de IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENII/2021-ENII-IMSS.pdf>

Encuesta de percepción sobre algunos aspectos de medicina preventiva (ENMP-IMSS)<sup>9</sup>, 3) Estudio Cualitativo con personal directivo de unidades médicas de los tres niveles de atención del IMSS<sup>10</sup> y 4) el Estudio Cualitativo con personal directivo de guarderías directas del IMSS<sup>11</sup>.

Con la revisión de estos documentos se determinó lo siguiente:

- a. En ninguno se definió la vinculación con los objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y las acciones puntuales establecidos en el PIIMSS 2020-2024.
- b. En la ENII-IMSS se observó que dicha encuesta se relacionó con temas como la actuación del IMSS durante la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19); posibles prácticas de corrupción, transparencia y condicionamiento de servicios, y atención médica en consultorios de farmacias privadas, entre otros; la cual se basó en la aplicación de 25,142 encuestas efectivas enviadas por correos electrónicos; lo anterior representó el 3.6% de los 707,427 correos enviados y el 0.035% de los 71,579,550 <sup>12</sup> derechohabientes que integraron la población<sup>13</sup> del IMSS en 2021. Los resultados de la encuesta revelaron que el 58.0% de los entrevistados consideró como excelente o buena la actuación del Instituto ante la contingencia sanitaria; los principales motivos de insatisfacción de los derechohabientes por los servicios otorgados fueron los largos tiempos de espera, la falta de personal médico y especialista y la falta de medicamentos y maltrato del personal. En relación con la transparencia y posibles acciones de corrupción se identificó que los resultados arrojaron que el 37.0% de los derechohabientes y usuarios creen que los servidores públicos del IMSS atienden primero a sus amigos, familiares y conocidos (trato inequitativo).
- c. En la ENMP-IMSS se identificó que tuvo como objetivo conocer el grado de satisfacción de las personas encuestadas con los servicios que recibieron en las unidades médicas y las unidades de PrevenIMSS; identificar las acciones que llevaron a cabo las personas para el cuidado de su salud y la detección de enfermedades crónicas, la vacunación contra el COVID-19 y las acciones que llevaron a cabo para evitar el contagio; así como analizar el conocimiento de los derechohabientes sobre los logros y las problemáticas

---

<sup>9</sup> Memoria Estadística 2021. Encuesta aplicada bajo la modalidad en "línea" del 14 al 30 de septiembre de 2021. Consultado el 4 de noviembre de 2022 en el Apartado de Estudios Nacionales de Calidad del Portal Institucional de IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENII/2021-Encuesta-Percepcion-MedicinaPreventiva.pdf>.

<sup>10</sup> Estudio realizado en 2021 por la empresa Enkoll S.A de C.V Licitación Pública Nacional Electrónica Núm. LA-050GYR019-E180-2021 Consultado el 4 de noviembre de 2022 en el Apartado de Estudios Nacionales de Calidad del Portal Institucional de IMSS, <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/EC/2021-EC-Unidades-Medicas.pdf>.

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

<sup>12</sup> Memoria Estadística 2021. Capítulo II. Población Derechohabiente. Consultado el 4 de noviembre de 2022 en el Portal Institucional de IMSS, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2021>.

<sup>13</sup> Población derechohabiente, que incluyó Asegurados, Familiares de asegurados, pensionados totales y familiares de pensionados. Memoria Estadística 2021. Capítulo II. Población Derechohabiente. Consultado el 4 de noviembre de 2022 en el Portal Institucional de IMSS, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2021>.

del Instituto. La encuesta fue elaborada con base en 25,523 encuestas efectivas aplicadas por correos electrónicos, lo que representó el 4.6% de los 555,530 correos enviados y el 0.036% de la población derechohabiiente del IMSS durante 2021. Entre los resultados más representativos, la encuesta señaló que el 61.0% de las personas manifestaron satisfacción en los servicios recibidos; un poco más de una tercera parte de los encuestados percibieron la mala atención médica o mal trato como el principal problema del IMSS para proporcionar servicios de salud de calidad y así cumplir con las expectativas de las personas usuarias; además de la falta de medicamentos, la entrega de medicamentos de baja calidad o falta de vacunas.

- d. El Estudio cualitativo con personal directivo de las unidades médicas de los tres niveles de atención del IMSS tuvo como objetivo conocer las opiniones y percepciones del personal directivo de los servicios de las unidades médicas. El estudio se realizó en las regiones centro-norte, centro-sur, nor-occidente y nor-este por medio de 8 sesiones de grupo y 13 entrevistas a profundidad en temas relacionados con el impacto de la pandemia causada por el COVID-19 y la percepción sobre la calidad en el servicio. El estudio destacó que los centros de trabajo enfrentaron cinco problemas como fue el desabasto de medicamentos e insumos, el incremento en la demanda de consultas y servicios, la falta de personal administrativo y de especialidades médicas, la mala atención del personal de áreas no médicas y el malestar creciente de los derechohabientes ante las carencias del servicio.
- e. El Estudio cualitativo con personal directivo de guarderías directas del IMSS estableció como objetivo conocer las opiniones y percepciones del personal directivo del servicio de guardería, el cual se elaboró con base en 4 sesiones de grupo con directivas de las guarderías ubicadas en CDMX-Sur, CDMX-Norte, Monterrey Guadalajara, y 7 entrevistas con directivas de las guarderías de Chihuahua, Culiacán, La Paz, Mérida, Monclova, Puebla y Veracruz. El estudio puntualizó que las directivas señalaron que los cambios detectados en los últimos tres años se relacionaron con el incremento de la carga de trabajo; inconformidades entre algunos padres de familia porque no cumplieron con las reglas, los requisitos y las normativas; algunas guarderías tuvieron sobre población; la mayoría de las guarderías tuvieron grandes listas de espera; y los derechohabientes prefieren las guarderías con horario extendido, por lo que tienen alta demanda.

En el análisis de las encuestas y los estudios, el equipo auditor identificó poca representatividad en los resultados obtenidos que permitieran al IMSS obtener una percepción integral en el ámbito médico, social y operativo, que coadyuvaran como insumos de apoyo para el proceso de planeación y transformación del Instituto, ya que se observaron sesgos en la aplicación, en la temporalidad de las encuestas, alta tasa de no respuesta y la falta de aplicación de factores de expansión<sup>14</sup>; por lo que se concluye que, durante 2021, el IMSS no realizó investigaciones, estudios ni encuestas para conocer las necesidades y el nivel de satisfacción integral de los derechohabientes, relacionados con los diversos servicios

---

<sup>14</sup> Magnitud de representación que cada selección posee para describir una parte del universo de estudio.

otorgados mediante las prestaciones económicas y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, como actividades culturales, deportivas, de promoción de la salud, de capacitación y adiestramiento técnico; así como las tiendas, centros vacacionales y velatorios; asimismo, los resultados de los diversos estudios y encuestas del SPS - IMSS no incluyeron la vinculación con la definición de los objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y las acciones puntuales establecidos en el PIIMSS 2020-2024; lo anterior, infringió lo dispuesto en la función 2, de los numerales 7.1.3.2 y 7.1.3.3, del Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional, vigente en 2021.

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

#### **D. Gobernanza en materia de planeación estratégica en el IMSS**

Con el propósito de verificar los mecanismos de dirección, control y supervisión en materia de planeación estratégica de la DPEI y de la Dirección de Finanzas con las direcciones normativas, los Órganos Administrativos Desconcentrados (OOAD), las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE); las Unidades Médicas de 1<sup>er</sup> y 2<sup>do</sup>. Nivel, y las demás unidades operativas del IMSS para implementar el proceso de planeación, el equipo auditor llevó a cabo entrevistas y pruebas de control (visitas domiciliarias)<sup>15</sup> en la Dirección de Finanzas, la DPEI y en los OOAD Estatales de Chihuahua y Chiapas<sup>16</sup>. El resultado se muestra a continuación:

##### Nivel Central

Se verificó que la División de Políticas de Asignación Presupuestal (adscrita a la Dirección de Finanzas) y la DPEI fueron las encargadas de la integración y seguimiento del PIIMSS 2020-2024 y de cumplir los requerimientos de la SHCP y de la Secretaría de Salud en materia de planeación nacional y sectorial; sin embargo, se observó que dichas áreas únicamente concentraron la información que cada Dirección Normativa<sup>17</sup> aportó, y no definieron, ni formularon, tampoco establecieron y no midieron la contribución al PIIMSS 2020-2024 y al PSS 2020-2024, lo que demostró que el IMSS contó con una planeación estratégica estratificada, ya que las Direcciones Normativas fueron las responsables del establecimiento

---

<sup>15</sup> Notificadas al IMSS mediante el Oficio Número DGAESCI/175/2022 de fecha del 21 de septiembre de 2022.

<sup>16</sup> Documentadas mediante Actas Administrativas Circunstanciadas de Auditoría números 024/CP2021 y 026/CP2021, suscritas el 13 y 27 de octubre de 2022, respectivamente.

<sup>17</sup> Direcciones de Prestaciones Médicas, Prestaciones Económicas y Sociales, de Administración, de Incorporación y Recaudación Jurídica, de Innovación y Desarrollo Tecnológico, de Finanzas, de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones y de Planeación Estratégica Institucional.

de la planeación estratégica y vinculación en materia nacional y sectorial, por lo que las áreas facultadas para la planeación estratégica no proporcionaron los elementos para la definición, formulación y elaboración de la política institucional, las estrategias, los objetivos, indicadores y las metas, para la implementación de los planes, directrices y rutas de acción en temas prioritarios y coyunturales de forma integral y vinculante a todas las áreas del IMSS, como se señaló en los apartados anteriores, por lo que se observó la falta de coordinación de las distintas áreas participantes y que los esfuerzos de éstas se concentraron en documentar la congruencia de la formulación del PIIMSS 2020-2024 y el cumplimiento de los requerimientos de la SHCP y de la Secretaría de Salud.

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

#### A nivel de las Unidades Estatales de Chihuahua y Chiapas

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

Por lo anterior, se constató que el IMSS no contó con mecanismos suficientes para garantizar la vinculación de las diversas delegaciones, subdelegaciones y unidades administrativas, médicas y sociales al proceso de planeación estratégica institucional, por

lo que no se aseguró el cumplimiento de los objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y las acciones puntuales del PIIMSS 2020-2024.

#### Seguimiento del PIIMSS 2020-2024

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

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

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS, por conducto de la Dirección de Finanzas y por medio del oficio número 0952 8061 4B30/01/0005/2023 del 6 de enero de 2023, proporcionó un archivo en formato Excel que incluyó las acciones puntuales del PIIMSS 2020-2024 y las actividades para su seguimiento; sin embargo, no se proporcionó evidencia del cumplimiento de las actividades que el IMSS realizó para cumplir las acciones puntuales y, con ello, los objetivos y estrategias definidos, por lo que la observación persiste.

En la revisión del Informe sobre el avance y los resultados obtenidos durante el ejercicio fiscal 2021 del PIIMSS 2020-2024 (Avances y Resultados 2021), el equipo auditor constató que el IMSS presentó los “Avances” de los 6 objetivos prioritarios, las “Actividades relevantes” de las 26 estrategias prioritarias establecidos en el PIIMSS 2020-2024; no obstante, no presentó

los avances y resultados de las 114 acciones puntuales enfocadas en las personas derechohabientes y usuarias.

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

### **Conclusión**

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

### **2021-1-19GYR-21-0160-01-001 Recomendación**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social elabore e implemente un lineamiento o criterios específicos que definan la coordinación para el seguimiento de las acciones establecidas en el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social que corresponda, e incluya las áreas responsables, los tramos de control y los medios de comunicación y el seguimiento; y que establezca la coordinación de las Direcciones Normativas, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, Subdelegaciones, Unidades Administrativas, Médicas y Sociales, a fin de contar con documentos que aseguren el seguimiento a las acciones para el logro de sus objetivos así como los parámetros de medición de los resultados, en alineación con el Plan Nacional de Desarrollo, los Programas Sectoriales así como Especiales y demás planes y programas institucionales en términos de los artículos 17, fracción II, 24 y 26 Bis de la Ley de Planeación; las funciones sustantivas 1 y 3, numeral 8.1.10, del Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social; la función 10, numeral 7.1.1, del Manual de Organización de la Dirección de Planeación

Estratégica Institucional; las funciones 1, 2 y 3, numeral 7.1.3.2.2, del Manual de Organización de la Dirección de Finanzas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### 2021-1-19GYR-21-0160-01-002 Recomendación

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

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

## 2. Órganos de Gobierno del IMSS

Los Órganos de Gobierno y la Alta Dirección tienen en conjunto la responsabilidad de establecer los objetivos del IMSS, definir las estrategias para alcanzar esos objetivos y establecer estructuras de gobernanza y procesos para administrar de mejor modo los riesgos frente al logro de los objetivos.<sup>18</sup>

El análisis de la integración y funcionamiento de los Órganos de Gobierno y la Alta Dirección constituye una aproximación para la medición de su contribución a la efectividad del funcionamiento de la estructura de Gobierno Corporativo, generando valor a las organizaciones. Para desarrollar un modelo de evaluación de los Órganos de Gobierno y la Alta Dirección se requiere verificar los elementos de cumplimiento incluidos en el marco

---

<sup>18</sup> Responsabilidad de los Titulares y la Alta Dirección sobre el Control Interno, disponible en: [https://www.asf.gob.mx/uploads/179\\_Sensibilizacion\\_en\\_Materia\\_de\\_Control\\_Interno/10.\\_RESPONSABILIDADES\\_DE\\_LOS\\_TITULARES\\_EN\\_EL\\_CONTROL\\_INTERNO.pdf](https://www.asf.gob.mx/uploads/179_Sensibilizacion_en_Materia_de_Control_Interno/10._RESPONSABILIDADES_DE_LOS_TITULARES_EN_EL_CONTROL_INTERNO.pdf)

jurídico y normativo de éstos; considerando las responsabilidades y funciones que debe desempeñar cada órgano para determinar el nivel de adhesión a la norma.<sup>19</sup>

De conformidad con el Componente Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso, puntos de interés 1.01, 1.02, 1.03, 1.04 y 1.05, y Principio 2, Ejercer la Responsabilidad de Vigilancia, puntos de interés 2.01 y 2.04, del Marco Integrado de Control Interno (MICI)<sup>20</sup>, el Órgano de Gobierno, el Titular y la Administración deben mostrar una actitud de respaldo y compromiso con la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento; asimismo, deben guiar mediante el ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución. Deben establecer la actitud de respaldo por medio de su actuación y ejemplo, lo cual es fundamental para lograr un control interno apropiado y eficaz. En las instituciones más grandes, los distintos niveles administrativos en la estructura organizacional también pueden establecer la “actitud de respaldo de la Administración”, las directrices, actitudes y conductas del Órgano de Gobierno y del Titular deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en la institución. De igual manera, deben reforzar el compromiso de hacer lo correcto y no sólo de mantener un nivel mínimo de desempeño para cumplir con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, a fin de que estas prioridades sean comprendidas por todas las partes interesadas, tales como reguladores, empleados y el público en general, (...) sin una sólida actitud de respaldo de éstos para el control interno, la identificación de riesgos puede quedar incompleta, la respuesta a los riesgos puede ser inapropiada, las actividades de control pueden no ser diseñadas o implementadas apropiadamente, la información y la comunicación pueden debilitarse; asimismo, los resultados de la supervisión pueden no ser comprendidos o pueden no servir de base para corregir las deficiencias detectadas. El Órgano de Gobierno y el Titular son responsables de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables y la estructura y características de la institución (...).

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

El artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso, elementos de control 1.01, 1.02, 1.03 y 1.06, y Principio 2, Ejercer la responsabilidad de vigilancia, elementos de control 2.01, 2.03 y 2.06,

---

<sup>19</sup> Texto elaborado por el equipo auditor con base en VI. Las responsabilidades del consejo de administración, OECD (2016), Principios de Gobierno Corporativo de la OCDE, OECD Publishing, Paris, disponible en <https://doi.org/10.1787/9789264259171-es>.

<sup>20</sup> Auditoría Superior de la Federación y Secretaría de la Función Pública, Marco Integrado de Control Interno, México 2017.

del Acuerdo de Control Interno, establecen que: El Titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno deben demostrar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento. (...) El Titular, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno deben guiar por medio del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución.

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

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

El artículo 257 de la LSS establece que los órganos superiores del Instituto son la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia, y la Dirección General.

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

El lineamiento 1.8 Comités del Consejo Técnico. Integración y Funcionamiento, de los Lineamientos Operativos del Consejo Técnico<sup>21</sup> señala que los comités son instancias intermedias creadas como mecanismos para apoyar al Consejo Técnico en sus funciones; se integrarán preferentemente por consejeros titulares o suplentes, manteniendo siempre la representación de los sectores obrero, patronal y del Instituto; la coordinación de los comités deberá recaer en los Directores Normativos; sesionarán al menos una vez al mes de manera ordinaria y en cualquier momento de forma extraordinaria y las funciones de los comités son independientes de otras instancias y foros previstos por la LSS o el RIIMSS.

---

<sup>21</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 18 de septiembre de 2006. Última reforma DOF 23-08-12 y vigente en 2021.

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

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

### **Estructura de la gobernanza del IMSS en 2021**

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

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

Delegacionales y Juntas de Gobierno de las UMAE, y órganos operativos: Unidades de Servicios Médicos y no Médicos; Subdelegaciones y Oficinas para cobros.<sup>22</sup>

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

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

#### a. Asamblea General

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

---

<sup>22</sup> Artículo 2º del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, vigente en 2021.

Director General 2020-2021 y Programa de Actividades 2021-2022; y el Informe de la Comisión de Vigilancia; por lo anterior, se verificó que el máximo Órgano del IMSS fue acorde con sus funciones y atribuciones señaladas en la LSS y el RIIMSS.

b. Comisión de Vigilancia

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

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

Con base en las atribuciones contempladas en las fracciones V y XI, del artículo 50 del RIIMSS, la Comisión de Vigilancia realizó visitas a unidades médicas y no médicas en diversas entidades federativas, en las que observó su operación, así como los programas en marcha de la Institución; en consecuencia, emitió recomendaciones que están en proceso de atención de manera conjunta por las Direcciones Normativas involucradas y el personal de los OOAD. También es importante resaltar que de acuerdo con lo previsto en la fracción XII, del artículo 50 del RIIMSS, este órgano superior contó con la participación de diversos servidores públicos de la Institución con quienes se analizaron distintos temas de su competencia, generándose compromisos para su seguimiento y hasta su conclusión.

c. Consejo Técnico

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

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

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

Cabe mencionar que en las actas analizadas no se presentaron asuntos relacionados de cómo este órgano superior demostró la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento, ni la guía por medio del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución, ni de cómo las directrices,

actitudes y conductas de éste debieron reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperaban por parte de los servidores públicos del IMSS, así como de su supervisión a la definición de las expectativas que guarda, respecto de los valores éticos en las normas de conducta institucionales, como está establecido en el Componente Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso, puntos de interés 1.01, 1.02, 1.03, 1.04 y 1.05, del MICI; el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, Ambiente de Control, Principio 1, Mostrar actitud de respaldo y compromiso, elementos de control 1.01, 1.02, 1.03 y 1.06, del Acuerdo de Control Interno.

Por otra parte, se identificó que, el 29 de septiembre de 2010, mediante el acuerdo ACDO.SA2.HCT.290910/297.P.DAED el Consejo Técnico absorbió las actividades conferidas a un Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI), previstas en el Título Cuarto, Capítulo I, numeral 32, fracciones V, VI y VIII, del Acuerdo de Control Interno de la SFP. Se comprobó que las funciones que el Consejo Técnico realizó en 2021 equivalentes al referido órgano colegiado fueron sustanciadas de forma y no de fondo, al limitarse a sólo tomar conocimiento de los temas relacionados con el control interno, lo que provocó que el IMSS no contara con un SCII formalizado; que la administración de riesgos presentara sesgos y limitaciones para impulsar la aplicación, seguimiento y supervisión de las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI) y Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR) de 2021; y la aplicación de medidas preventivas para atender la causa-raíz de las desviaciones en materia de control interno y, con ello, evitar la recurrencia de las observaciones emitidas por los órganos revisores (internos y externos), así como la potencial materialización de riesgos en los distintos procesos sustantivos del Instituto.

#### d. Comités

De acuerdo con las entrevistas realizadas por el equipo auditor con personal de la Secretaría General y los enlaces de las áreas normativas que participaron en los comités sujetos de revisión<sup>23</sup>, los temas presentados al Consejo Técnico y previamente dictaminados por algún comité, fueron resultado de un proceso que inició con el oficio emitido por la Secretaría General en el que informó a las direcciones normativas del calendario de sesiones aprobado para el 2021 con la programación de las sesiones de los comités; se identificó que mensualmente se emitieron recordatorios a las direcciones normativas que tuvieron comités para que enviaran la documentación soporte de los temas a presentar en las reuniones de los comités, las direcciones normativas definieron los temas presentados al Consejo Técnico, que previamente fueron analizados y se determinó si los temas a presentar eran de carpeta (se refirieron a la presentación de informes o solicitudes para modificar algún acuerdo o manual) o sustantivos (se refirieron a temas relevantes como donaciones, contrataciones o temas

---

<sup>23</sup> Documentadas mediante Actas Administrativas Circunstanciadas de Auditoría números 009/CP2021, 011/CP2021, 012/CP2021, 15/CP2021, 017CP/201 y 020/CP2021, realizadas los días 12 al 17, 22 y del 26 al 27 de septiembre de 2022, respectivamente.

mediáticos que involucraron al Instituto). Asimismo, se revisaron las actas y dictámenes de 2021 de los comités que formaron parte de la revisión, cuyos resultados fueron los siguientes:

*Comité de Prestaciones Médicas (CPM)*

Se constató que este Comité, en 2021, se integró por el Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas, un Consejero representante del sector obrero y un Consejero representante del sector patronal y el Secretario General del IMSS en su carácter de Secretario Técnico del Comité; sesionó 11 veces de manera ordinaria<sup>24</sup> y se identificó que dictaminó asuntos para ser sometidos a consideración del Consejo Técnico, como de carpeta (solicitudes de autorización para contrataciones o para dar continuidad a programas ya implementados e informes de resultados y de avances), y un asunto sustantivo que correspondió a la solicitud de autorización para llevar a cabo el procedimiento de contratación plurianual, por el periodo del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2024, del Servicio Médico Integral de Hemodiálisis Interna, por un monto total de hasta 4,171,830.22 miles de pesos.

*Comité de Prestaciones Económicas y Sociales (CPES)*

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

*Comité de Administración (CA)*

Se comprobó que este Comité, en 2021, se integró por el Titular de la Dirección de Administración, un Consejero representante del sector obrero y un Consejero representante del sector patronal y el Secretario General del IMSS; sesionó 14 veces, 12 de manera ordinaria y 2 de forma extraordinaria, y se constató que emitió un dictamen para asuntos relacionados

---

<sup>24</sup> La Dirección de Prestaciones Médicas mediante el oficio 198 del 26 de abril de 2021, informó a la Secretaría General, no tener asuntos por tratar, por lo que se canceló la sesión del mes de mayo. Lo anterior se hizo del conocimiento de los integrantes del Comité.

con los informes de avance, de resultados, de actividades, de reportes de cierre y solicitudes de aprobación y autorización para ser sometidos a consideración del Consejo Técnico como de carpeta, y se identificaron como asuntos sustantivos la modificación del acuerdo referente al arrendamiento de vehículos de carga; la renivelación estructural a los Directores de las UMAE; la reestructura de normativas, el nuevo modelo de convenio de colaboración 2021 con entidades financieras; la aceptación de la enajenación por parte del Instituto Nacional del Suelo Sustentable; la aceptación de la donación por parte del Municipio de Amozoc de un terreno; el fortalecimiento de la infraestructura del Programa IMSS Bienestar, mediante la donación y regularización de cinco inmuebles; la actualización de los lineamientos generales del IMSS para la aplicación de las medidas en materia de Adquisición y Arrendamiento de Bienes y Contratación de Servicios Urgentes, Nivel Central, con motivo de la Emergencia Nacional en materia de Salubridad generada por el COVID-19; la solicitud de autorización para actualizar el tabulador de sueldos y salarios de los servidores públicos de mando y homólogos del IMSS, y las solicitudes de autorización para aceptar la donación a favor del IMSS los predios en Tabasco y Sinaloa.

*Comité de Incorporación y Recaudación (CIR)*

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

*Comité de Asuntos Jurídicos (CAJ)*

Se constató que este Comité, en 2021, se integró por el Titular de la Dirección de Asuntos Jurídicos, un Consejero representante del sector obrero, un Consejero representante del sector patronal y el Secretario General del IMSS; sesionó 11 veces de manera ordinaria<sup>25</sup> y dictaminó asuntos para ser sometidos a consideración del Consejo Técnico como informativos y de carpeta (informes de seguimiento, de avances sobre los juicios fiscales, los juicios laborales y pasivo laboral) y como asuntos sustantivos el informe sobre el avance en la aplicación del Convenio de Colaboración entre la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo, la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje y el IMSS para el abatimiento de juicios laborales; el acuerdo de autorización para la celebración de un contrato de comodato con el Gobierno de la Ciudad de México, respecto de un inmueble propiedad de Instituto; el informe referente al impacto del decreto en materia de subcontratación laboral en el IMSS (Guarderías); y los Lineamientos Generales para la aplicación de las Medidas Autorizadas por el Consejo Técnico con motivo del incendio en la Guardería ABC, S.C.

*Comité de Evaluación de Órganos Desconcentrados (CEOD)<sup>26</sup>*

Se constató que este Comité, en 2021, se integró por el Titular de la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados, un Consejero representante del sector obrero, un Consejero representante del sector patronal y el Secretario General del IMSS; sesionó cuatro veces de manera ordinaria<sup>27</sup> y sólo tomó conocimiento de los Avances al Programa de Trabajo 2021.

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

Los COCOITT fueron instrumentados en los ámbitos normativos, delegacional, UMAE y operativo, con el objetivo de analizar las variaciones del comportamiento de la incapacidad temporal para el trabajo. En la revisión de las actas del COCOITT en el ámbito normativo, se identificó que, en 2021, sólo sesionó en tres ocasiones, ya que por motivos de la contingencia sanitaria por el COVID-19 se retrasó el plan de trabajo y actividades programadas. De los acuerdos tomados, se destacaron la reintegración del COCOITT; la aprobación del calendario de reuniones para 2021; la aprobación de la redefinición del funcionamiento de los COCOITT; el informe del comportamiento de la Incapacidad Temporal para el Trabajo (ITT) y el

---

<sup>25</sup> La Dirección de Asuntos Jurídicos informó a la Secretaría General, no tener asuntos por tratar, por lo que se canceló la sesión del mes de febrero. Lo anterior se hizo del conocimiento de los integrantes del Comité.

<sup>26</sup> Antes Comité de Evaluación de Delegaciones, ya que la dirección normativa se llamaba Dirección de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones, pero en la sesión ordinaria del 28 de abril de 2021, el Consejo Técnico dictó el acuerdo número ACDO.AS2.HCT.280421/99.P.DA mediante el cual aprobó la modificación a la estructura orgánica y el cambio de denominación a Dirección de Operación y Evaluación y la Unidad de Evaluación de Delegaciones, área coordinadora del comité, también cambió de denominación a Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados.

<sup>27</sup> Este comité a petición de la Dirección Normativa responsable, se reúne de forma trimestral durante la primera mitad del año y bimestral en la segunda mitad de este.

ausentismo no programado de los trabajadores, la actualización de las Guías ITT y la atención prioritaria del trabajador incapacitado.

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

*Consejos Consultivos Delegacionales*

En la revisión del reporte de las actas registradas en el Sistema Integral de Consejos Consultivos (SICC) y de los Informes sobre el Funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales, se identificó que, en 2021, el IMSS operó con 35 Consejos Consultivos Delegacionales, que sesionaron 24 o más ocasiones, con excepción de los Consejos Consultivos Delegacionales del Estado de México Poniente, Estado de México Oriente, Tlaxcala y Sur del D.F., que sesionaron 21, 22, 23 y 48 ocasiones, respectivamente.

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

*Consejo Consultivo Delegacional de Chihuahua*

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

*Consejo Consultivo Delegacional Chiapas*

Se integró por el Secretario del Consejo Consultivo del IMSS en Chiapas, en suplencia del Presidente del Consejo; los representantes de la CONCAMIN y la CANACO por el sector patronal, y por el sector obrero, los representantes de la CTM y la CROC, y la encargada de Servicios Jurídicos y la Prosecretaría del Consejo Consultivo. En cada sesión se sometieron a consideración del Consejo Consultivo los dictámenes relativos a los recursos de inconformidad para su aprobación; las solicitudes de expedición de certificados de

incapacidad de asegurados; la solicitud de autorización para la ampliación de la atención médica obstétrica para beneficiarias hijas menores de 16 años; y las solicitudes de cancelaciones de créditos de patrones no localizados o insolventes; conforme a sus facultades; sin embargo, no se informó a los miembros del Consejo Consultivo Delegacional los acuerdos emitidos por el Consejo Técnico del IMSS; ni tampoco se comunicó a éste, por conducto de la Secretaría General, las consultas, sugerencias y propuestas del Consejo Consultivo Delegacional, y no se dio a conocer a sus integrantes el Informe cuatrimestral sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales.

#### *Juntas de Gobierno de las UMAE*

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

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

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

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

Mediante el análisis del marco jurídico y normativo del IMSS, se verificó que consideró en la integración de sus órganos superiores y colegiados, así como de los comités de apoyo al Consejo Técnico, que se respete la naturaleza tripartita del Instituto, otorgándole un equilibrio en el número de representantes por cada uno de los sectores gobierno, obrero y patronal, y se eviten los conflictos de interés<sup>28</sup>, con el fin de que se garantice que los acuerdos y toma de decisiones de estos cuerpos colegiados no estuviera dominado por una única persona o un pequeño grupo, de forma que no se afectaran los intereses de la derechohabiencia y en conjunto del Instituto, por lo anterior, se cumplió con lo establecido por el principio 2 del MICI y con lo previsto en el Acuerdo de Control Interno.

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

En la revisión del marco jurídico y normativo del Instituto, se identificó que con base en lo dispuesto en los artículos 38, fracción III, y 68, fracciones I y IX, del RIIMSS, dentro de las facultades del Secretario del Consejo Técnico y del Secretario General del Instituto, se establecieron los correspondientes a planear, dirigir y coordinar las acciones necesarias para atender los asuntos relativos a las sesiones y acuerdos de la Asamblea General, del Consejo Técnico y de la Comisión; y hacer del conocimiento de los Órganos Normativos, de los Órganos Colegiados, de los OOAD y Operativos, los acuerdos emitidos por el mismo; así como difundir, dar seguimiento y vigilar su cumplimiento y clasificar, archivar y sistematizar los mismos. Mediante entrevistas al personal de la Secretaría General y de las Direcciones Normativas, que fungieron como enlaces en las actividades para el desarrollo de las sesiones, tanto del Consejo Técnico, como de los comités en revisión, se comprobó el proceso previo de revisión y análisis de la información proporcionada por las direcciones normativas a los consejeros en los comités, de los temas o asuntos, que una vez dictaminados, pasaron a consideración del Consejo Técnico para emitir el acuerdo correspondiente para su autorización o toma de conocimiento, hecho que se acreditó con la revisión de los informes de seguimiento al cumplimiento de los acuerdos del Consejo Técnico y de los Informes de Actividades de los Comités del Consejo Técnico y Seguimiento al Cumplimiento de las Sugerencias y Recomendaciones, en los que se precisaron las actividades realizadas por cada Comité, así como de los asuntos sometidos a la consideración de sus integrantes, los cuales se presentaron de manera mensual en las sesiones del Consejo Técnico. Asimismo, se verificaron los informes sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales y los informes sobre el funcionamiento de las Juntas de Gobierno de las UMAE, y cuyo fin fue el de comunicar al Consejo Técnico, sobre el ejercicio de las atribuciones normativas por parte de

---

<sup>28</sup> Artículo 263 de la Ley del Seguro Social y Numeral 1.4 Funciones de Gestión y Representación de los integrantes del Consejo Técnico, de los Lineamientos Operativos del Consejo Técnico, Publicados en el Diario Oficial de la Federación, el 18 de septiembre de 2006. Última reforma DOF 23-08-12.

esos órganos colegiados, así como proporcionar la información estadística generada por sus actividades.

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

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

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS proporcionó las comunicaciones de 2021 entre la Coordinación de Órganos Colegiados de la Secretaría General y los Presidentes de los Consejos Consultivos Delegacionales y Juntas de Gobierno de las UMAE, en los que se solicitó que los informes sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos y las Juntas de Gobierno se dieran a conocer en las sesiones inmediatas de los órganos colegiados, y que se emitieran los acuerdos respectivos. No obstante, lo proporcionado por el Instituto no atiende lo observado, debido a que se comprobó que en 2021 los Presidentes no dieron a conocer los informes a los integrantes de cada Órgano Colegiado, con el propósito de atender las áreas de oportunidad determinadas en dichos informes, por lo que la observación persiste.

## **Conclusión**

Con las actividades de fiscalización, se concluyó que el IMSS dispuso de un marco normativo y jurídico que reguló la integración, atribuciones, actuación y toma de decisiones de sus órganos de gobierno superiores: Asamblea General, Comisión de Vigilancia, Consejo Técnico y de sus comités de apoyo y de sus órganos colegiados: Consejos Consultivos Delegacionales y Juntas de Gobierno de las UMAE, con independencia y sin conflicto de interés, durante 2021, y se constató la existencia de canales de comunicación entre éstos mediante la Secretaría

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

Asimismo, en las sesiones de los órganos superiores, realizadas durante 2021, no se trataron temas o asuntos, ni acuerdos relacionados de cómo éstos demostraron la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento; ni la guía por medio del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución; ni de cómo las directrices, actitudes y conductas de los órganos superiores deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en la institución, así como de su supervisión a la definición de las expectativas que guarda la institución, respecto de los valores éticos en las normas de conducta institucionales.

También se constató que en las sesiones del Consejo Técnico no se promovieron acciones que contribuyeran a la implementación del SCII y a una administración de riesgos integral, ya que sus funciones fueron sustanciadas de forma y no de fondo, al cumplir únicamente con la integración de la orden del día de un COCODI y sólo tomar conocimiento de los temas relacionados con el control interno, lo que provocó que, en 2021, el IMSS no contara con un SCII formalizado; que la administración de riesgos presentara sesgos y limitaciones para impulsar la aplicación, seguimiento y supervisión de las acciones de mejora comprometidas; y la aplicación de medidas preventivas para atender la causa-raíz de las desviaciones en materia de control interno y, con ello, evitar la recurrencia de las observaciones emitidas por los órganos revisores, así como la potencial materialización de riesgos en los distintos procesos sustantivos del Instituto.

#### 2021-1-19GYR-21-0160-01-003 **Recomendación**

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

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### 2021-1-19GYR-21-0160-01-004 **Recomendación**

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

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

### **3. Evaluación del desempeño de los Órganos de Gobierno y la Administración del IMSS**

El Manual de Organización de la Secretaría General del IMSS (Manual) función sustantiva 7.1 “Secretaría General”, numeral 14, establece que debe emitir las políticas, los lineamientos, las metodologías y los programas relacionados con el enlace, evaluación y mejora del funcionamiento de los Órganos de Gobierno y los Órganos Colegiados.

El numeral 7.1.1 “Coordinación de Órganos de Gobierno”, punto 13, del Manual señala que la Coordinación supervisará la operación de los Consejos Consultivos Delegacionales y de las Juntas de Gobierno de las UMAE, a fin de medir su desempeño e identificar áreas de oportunidad para establecer acciones que ayuden a mejorar su funcionamiento.

El numeral 7.1.1.1 “Coordinación Técnica de Órgano Colegiados”, punto 4, del Manual establece que la Coordinación debe formular y coordinar la ejecución de los lineamientos, las metodologías y los programas, para analizar y evaluar el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales y de las Juntas de Gobierno de las UMAE.

La importancia de la evaluación de los Órganos de Gobierno y de la Alta Dirección constituye una herramienta de planeación, análisis y medición del desempeño que contribuye a mejorar la efectividad del funcionamiento de la estructura de Gobierno Corporativo, generando valor a las instituciones. La mejor forma de desarrollar un sistema de evaluación para los Órganos de Gobierno y la Alta Dirección es a partir de los elementos de cumplimiento incluidos en los estatutos o las reglas de operación de éstos; considerando las responsabilidades y funciones que debe desempeñar cada órgano para determinar si está cumpliendo con ellas o no. Asimismo, de acuerdo con los principios de Gobierno Corporativo de la OCDE, es importante realizar evaluaciones periódicas de los resultados y valorar si disponen de la combinación adecuada de conocimiento y competencias de los participantes de los Órganos de Gobierno para tener acceso a información precisa, pertinente y oportuna.<sup>29</sup>

Con la finalidad de verificar que el IMSS contó con una metodología, procedimiento o mecanismo para evaluar el desempeño de los Órganos de Gobierno y Órganos Colegiados, que permitiera medir el cumplimiento de las metas y los objetivos, y comprobar su implementación en el ejercicio 2021, el equipo auditor solicitó a la entidad fiscalizada, mediante el oficio número DGAESCI/145/2022 del 10 de agosto de 2022, las políticas, lineamientos, metodologías y programas, vigentes en 2021, relacionadas con la evaluación y mejora del funcionamiento de los Órganos de Gobierno Superiores (Asamblea General, Consejo Técnico, Comisión de Vigilancia y Dirección General) y los Órganos Colegiados; las correspondientes al análisis y evaluación del funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales de la Ciudad de México, Chihuahua y Chiapas y de las Juntas de Gobierno de las UMAE; así como las evaluaciones realizadas a los comités de: Prestaciones Médicas,

---

<sup>29</sup> Principios de Gobierno Corporativo de la OCDE, 2016, páginas 60 y 61.

Prestaciones Económicas y Sociales, Administración, Incorporación y Recaudación, Asuntos Jurídicos, y Evaluación de Delegaciones.

Al respecto, mediante el oficio número 0953 8061 4B30/01/523/2022 del 29 de agosto de 2022, emitido por la Coordinación de Atención a Órganos Fiscalizadores, se proporcionó el similar número 09-9001-010000/1601 del 23 de agosto de 2022, de la Coordinación Técnica de Órganos Superiores y Enlace de la Secretaría General, en donde se informó que respecto de las políticas, lineamientos, metodologías y programas relacionadas con la evaluación y mejora del funcionamiento de los Órganos de Gobierno y los Órganos Colegiados; al análisis y evaluación del funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales y de las Juntas de Gobierno de las UMAE, vigentes en 2021, se está en espera de que sea modificado el RIIMSS, para así alinear los respectivos lineamientos de Operación del Consejo Técnico, de los Órganos Colegiados y el Reglamento de la Asamblea General. En el mismo oficio de respuesta, se señaló que, en 2021, no se realizaron evaluaciones a la Asamblea General, debido a que es la autoridad suprema del Instituto; por lo que respecta al Consejo Técnico, se proporcionaron los informes de enero a diciembre de 2021 del Seguimiento al Cumplimiento de los Acuerdos.

En relación con los comités, el IMSS proporcionó los Informes de Actividades de las reuniones celebradas por éstos correspondientes a los meses de enero a diciembre de 2021. Asimismo, referente a los Órganos Colegiados, el Instituto proporcionó los “Ejes Principales de Evaluación”, tres informes cuatrimestrales sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos Delegacionales y tres Informes cuatrimestrales sobre el funcionamiento de las Juntas de Gobierno de las UMAE en 2021.

Se comprobó que el IMSS contó con un documento denominado “Ejes Principales de Evaluación”, en el cual se establecieron las reglas, los criterios y los métodos para la evaluación de las actas de los Órganos Colegiados por medio de cinco indicadores enfocados sólo a evaluar en la forma las actividades llevadas a cabo por los órganos, debido a que se aplicaran para comprobar la elaboración de las actas, la celebración de sesiones, la asistencia, la oportunidad de envío y el término; por lo tanto, no contó con una metodología, procedimiento o mecanismo para evaluar la gestión de los Órganos de Gobierno y de la Administración que incluyera indicadores para medir el cumplimiento de sus funciones y las metas con base en métodos y mecanismos de medición cualitativos y no sólo cuantitativos, ni evaluó la efectividad del funcionamiento de los comités y comisiones establecidos por el propio Consejo Técnico, tampoco determinó cómo las actividades fueron ejercidas con la debida eficiencia buscando la mayor agilización en el estudio y resolución de los asuntos que se presentaron en las sesiones para la toma de decisiones oportuna. Por lo antes mencionado, el IMSS no evaluó el desempeño de sus Órganos de Gobierno, lo que limitó la identificación de las fortalezas y áreas de oportunidad que pudieran ser atendidas para mejorar la efectividad de la gestión de su estructura y, con ello, garantizar un adecuado apoyo para la toma de decisiones y evitar la materialización de riesgos. Lo anterior, se sustenta en los siguientes hallazgos:

### Órganos de Gobierno

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

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

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

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

*a. Comités*

Por lo que respecta a la revisión efectuada a los “Informe de Actividades de los Comités del H. Consejo Técnico y Seguimiento al Cumplimiento de las Sugerencias y Recomendaciones emitidas en las reuniones respectivas”, correspondientes a los meses de enero a diciembre de 2021 proporcionados por el IMSS, se verificó que éstos se integraron de dos apartados, el primero denominado “Actividades” que detalló por cada Comité la asistencia (integración del quórum legal), los temas de la orden del día, la fecha y hora de celebración y el dictamen de los integrantes del Comité; el segundo apartado correspondió al “Seguimiento al Cumplimiento de las Observaciones y Propuestas Emitidas en las Reuniones de los Comités del H. Consejo Técnico”, en este apartado, la Secretaría General informó las observaciones o propuestas que estuvieron en proceso o fueron atendidas por parte de las Direcciones Normativas, indicando la fecha de la reunión, rubro, asunto, sugerencia, recomendación o solicitud, semáforo y estatus de seguimiento al cumplimiento (acciones realizadas por parte de la Secretaría para el cumplimiento de la solicitud del Consejo Técnico), con lo que se cumplió lo establecido en los artículos 31, fracción X, 32 y 38, fracción XII, del RIIMSS y los numerales 1.8, noveno párrafo, y 1.9.2.20, de los Lineamientos Operativos del Órgano de Gobierno, en donde se señala que el Consejo Técnico deberá informar al pleno de dicho cuerpo colegiado las actividades realizadas por los comités y que éstos tendrán como función la de atender y revisar los asuntos que les encomienda el Consejo Técnico y deberán rendir su dictamen dentro del plazo que les fije; además, señala que el Secretario del Consejo Técnico deberá dar seguimiento a las actividades desarrolladas por los Comités y Comisiones, estableciendo que el Secretario del Consejo Técnico remitirá una síntesis informativa mensual de las actividades y avances al Consejo.

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

*b. Órganos Colegiados*

La Secretaría General tiene dentro de sus atribuciones observar el funcionamiento de los Órganos Colegiados, mediante diversos mecanismos y procedimientos. Se verificó que periódicamente analizó y evaluó las actas recopiladas para conocer el desempeño de los Consejos Consultivos y las Juntas de Gobierno.

Para llevar a cabo las actividades antes mencionadas, presentó el documento denominado “Ejes Principales de Evaluación” en donde se establecieron las reglas, los criterios y los métodos a implementar para la evaluación de las actas de los Órganos Colegiados con base en las atribuciones conferidas en el RIIMSS y de acuerdo con lo manifestado en sus ejes, contar con un proceso para asegurar la información oportuna y de calidad, que contribuya a mejorar el funcionamiento de los órganos y forjar así la confiabilidad y precisión en los

resultados que la Secretaría General informa cuatrimestralmente al Consejo Técnico. Los ejes principales de evaluación fueron tres:

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

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

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

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

La Secretaría General presentó al Consejo Técnico tres informes cuatrimestrales sobre el funcionamiento de los 35 Consejos Consultivos Delegacionales y tres informes cuatrimestrales correspondientes a las 25 Juntas de Gobierno de las UMAE. Como resultado de la presentación de los informes al Consejo Técnico se generó un seguimiento de carpeta,

en el cual se estableció que el Consejo tomaba nota del informe sobre el funcionamiento de los Consejos Consultivos y las Juntas de Gobierno de las UMAE y se instruyó a la Secretaría General hiciera llegar a los presidentes de los Consejos Consultivos y las Juntas de Gobierno los informes, a fin de que en la próxima sesión de los órganos colegiados se dieran a conocer a sus integrantes.

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

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

EVALUACIÓN POR RUBRO Y CONSEJO CONSULTIVO DEL IMSS  
(Porcentajes)

<i>Consejo consultivo</i>	Actas	Oportunidad	Asistencia	Término	Sesiones	Promedio	Promedio Cuatrimestral Anterior
1 Aguascalientes	100	100	100	100	100	100	100
2 Hidalgo	100	100	100	100	100	100	96
3 Quintana Roo	100	100	100	100	100	100	100
4 Sinaloa	100	100	100	100	100	100	93
5 Veracruz Norte	100	100	100	100	100	100	97
6 CDMX Norte	100	100	100	100	100	100	100
7 CDMX Sur	100	100	100	100	100	100	97
8 Coahuila	94	100	100	100	100	99	76
9 Colima	100	100	94	100	100	99	100
10 Edomex Oriente	100	100	93	100	100	99	94
11 Guerrero	89	100	100	100	100	98	98
12 Edomex Poniente	100	100	91	100	100	98	93
13 Querétaro	100	100	90	100	100	98	99
14 San Luis Potosí	97	100	93	100	100	98	98
15 Sonora	100	100	90	100	100	98	98
16 Tabasco	100	100	88	100	100	98	99
17 Tamaulipas	100	100	91	100	100	98	98
18 Veracruz Sur	94	100	96	100	100	98	70
19 Baja California Sur	100	100	85	100	100	97	98
20 Campeche	100	100	83	100	100	97	99
21 Morelos	97	88	100	100	100	97	100
22 Oaxaca	97	100	84	100	100	96	94
23 Puebla	94	100	86	100	100	96	97
24 Zacatecas	94	100	86	100	100	96	81
25 Guanajuato	94	75	100	100	100	94	93
26 Tlaxcala	96	100	88	100	88	94	97
27 Yucatán	97	100	100	75	100	94	88

Informe Individual del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2021

<b>Consejo consultivo</b>	<b>Actas</b>	<b>Oportunidad</b>	<b>Asistencia</b>	<b>Término</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Promedio</b>	<b>Promedio Cuatrimestral Anterior</b>
28 Chihuahua	88	88	89	100	100	93	90
29 Durango	78	88	100	100	100	93	91
30 Michoacán	94	78	95	100	100	93	98
31 Chiapas	100	100	85	75	100	92	91
32 Nayarit	97	100	88	75	100	92	96
33 Jalisco	81	75	92	100	100	90	87
34 Nuevo León	72	100	97	75	100	89	76
35 Baja California	44	88	93	100	100	85	88

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

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

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

EVALUACIÓN POR RUBRO Y JUNTA DE GOBIERNO DE LA UMAE  
(Porcentajes)

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

<i>Junta de Gobierno de la UMAE</i>	Actas	Oportunidad	Asistencia	Término	Sesiones	Promedio	Promedio Cuatrimestral Anterior
21 Oncología, "Siglo XXI"	92	75	100	100	100	93	95
22 Gineco Pediatría, Guanajuato	92	100	100	75	100	93	94
23 Especialidades, Nuevo León	92	75	100	100	100	93	95
24 Especialidades, "Siglo XXI"	58	100	100	100	100	92	94
25 Hospital General, "La raza"	83	75	100	100	100	92	97

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Conclusión**

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

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

Aunado a lo anterior, si bien el IMSS contó con el documento denominado “Ejes Principales de Evaluación”, el cual tuvo por objeto servir de guía para los Órganos Colegiados en la síntesis y envío de las actas para su análisis y generar confiabilidad y precisión en los resultados que

la Secretaría General informó cuatrimestralmente al Consejo Técnico, estos definieron indicadores cuantitativos y cualitativos que no permitieron conocer el desempeño de los Órganos Colegiados respecto de sus funciones, ya que estuvieron enfocados a la elaboración de actas, celebración de sesiones, asistencia, oportunidad de envío y término, y no a la evaluación de la gestión de los órganos para medir el logro de los objetivos y las metas Institucionales.

#### 2021-1-19GYR-21-0160-01-005 Recomendación

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

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### 4. Modelo Institucional para la Competitividad y el Premio IMSS

El artículo 6º, numeral 6.32, de la “Norma que establece las disposiciones para la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad” define al Modelo Institucional para la Competitividad<sup>30</sup> (MC) como el instrumento para guiar a las unidades médicas, sociales y administrativas del IMSS para lograr la mejora e innovación de los procesos, transformar la gestión directiva en un desempeño integral y efectivo, con el fin de obtener procesos y servicios acordes a las necesidades y expectativas de las y los usuarios, incrementando su satisfacción y confianza, que permitan el desarrollo de las capacidades y ventajas competitivas del IMSS.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Capacidad de la unidad para desarrollar, adoptar y/o adaptar buenas prácticas para mejorar sus procesos que impacten en la calidad de los servicios y la satisfacción de la derechohabiencia y personas usuarias, mediante la mejora continua, innovación, incremento sostenido de la eficiencia operativa y productividad.

<sup>31</sup> Antecedentes:

- 1999: Se instituye el Premio “IMSS a la Calidad”.
- 2003: Se convierte en Norma Institucional.
- 2008: Se convierte en Modelo de Calidad, Efectividad y Resultados Institucionales (MOCERI).
- 2014: El MOCERI evolucionó al MC.

El artículo 69, fracción VIII, del RIIMSS establece que la Dirección de Administración tiene la facultad de emitir la normativa y coadyuvar en la implantación de proyectos de cambio en los procesos y el establecimiento de prácticas administrativas que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios institucionales. Por lo que las funciones 42, 43 y 46, del Manual de Organización del IMSS facultaron a la Dirección de Administración de dirigir el desarrollo, emisión y actualización de las políticas, normas, procedimientos, lineamientos y directrices en materia de normativa interna institucional, mejora regulatoria, control interno, clima y cultura organizacional y competitividad, así como de impulsar acciones para la implementación y mejora continua del MC y difundir las mejoras en el ámbito institucional. Al respecto, el 7 de septiembre de 2020, el Consejo Técnico aprobó la modificación de la estructura orgánica del IMSS y autorizó la creación de la Unidad de Integridad y Transparencia y, con ello, transfirió a la Coordinación de Modernización y Competitividad (CMC), perteneciente a la Dirección de Administración las facultades en materia del MC.

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

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

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

---

- 2017: El MC fue denominado por el Consejo de Salubridad General como una experiencia exitosa.
- 2018: El MC fue reconocido como una buena práctica de gestión por la Secretaría de la Función Pública.

---

## A. MODELO INSTITUCIONAL PARA LA COMPETITIVIDAD

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

#### Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad

En 2021, el IMSS dispuso de la “Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad” (Norma de Implementación)<sup>32</sup>, en la que reguló las actividades y los requisitos que deben cumplir los Órganos Normativos, de Apoyo a la Dirección General, de Operación Administrativa Desconcentrada y Operativos del IMSS, que decidieron implementar y mantener de forma voluntaria el MC. Con la revisión de la norma se identificó que:

- a. Facultó a la Coordinación de Modernización y Competitividad (CMC) para apoyar y asesorar técnicamente a las unidades médicas, sociales y administrativas, para la implementación y mantenimiento del MC; realizar visitas de verificación en las unidades incorporadas al MC, así como emitir y actualizar las guías de implementación.
- b. Definió al MC con ocho criterios (Planeación, Derechohabiencia y Población Usuaria, Liderazgo, Procesos, Talento Humano, Conocimiento, Organizacional e innovación y Responsabilidad Social y Evaluación) y seis principios (Enfoque al usuario, Liderazgo Estratégico, Resultados Competitivos, Personal Comprometido, Creatividad e Innovación y Compromiso Social), que fungieron como la base para que las unidades diseñaran e implementaran su sistema de gestión. No obstante, se identificó que estos fueron definidos y establecidos mediante una serie de cuestionamientos genéricos y con preguntas abiertas de cada criterio.
- c. La incorporación de cualquier unidad que forma parte del IMSS fue voluntaria al MC.
- d. Estableció que el mecanismo de medición del MC sería mediante la evaluación de cinco tipos de “Bandas de Madurez”<sup>33</sup>:
  - Diseño: Cumplimiento parcial de los requerimientos del MC, con un rango de 0 a 200 puntos.
  - Desarrollo: Indicadores hacia el cumplimiento de estándares institucionales, con un rango de 201 a 400 puntos.

---

<sup>32</sup> Validado y registrado por la Coordinación de Modernización y Competitividad (CMC) adscrita a la Unidad de Integridad y Transparencia del IMSS, con fechas de actualización del 15 de junio de 2016 y del 21 de octubre de 2021.

<sup>33</sup> Niveles en los que se ubica al sistema de gestión en la unidad, con respecto del avance en la implementación de los principios y criterios del MC.

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

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

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

- a. La definición de tres ámbitos de competencia para la asesoría, monitoreo, seguimiento y evaluación: 1) A nivel central facultó a la CMC; 2) A nivel delegacional facultó a las Coordinaciones Delegacionales de Competitividad, y 3) A las Jefaturas de División de Calidad en las UMAE.
- b. El reconocimiento de la Plataforma Virtual de Competitividad, como la herramienta en la que se administrarán los procesos relacionados con la implementación y mantenimiento del MC y el Premio IMSS.
- c. La determinación de 30 tipos de unidades en el IMSS sujetas a la implementación del MC, mismas que las clasificó en tres rubros, de las cuales 12 correspondieron a unidades sociales<sup>34</sup>, 11 a unidades administrativas<sup>35</sup> y 7 a unidades médicas<sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> Unidades Sociales: 1) Centro de Artesanía y Artes Plásticas; 2) Centros de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAM); 3) Centros de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART); 4) Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar; 5) Centros Regionales de Seguridad en el Trabajo; 6) Capacitación y Productividad (CRESTCAP); 7) Centros Vacacionales; 8) Guarderías Madres IMSS; 9) Guarderías Ordinaria; 10) Tiendas, Unidad de Congreso; 11) Unidades Deportivas; y 12) Velatorios.

<sup>35</sup> Unidades Administrativas: 1) Almacenes; 2) Centro de Simulación para la Excelencia Clínica y Quirúrgica; 3) Centros de Investigación Biomédica; 4) Centros de Investigación Educativa y Formación Docente; 5) Coordinación Normativa; 6) Direcciones Normativas; 7) Escuelas de Enfermería; 8) Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada; 9) Plantas de Lavado; 10) Subdelegaciones y 11) Unidades Normativas.

<sup>36</sup> Unidades Médicas: 1) Clínicas de Detección y Diagnóstico de Cáncer de Mama; 2) Hospitales Rurales del Programa IMSS-BIENESTAR; 3) Unidades Complementarias de UMAE; 4) Unidades de Control Metabólico; 5) Unidades de primer nivel de

- d. El incremento de seis a nueve principios (Transformación Institucional; Enfoque a la derechohabiencia y población usuaria; Calidez en los Servicios; Excelencia de Servicios; Liderazgo Estratégico; Talento Humano Comprometido; Pensamiento Basado en Riesgos; Creatividad, Mejora e Innovación; y Orientación a Resultados Competitivos) que regularon el MC. En el caso de estos nueve principios y de los ocho criterios que prevalecieron del marco normativo anterior, se identificó que están diseñados por un conjunto de actividades y procesos genéricos que las unidades deben realizar para dar cumplimiento a cada criterio y principio, sin que se establecieran los responsables, los medios de verificación, las evidencias y las acciones de forma clara, específica y concreta, que permitieran su eficaz implementación.
- e. La determinación de un proceso de evaluación inicial e interna (hecho por la propia unidad) y la evaluación externa, realizado por las áreas responsables en materia de competitividad a nivel central y delegacional.
- f. La sustitución del Plan de Mejora por el Plan Integral de Implementación, en el que las unidades registran las actividades relacionadas con la instrumentación de cada uno de los criterios bajo objetivos claros y alcanzables, acciones focalizadas, ordenadas y realizables, en sus diferentes fases, plazos y responsables.

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

Se verificó que el “Procedimiento para la asesoría técnica en la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad y modelos de gestión de calidad” (Procedimiento)<sup>37</sup> definió las políticas y actividades para la asesoría técnica en la implementación y mantenimiento del MC y modelos de gestión de calidad en las unidades médicas, sociales y administrativas, que facultó a las unidades de nivel central y delegacional de brindar asesoría atendiendo los enfoques transversales de Normatividad, SCII, PTAR y encuestas de clima organizacional. La normativa dispuso que las Coordinaciones Delegacionales de Competitividad (CDC) asignarán asesores (adscritos a las Coordinaciones Delegacionales) para cada unidad incorporada al MC, para la elaboración del autodiagnóstico y programas operativos, para validarlos y elaborar un reporte de retroinformación. Además, estableció la obligación de los asesores de elaborar programas de trabajo. Cabe señalar que en el análisis del procedimiento se identificó que éste incluyó la descripción de actividades genéricas y determinó diagramas de flujo de las actividades a nivel central y delegacional, así como los documentos emitidos por la realización del proceso.

---

atención de 5 o más consultorios; 6) Unidades de segundo nivel de atención; 7) Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

<sup>37</sup> Elaborado por la Coordinación Técnica de Competitividad y Cultura Institucional, con fecha de actualización del 8 de diciembre de 2017 y vigente en 2021.

### Guías técnicas para la Implementación y mantenimiento del MC

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

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

- a. Mostró deficiencias en el diseño, al no definir los riesgos estratégicos, tácticos y operativos del proceso; los niveles de autorización; los controles preventivos y correctivos vinculados a los riesgos; y el resguardo de evidencia documental suficiente y competente.
- b. Careció de parámetros, alcances, secuencia lógica de actividades, criterios de validación y de metodologías de revisión claras, específicas y concretas, libres de sesgos y de discrecionalidad.
- c. No definió un marco lógico y secuencial de los criterios para documentar los procesos de implementación y mantenimiento del MC, por las unidades, los asesores y las áreas responsables a nivel central y delegacional.
- d. No definió un proceso integral, metódico, específico, claro y detallado con base en el cual las unidades y los asesores determinaran en qué nivel de la Banda de Madurez les correspondía, ni cómo debía de ser requisitada para su comprobación en el proceso de evaluación.
- e. No reguló el proceso de elaboración de los autodiagnósticos, reportes de retroinformación, las evaluaciones, planes de mejora, planes integrales de implementación, así como los entregables de las asesorías.
- f. La falta de homologación y armonización entre cada instrumento normativo por las modificaciones de la estructura orgánica del IMSS, al no existir congruencia entre las unidades administrativas participantes definidas en el RIIMSS, Manual de Organización, las normas, los procedimientos y las guías del MC.
- g. No definió la forma de cómo las asesorías por parte de los responsables del MC coadyuvarán en los enfoques transversales de las Direcciones Normativas encargadas de la normativa, el SCII, el PTAR y las encuestas de clima organizacional; ni cómo se debían llevar a cabo. Todo ello generó la completa desvinculación del MC con los instrumentos y componentes del Control Interno del Instituto, al no haber acciones implementadas por las unidades normativas encargadas del SCII y el PTAR del IMSS, durante 2021,

derivadas de la gestión del MC, como se constató en el resultado 10 del presente informe.

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

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

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS, por conducto de la CMC y por medio del oficio número 095280614B30/01/0731/2022 del 21 de diciembre de 2022, informó que con las actualizaciones a la normativa efectuadas en octubre de 2021 y febrero de 2022 se solventan los hallazgos identificados durante la auditoría, por lo que no es pertinente su actualización, además manifestó que “*...dado que la norma vigente se encuentra implementándose a partir de 2022, se considera necesario contar con un periodo mínimo de consolidación, para ver reflejados los cambios esperados en los procesos de implementación y por otro lado, alinear las posibles actualizaciones normativas al marco regulatorio del IMSS que establece que anualmente los documentos normativos que rebasen los tres años deberán verificarse, para valorar la pertinencia de su actualización...*”. No obstante, lo señalado por la entidad fiscalizada no solventa los hallazgos, debido a que el equipo auditor, mediante la prueba de hechos posteriores, comprobó que en la normativa actualizada prevalecen elementos definidos de forma genérica, lo que provocó la falta de homologación, armonización y estandarización en las actividades de implementación, mantenimiento, supervisión, monitoreo, seguimiento y evaluación del MC, por lo que la observación persiste.

### **Unidades incorporadas al Modelo Institucional para la Competitividad en 2021**

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

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

UNIDADES INCORPORADAS AL MC Y BANDA DE MADUREZ, EN 2021

Tipo de Unidad	Banda de Madurez					Total
	Diseño	Desarrollo	Consolidado	Mejorado	Referencial	
Médica	71	209	148	73	19	520
Administrativa	26	94	37	24	21	202
Social	37	75	54	24	4	194
Total	134	378	239	121	44	916

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

Con los datos proporcionados, se comprobó que:

- a. Las 916 unidades que estuvieron incorporadas al MC representaron sólo el 12.4% de las 7,293<sup>38</sup> unidades sociales, médicas y administrativas que integraron la estructura del IMSS en 2021.
- b. De las 916 unidades, 221 se incorporaron en el año 2016; 231 en 2017; 286 en 2018; 78 en 2019; 77 en 2020; y 23 en 2021; lo anterior, mostró áreas de oportunidad en el proceso de incorporación al MC, ante la falta de efectividad de las estrategias para incrementar el número de las unidades médicas, sociales y administrativas y, con ello, garantizar la mejora e innovación de los procesos y transformar la gestión directiva en un desempeño integral y efectivo a nivel institución.
- c. El IMSS determinó inadecuadamente la banda de madurez de 17 unidades, ya que no correspondió con el puntaje obtenido con la banda de madurez asignada; y 151 unidades no acreditaron el puntaje del resultado de evaluación de 2021, aun cuando se les determinó una cierta banda de madurez; lo anterior, bajo el argumento de que dichas unidades no ratificaron la implementación para el ejercicio 2022.
- d. 64 unidades correspondieron a coordinaciones y jefaturas adscritas a 34 OOAD Estatales, lo que provocó el incremento inadecuado en el número de unidades incorporadas al MC,

---

<sup>38</sup> Total de Unidades del IMSS reportadas en la “Memoria Estadística del IMSS 2021” <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2021>.

al no ser unidades medibles para el modelo y que contrastó con los mismos registros en donde se identificaron nueve sedes delegacionales consideradas por la CMC en lo individual para la medición de unidades incorporadas.

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

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

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

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

## **II. Gobernanza y actividades de control en el proceso del MC**

Con la finalidad de verificar los mecanismos de control y supervisión en el proceso de implementación de las unidades médicas, sociales y administrativas al MC, el equipo auditor llevó a cabo entrevistas y pruebas de control (visitas domiciliarias)<sup>39</sup> a la CMC y a los OOAD Estatales de Chihuahua y Chiapas<sup>40</sup>. El resultado se detalla a continuación:

### Pruebas de control a Nivel Central

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

- a. En 2021, el IMSS reportó una plantilla de 222 asesores con los que se auxilió a niveles centrales y en las Coordinaciones Delegacionales para la implementación y mantenimiento del MC en las unidades incorporadas, por lo que cada asesor debió tener en promedio cuatro unidades a su cargo; sin embargo, se observó que no hubo relación directa del total de unidades incorporadas con el número de asesores por OOAD, ya que osciló desde 1 unidad asignada por asesor hasta 10 unidades, por lo que la distribución de los esfuerzos en materia de asesoría no fue homóloga, ni consistente en todas las Delegaciones, lo que se presume repercutió en la eficiencia y eficacia de las actividades desarrolladas por estos asesores. Lo anterior se constató en las unidades del nivel central que contaron con 26 asesores que atendieron a 25 UMAE, mientras que los OOAD de Tabasco, Zacatecas y Veracruz Norte reflejaron que en promedio un asesor atendió de 8 a 10 unidades. Además, se corroboró que a niveles centrales se definió la meta de contar con un mínimo de 3 unidades por asesor y realizar al menos 8 asesorías por mes; sin embargo, los indicadores no fueron formalizados, por lo que su implementación fue discrecional por las unidades centrales, al constatarse que un asesor atendió a una UMAE.

---

<sup>39</sup> Notificadas al IMSS mediante el oficio número DGAESCI/175/2022 del 21 de septiembre de 2022.

<sup>40</sup> Documentadas mediante el Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 002/CP2021 del 6 de septiembre de 2022, Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 024/CP2021 del 13 de octubre de 2022 y el Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 026/CP2021 del 27 de octubre de 2022.

- b. En relación con las asesorías, la CMC reportó que 267 asesores a nivel nacional realizaron 22,248 acciones de asesoramiento, con base en el “Programa Anual de Asesoría 2021”; sin embargo, se observó que la Plataforma Virtual de Competitividad únicamente concentró cuantas acciones de asesoramiento se realizaron en 2021, sin determinar qué OOAD fue asesora y qué asesores lo realizaron, por lo que el sistema no generó información útil y oportuna para la toma de decisiones.
- c. El IMSS reportó que las actividades del MC se alinearon con el objetivo prioritario número 6. “Garantizar que el Instituto cuente con los mecanismos para conocer las necesidades y atender las demandas de la población derechohabiiente y usuaria”, en el que informó que el porcentaje de unidades que incrementaron el nivel de competitividad fue del 49.0% y que 51 unidades demostraron contar con resultados de valor y satisfacción a la población derechohabiiente y población usuaria, al ser reconocidas en el certamen del Premio IMSS a la Competitividad de 2021. No obstante lo manifestado, durante las pruebas de control por parte del equipo auditor en las oficinas de la CMC, ante el cuestionamiento de acreditar con evidencia documental en qué medida la implementación del MC incrementó la satisfacción y confianza en los servicios otorgados por el Instituto, ésta informó que:

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

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

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

Por lo tanto, se comprobó que la CMC no contó con mecanismos e indicadores suficientes e integrales para medir las necesidades y expectativas de los

derechohabientes y la población usuaria y, con ello, identificar en qué medida la implementación del MC incrementó o no la satisfacción y confianza en los servicios otorgados por el Instituto, para en su caso redireccionar las estrategias de diseño e implementación del modelo.

- d. En 2021, el IMSS incorporó a 23 unidades al MC, pero se dieron de baja 69 unidades respecto de las registradas en 2020. La CMC se auxilió de las Coordinaciones Delegacionales de Competitividad y Jefaturas de División de Calidad, con el propósito de que realizaran actividades de convencimiento de los cuerpos directivos de las unidades para su incorporación; sin embargo, se verificó que no contó con una campaña de difusión formalizada, ni tampoco emitió un informe en el que se difundieran los casos de las unidades sobresalientes que contaron con un Sistema de Gestión con base en el MC. Además, se verificó que el IMSS no contó con estrategias para garantizar la permanencia de las unidades médicas, sociales y administrativas en el MC y para mejorar la banda de madurez de las unidades incorporadas, ya que como se describió en el apartado II de este resultado, existió un estancamiento en las bandas de madurez y alta volatilidad en las mismas de un año respecto de otro.
- e. El único medio para ejercer mecanismos de monitoreo, seguimiento y control fue la “Plataforma Virtual de Competitividad”, en donde las unidades incorporadas al MC y los asesores registraron la información y documentación de 2021; sin embargo, con las pruebas de control se identificaron errores y fallas en la plataforma para consultar y extraer información y documentación referente a los programas operativos, bandas de madurez y autodiagnósticos de las unidades incorporadas al MC, por lo que la CMC no contó con un resguardo de información y documentación que acreditara la implementación del MC en cada una de las unidades incorporadas. Hecho que se sustentó, mediante la prueba de hechos posteriores, en la que se comprobó que en el ejercicio 2022 los OOAD de Chihuahua y Chiapas realizaron el resguardo y seguimiento por medio de “Microsoft Teams” y no en la plataforma específica, ante los errores y fallas de ésta.
- f. La División de Desarrollo a la Competitividad, adscrita a la CMC, no elaboró el Informe Anual de los resultados de la ejecución de las acciones de formación en competitividad establecidos para el personal asesor y evaluador del MC, a efecto de contar con información para el planteamiento de las estrategias de desarrollo y fortalecimiento de las competencias, por lo que fue omisa con lo previsto en la función 2, del numeral 7.1.2.1.3 del Manual de Organización de la Unidad de Integridad y Transparencia del IMSS.

#### Pruebas de control a nivel OOAD de Chihuahua y Chiapas

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

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

se cumplió, debido a que se identificó que 681 unidades no mejoraron su nivel de banda de madurez, sólo 132 unidades sí mejoraron y 63 unidades disminuyeron.

### **III. Unidades registradas al MC seleccionadas para revisión**

El equipo auditor seleccionó a 16<sup>41</sup> unidades médicas, sociales y administrativas de las 916 unidades incorporadas al MC, con la finalidad de comprobar los mecanismos de control y las actividades de gobernanza en la implementación del MC, en 2021. Los hallazgos se presentan a continuación:

- a. De las 16 unidades analizadas, 9 correspondieron a unidades sociales, 6 a unidades médicas y 1 a unidades administrativas, de las cuales 7 tuvieron una banda de madurez en “desarrollo”, 3 “consolidado”, 3 en “mejorado”, 2 en “referencial” y 1 en “diseño”.
- b. En 15 unidades no se acreditó la elaboración de las evaluaciones inicial e interna por las unidades, ni las evaluaciones externas por la CMC, lo que incumplió la “Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad”; sólo la Unidad Médica Familiar Número 71 acreditó la “Cédula de Evaluación Inicial” de los 8 criterios.
- c. Se verificó que 14 de las 16 unidades realizaron “Programas Operativos de fortalecimiento al MC” relacionados con los 8 criterios del modelo, por medio de los cuales se establecieron objetivos, actividades y se definió la congruencia, el lugar y los responsables de la ejecución; necesarios para la mejora continua para incrementar la banda de madurez.
- h. Se revisaron los 16 Reportes de retroinformación elaborados por los asesores de las CDC, los cuales sustanciaron las validaciones que éstos realizaron; sin embargo, se observó que fueron requisitados por los asesores en la plataforma, por lo que la veracidad, integridad, confiabilidad, suficiencia y pertinencia de la información y documentación que sustentó los reportes, dependieron del criterio de cada asesor, sin que se pudiera comprobar la intervención de las oficinas centrales y los OOAD, también responsables del modelo, que pudiera conformar un proceso mínimo de revisión, verificación y potencial corrección, en caso de errores u omisiones que acreditaría la supervisión y validación de las actividades desarrolladas por los asesores.

---

<sup>41</sup> Unidades médicas: HGO 4 XXI; Hospital Rural SS Villa Unión; Unidad Médica Familiar 11 de Tapachula; Unidad Médica Familiar 13 de Tuxtla Gutiérrez; Unidad Médica Familiar 23 de Tuxtla Gutiérrez; y Unidad Médica Familiar 71.

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

Unidades Administrativas: Subdelegación de Polanco.

## B. Premio IMSS a la Competitividad

Se verificó que el IMSS estableció el Premio IMSS a la Competitividad, el cual correspondió al certamen anual en el que las unidades médicas, sociales y administrativas del Instituto que implementaron un sistema de gestión basado en el MC, participaron y demostraron altos niveles de competitividad, para ser reconocidas económicaamente.<sup>42</sup>

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

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

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

- A. El IMSS dispuso de la “Norma para que las unidades médicas, sociales y administrativas participen en el Premio IMSS a la competitividad”<sup>43</sup> para regular el certamen, así como de las disposiciones generales y específicas para administrar y resguardar la información generada en las diversas etapas del concurso; las categorías de participación por tipo de unidad; las modalidades de participación y las características; las instancias decisorias; la participación de los evaluadores y los reconocimientos económicos. Al respecto, se identificó que:
  - a. El IMSS facultó a la CMC para planear, dirigir y coordinar el proceso del Premio IMSS; formar los equipos de evaluadores (responsables de determinar las unidades ganadoras); integrar, presentar, conservar y resguardar la documentación soporte del certamen.
  - b. El proceso se dividió en las etapas de: 1. Autodiagnóstico (Premio IMSS) o plan de mejora (Distintivo Águila); 2. Visita de verificación de autodiagnóstico; 3. Inscripción de las unidades; 4. Elaboración del informe organizacional; 5. Evaluación documental; 6. Autorización de la Junta Técnica; 7. Ejecución de visita de verificación; 8. Autorización de la Junta Directiva y 9. Premiación y reconocimiento económico.
  - c. La normativa reconoció el Premio IMSS y los distintivos “Águila” oro, doble oro y triple oro; “Águila” platino, doble platino y triple platino, y “Águila” Diamante, doble y triple diamante. Dichos distintivos correspondieron a brindar un reconocimiento a las unidades

<sup>42</sup> En el año 2000, el IMSS analizó los criterios de los diferentes modelos de gestión de calidad de los premios internacionales y tomó la experiencia del “Premio Nacional de Calidad” y adoptó la metodología del “Modelo de Calidad Total” para instaurar el Premio IMSS de Calidad. Procedimiento para la identificación, documentación, evaluación, registro, reconocimiento, difusión y seguimiento de las prácticas competitivas del IMSS. Unidad de Integridad y Transparencia, Página 5.

<sup>43</sup> Validado y registrado por la Coordinación de Modernización y Competitividad el 7 de octubre de 2021.

que consecutivamente ganaron el Premio IMSS en los tres años subsecuentes y demostraron mantener o mejorar el puntaje obtenido en la última evaluación.

- d. La normativa manda la conformación de la Junta Técnica de Competitividad y la Junta Directiva de Competitividad, las cuales correspondieron a las instancias decisorias del Premio IMSS y los distintivos, con base a los puntajes mínimos de participación, las visitas de verificación; así como de autorizar las unidades ganadoras y los montos de reconocimiento económicos.
- B. El IMSS estableció el “Procedimiento para la Administración del Premio IMSS a la Competitividad”<sup>44</sup> que definió las políticas, actividades y responsabilidades para administrar el proceso de evaluación del Premio IMSS, con la finalidad de impulsar la eficiencia, la mejora e innovación de las unidades médicas, sociales y administrativas.

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

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

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

---

<sup>44</sup> Elaborado por la Coordinación Técnica de Competitividad y Cultura Institucional, el 4 de octubre de 2018.

## UNIDADES GANADORAS DEL PREMIO IMSS Y LOS DISTINTIVOS, EN 2021

Premio o Distintivo	Unidad			Total
	Médicas	Administrativas	Sociales	
<b>Premio IMSS:</b>				
Premio IMSS	6	4	0	10
Premio IMSS Oro	3	1	2	6
Premio IMSS Platino	0	1	0	1
<b>Distintivo Águila:</b>				
Distintivo Águila Oro	9	4	2	15
Distintivo Águila Platino	5	2	0	7
Distintivo Águila Doble Oro	3	1	0	4
Distintivo Águila Triple Oro	2	1	1	4
Distintivo Águila Doble Platino	0	3	0	3
Distintivo Águila Triple Platino	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>51</b>

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

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

Con la finalidad de verificar los mecanismos de control y supervisión en el proceso del Premio IMSS y los distintivos, el equipo auditor entrevistó y realizó pruebas de control (visitas domiciliarias)<sup>45</sup> en la CMC y en los OOAD de Chihuahua y Chiapas<sup>46</sup>. El resultado se muestra a continuación:

#### Pruebas de control a Nivel Central

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

- En la sesión ordinaria de la Junta Técnica de Competitividad, del 20 de agosto de 2021, se autorizó el puntaje igual o mayor a 610 puntos como mínimo, para que las unidades continuaran participando y fueran sujetas de las visitas de verificación.
- En la sesión ordinaria de la Junta Directiva de Competitividad, del 28 de octubre de 2021, se autorizó el puntaje de 650 puntos como mínimo para que las unidades resultaran

<sup>45</sup> Notificadas al IMSS mediante el oficio número DGAESCI/175/2022 del 21 de septiembre de 2022.

<sup>46</sup> Documentadas mediante Actas Administrativas Circunstanciadas de Auditorías números 002/CP2021, 024/CP2021 y 026/CP2021, suscritas el 6 de septiembre de 2022, el 13 de octubre de 2022 y el 27 de octubre de 2022, respectivamente.

ganadoras del Premio IMSS y los distintivos, y dictaminó como ganadoras en las modalidades del “Premio IMSS” a 17 unidades y en “Distintivo Águila” a 34 unidades. Además, autorizó el pago de 49,089.6 miles de pesos.

- c. La Junta Directiva de Competitividad y la Junta Técnica de Competitividad se integraron por los representantes de las áreas normativas de las unidades que participaron, durante 2021.
- d. El IMSS no contó con una metodología para que la Junta Directiva de Competitividad y la Junta Técnica de Competitividad establecieran los puntajes, números y montos autorizados; toda vez, que sólo se retomaron los datos históricos determinados en ejercicios anteriores.

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

- a. En 2021, dicho padrón se conformó por 528 evaluadores, de los cuales 378 fueron evaluadores ratificados por participar en ejercicios anteriores y 150 fueron de nuevo ingreso. Al respecto, se verificó que 149 correspondieron a asesores adscritos a las CDC.
- b. El IMSS acreditó planes de cursos propedéuticos y de capacitación en materia de MC y del Certamen Premio IMSS, realizados en 2021 y proporcionó los perfiles de puestos, los cuales indicaron las competencias requeridas de forma genérica (el nivel académico, las características personales, las necesidades de conocimiento y comprensión básicas, y las habilidades y experiencia). No obstante, los perfiles no establecieron las expectativas de competencia profesional, los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada sobre los puestos y los demás cargos institucionales para ayudar a la institución a lograr los objetivos en materia de MC, por lo que no se atendió lo previsto en el artículo Segundo, disposición 9, Norma general Primera, numerales 3 y 4 del Acuerdo de Control Interno.
- c. Los evaluadores fueron los encargados de revisar los “Informes Organizacionales” y evaluar a las unidades mediante la “Visita de Verificación”. Aunado a lo anterior, se identificó que la evaluación se realizó en dos etapas: la primera de forma individual y la segunda mediante consenso grupal, en donde se determinó la puntuación, para lo cual se integraron equipos evaluadores de al menos dos evaluadores, siendo uno de ellos el evaluador líder; asimismo, dicho equipo se encargó de determinar el puntaje y la banda de madurez alcanzada por cada unidad participante.
- d. Que la asignación de los evaluadores fue conforme a la demarcación territorial y la experiencia de los evaluadores en materia del MC y el Premio IMSS; sin embargo, el IMSS

no consideró los perfiles o áreas de conocimiento de los evaluadores para validar a las unidades médicas, sociales y administrativas participantes. Lo anterior se comprobó con las unidades revisadas, en donde se identificó que algunos evaluadores de unidades médicas tenían más conocimiento de la gestión en unidades administrativas o sociales a las que estuvieron adscritos.

- e. Que las herramientas de evaluación utilizadas para el certamen del Premio IMSS y distintivos carecieron de parámetros específicos y de una metodología para definir el puntaje otorgado a las unidades, toda vez que el evaluador con base en su experiencia determinó la ponderación asignada de las unidades participantes. Adicionalmente, las cédulas de evaluación no contaron con firmas autógrafas de quienes las elaboraron y validaron; la veracidad, integridad, confiabilidad y suficiencia de la información y documentación que sustentó las revisiones, evaluaciones y validaciones dependieron únicamente del criterio de los evaluadores, sin que se pudiera comprobar la intervención de las oficinas centrales y los OOAD responsables de la asignación del Premio IMSS, que pudiera conformar un proceso mínimo de revisión, verificación y potencial corrección, en caso de errores u omisiones que acreditara la supervisión y validación del certamen.
- f. La CMC no contó con los mecanismos de seguimiento de los 49,089.6 miles de pesos que otorgó a las unidades ganadoras, tampoco acreditó los informes trimestrales del avance en el ejercicio de los recursos.

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

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

- a. Las 11 unidades presentaron su solicitud de inscripción en tiempo y forma.
- b. Se comprobó que los reportes de Autodiagnóstico y de Retroinformación fueron requisitados por las unidades y los asesores en la plataforma, en los cuales se observó que la veracidad, integridad, confiabilidad, suficiencia y pertinencia de la información y documentación que sustentó los reportes, dependieron del criterio de cada unidad y asesor asignado, sin que se pudiera comprobar la intervención de las oficinas centrales y los OOAD responsables del modelo, que pudiera conformar un proceso mínimo de revisión, verificación y potencial corrección en caso de errores u omisiones que acreditara la supervisión y validación del MC.
- c. 5 unidades (Hospital General de Zona Número 58 "Las Margaritas"; Unidad de Medicina Familiar Número 64 Córdoba; Centro Vacacional "Atlixco Metepec"; Guardería Ordinaria G-0035 "Sevilla" y Subdelegación de Aguascalientes) ganaron el Premio IMSS, IMSS Oro y Platino y las cuales presentaron informes organizacionales. Con la revisión de los informes, se verificó que fueron análogos en cuanto a la estructura, al incluir datos de la

unidad, antecedentes, servicios otorgados, organigrama, descripción del sistema de gestión implementado, el mapa de gestión, el propósito del criterio, la implementación y los resultados de los ocho criterios del MC. Sin embargo, no fueron homogéneos en su contenido, hecho que se comprobó con los resultados de los criterios, en los que se presentaron de forma indistinta entre cada informe, ya se describieron mediante reportes financieros, fotografías, índices de indicadores y resultados de encuestas; lo que denotó áreas de oportunidad por parte de los responsables del proceso en el diseño e implementación de la información y documentación que debió incluir cada informe.

- d. 6 unidades (Unidad de Medicina Familiar Número 57 “Irapuato”; Subdelegación Mérida Norte; Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades Número 25 del Centro Médico Nacional del Noroeste; Unidad de Medicina Familiar Número 1 Puebla; Escuela de Enfermería Tijuana, y Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Cardiología Número 34 Centro Médico Nacional del Noroeste) ganaron los Distintivo Águila Oro, Águila Triple Oro, Águila Platino y Águila Triple Platino, las cuales presentaron informes de mejora. Con la revisión de los informes, se constató que fueron análogos en cuanto a la estructura, al incluir datos generales, enfoque de mejora, resultado de indicadores y mapa de gestión (descripción, objetivo, resultados cualitativos, cuantitativos e impacto).
- e. Concerniente a las 11 Actas de Evaluación, se identificó que éstas fueron el resultado de las visitas de verificación virtual, en las que el grupo de evaluadores determinó las calificaciones de los 8 criterios establecidos en el MC e incluyeron una descripción genérica de los motivos que originaron la calificación asignada. Al respecto, se comprobó que la CMC no validó, ni resguardó la evidencia documental de la información registrada por los evaluadores referente a las calificaciones; además, mediante entrevista a ocho evaluadores de los OOAD de Chihuahua y Chiapas se comprobó que no resguardaron evidencia documental que acreditara lo reportado al nivel central e indicaron que las herramientas de evaluación utilizadas, al registrarse en la plataforma, son borradas una vez que el certamen finaliza. Por lo tanto, la trazabilidad del certamen careció de los elementos de veracidad, transparencia, integridad, confiabilidad y suficiencia.
- f. Se verificó que los evaluadores elaboraron 11 Informes de Retroinformación, como resultado de las evaluaciones documentales y visitas de verificación, que incluyeron los resultados y las áreas de oportunidad.

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS, por conducto de la CMC y por medio del oficio número 095280614B30/01/0731/2022 del 21 de diciembre de 2022, informó que el certamen de 2021 se realizó en términos de la normativa; el resguardo de la información y documentación revisada durante el proceso se pueden consultar en la plataforma, únicamente en el ejercicio en el que se opera, posteriormente se consolida en un archivo electrónico de Excel, por lo que el detalle, los mecanismos y los criterios de evaluación, así como los alcances de la revisión recaen en los evaluadores; la CMC no es responsable de validar el contenido de los documentos de los evaluadores; y respecto al seguimiento de los premios, señaló que sí contó

con los mecanismos de seguimiento, consistentes en la elaboración de los informes trimestrales por parte de las unidades ganadoras. No obstante, lo señalado por la entidad fiscalizada no solventa los hallazgos identificados durante la auditoría, que se sustentaron con la revisión de los reportes e informes de Autodiagnóstico, Organizacionales y de Mejora, así como de Retroinformación y la falta de resguardo de la evidencia documental que acreditaría lo reportado en los documentos, por lo que se reitera que la trazabilidad del certamen careció de los elementos de veracidad, transparencia, integridad, confiabilidad y suficiencia, por lo que se mantiene la observación.

### **III. EVALUACIONES DE LA DOE**

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

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

- La falta de aplicación de acciones de mejora efectivas a los procesos de cada uno de los servicios.
- La deficiente supervisión operativa y directiva en los inicios oportunos, cita escalonadas, apego a criterios, tiempos de espera, diagnósticos, consultas, disponibilidad de camas hospitalarias, uso racional de medicamentos, calidad de la atención, registros de expedientes clínicos y diagnósticos y oportunidad en la entrega de resultados.
- El bajo apego a las Normas Oficiales Mexicanas, a las Guías de Práctica Clínica, a los formatos de registro, a las acciones esenciales de Seguridad del Paciente y de procedimientos.
- La falta de infraestructura y recursos humanos.
- La falta de actualización de la matriz de riesgos, al no tener contemplada la principal problemática de cada uno de los servicios del hospital.
- El incremento en la cantidad de quejas por inconsistencias en el servicio otorgado.

- La falta de aplicación de encuestas de satisfacción a la población usuaria, para identificar las mejoras en los procesos médicos y administrativos y la percepción de los derechohabientes.

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

### **Conclusión**

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

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

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

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

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

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

#### **2021-1-19GYR-21-0160-01-006 Recomendación**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social diseñe, desarrolle y ejecute un programa formativo dirigido a asesores y evaluadores, que facilite la regulación de las actividades del Modelo Institucional para la Competitividad y el Premio IMSS a la Competitividad, para fortalecer la comprensión, entendimiento, conocimiento, aplicación del marco normativo y sus herramientas de apoyo, metodologías de revisión; registro, asesoría, implementación, documentación, elaboración de expedientes, elaboración de planes integrales de implementación, aplicación de cédulas de evaluación, diseño de actas de evaluación, elaboración de informes organizacionales y reportes de retroinformación y la identificación y gestión de riesgos tácticos y operativos, supervisión, seguimiento y evaluación, integrando los componentes de responsables, alcances, parámetros, secuencia de actividades, resguardo de evidencia, herramientas, indicaciones y validación, a fin de desarrollar competencias homogéneas en los equipos y así fomentar en las unidades médicas, sociales y administrativas la efectiva implementación de un sistema de gestión basado en el Modelo Institucional para la Competitividad, de conformidad con la función 1, numeral 7.1.2 del Manual de Organización de la Unidad de Integridad y Transparencia del Instituto Mexicano del Seguro Social y del artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### **2021-1-19GYR-21-0160-01-007 Recomendación**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social fortalezca la "Plataforma Virtual de Competitividad" con la finalidad de contar con un sistema informático que almacene y procese toda la información relacionada con los procesos del Modelo Institucional para la Competitividad y el Premio IMSS a la Competitividad, que incluya las actividades de asesoramiento; las actividades realizadas por los evaluadores durante el certamen Premio IMSS a la competitividad; que genere reportes respecto de las actividades de implementación del Modelo; la información y la documentación que sustente los reportes autodiagnósticos,

reportes de retroinformación, las evaluaciones, planes de mejora, planes integrales de implementación, cédulas de evaluación, actas de evaluación, reportes organizacionales y reportes de retroinformación, así como sus validaciones y autorizaciones, y, con ello, garantice contar con un sistema de apoyo que permita consultar, generar y extraer información veraz, íntegra y oportuna que facilite las actividades de control y supervisión para la toma de decisiones para transformar la gestión directiva en un desempeño integral. Lo anterior se realizará de conformidad con el artículo 6°, numeral 6.32 de la "Norma que establece las disposiciones para la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad"; el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 11, elementos de control 11.01, 11.02 y 11.03; así como el párrafo tercero, artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Cuarta, Información y Comunicación del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

**2021-1-19GYR-21-0160-01-008 Recomendación**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social desarrolle una estrategia bajo una visión institucional, que considere la incorporación de unidades al proceso de implementación del Modelo Institucional para la Competitividad, cuando éstas se ubiquen dentro de los criterios establecidos desde el nivel normativo para que implementen, con la finalidad de que se impulse la mejora e innovación de los procesos, la transformación de la gestión directiva en un desempeño integral y efectivo para ofrecer procesos y servicios acordes con las necesidades y expectativas de sus usuarios e incremente su satisfacción y confianza, en términos de lo dispuesto en el numeral 7.2 de la Norma para la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad; la función 1, numeral 7.1.2 del Manual de Organización de la Unidad de Integridad y Transparencia del Instituto Mexicano del Seguro Social; y el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

**5. Actividades de la Dirección de Operación y Evaluación en 2021**

De conformidad con el artículo 69, fracción XXII, del RIIMSS, la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones está facultada para coadyuvar con los Órganos Normativos y de

Operación Administrativa Desconcentrada para la implantación, seguimiento y análisis en el Instituto de los resultados específicos comprometidos por el Ejecutivo Federal para el Instituto, así como informar de los avances.

En el apartado 5 “Políticas”, política 5.6, del Manual de Organización de la Dirección de Operación y Evaluación (MODOE), se establece que esta dirección promoverá la aplicación oportuna y sistemática de procesos de evaluación a los OOAD y las UMAE para mejorar los resultados de su gestión.

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

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

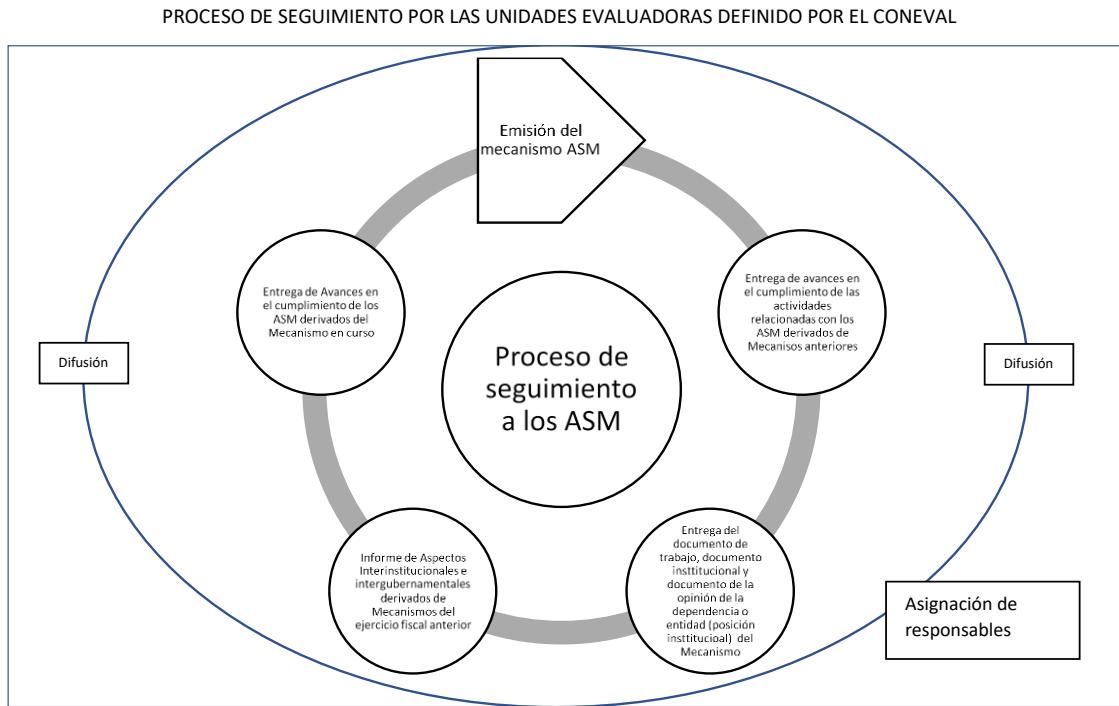
Se observó una falta de homologación en los instrumentos normativos del IMSS, en relación con las facultades de la DOE, ya que en el RIIMSS se hace referencia a la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones, en tanto que el MODOE la denomina “Dirección de Operación y Evaluación”. El cambio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

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

- La DOE tiene a su cargo a la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados, que se integra por las Coordinaciones de Evaluación de Incorporación y Recaudación, de Calidad Médica, de Prestaciones Económico-Sociales, del Programa IMSS Bienestar y de Administración de finanzas, las cuales se encargan de llevar a cabo las evaluaciones y verificaciones a los OOAD, las UMAE y los órganos operativos, por medio de las Divisiones de Evaluación.

- La UEOD somete a la DOE los resultados de las evaluaciones y verificación realizadas a los OOAD, las UMAE y los Órganos Operativos.
- La UEOD implementa, en coordinación con la DOE, las medidas correctivas para el buen funcionamiento de los órganos, y dicta los mecanismos para evaluar los avances de los compromisos y planes de mejora.
- La UEOD informa a los OOAD, las UMAE y los órganos operativos las áreas de oportunidad detectadas con base en los resultados de las evaluaciones, y solicita un plan de mejora.
- La UEOD orienta y autoriza los planes de mejora determinados por los OOAD, las UMAE y los órganos operativos, con motivo de los resultados obtenidos de las evaluaciones y verificaciones.
- La UEOD acuerda con los Órganos Normativos competentes las líneas de acción para promover el incremento de la eficiencia de los OOAD, las UMAE y los órganos operativos, en la ejecución de los procesos, con base en los resultados de las evaluaciones, verificaciones y la determinación de prioridades.
- La UEOD verifica el cumplimiento y seguimiento de los planes de mejora.
- La UEOD verifica el impacto obtenido en la mejora de las deficiencias identificadas.

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



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

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

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

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

Como parte de las actividades realizadas, durante 2021, por la Coordinación de Evaluación de Calidad Médica se identificaron las evaluaciones a los OOAD de Jalisco, Campeche, Oaxaca, Tlaxcala y Coahuila, y a 3 UMAE el Hospital de Gineco Obstetricia Núm. 3, CMN La Raza; el Hospital de Especialidades Núm. 14 "Lic. Adolfo Ruíz Cortines", CMN Veracruz, y el Hospital

de Gineco Obstetricia "Lic. Ignacio García Téllez", CMN Occidente. En el análisis de los ocho "Tableros e Informes de Evaluación 2021", se identificó que, dentro de su proceso de evaluación, revisó a un total de 16 unidades médicas, de las cuales se verificó que 8 estuvieron incorporadas al Modelo de Competitividad en 2021.

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

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

En lo que respecta a las evaluaciones realizadas a los OOAD y las UMAE, se constató que en los informes se presentan las acciones de mejora, las cuales se envían a los OOAD y las UMAE por medio de correo electrónico, a efecto de que sean retomadas para la elaboración del Plan de Trabajo, para su atención. En la revisión del formato del Plan de Mejora, se observó que en él se solicitaron a los OOAD y las UMAE los responsables para la atención de las acciones de mejora o áreas de oportunidad, los medios de verificación, la fecha de cumplimiento, la periodicidad de la acción de mejora, el tipo de acción o unidad de medida y la meta (número de acciones); también, se observó un apartado en el que le corresponde a la UEOD analizar

las acciones a realizar para determinar si se orientan a la solución parcial o total de las acciones de mejora o áreas de oportunidad y, finalmente, dar seguimiento a los resultados de la acción de mejora, de los avances y de los medios de verificación. No obstante, no se presentó evidencia de la aplicación de dicho plan, toda vez que sólo se proporcionó el formato, por lo que la DOE careció de evidencia que acreditara que durante 2021 ejecutó el seguimiento de los resultados de las evaluaciones que realizó y comunicó, de la orientación y autorización de los planes de mejora, así como de las mejoras en la gestión de los OOAD y las UMAE derivadas de sus evaluaciones.

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

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

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

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

## Conclusión

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

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

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

### 2021-1-19GYR-21-0160-01-009 Recomendación

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

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

**2021-1-19GYR-21-0160-01-010 Recomendación**

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

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

**6. Fiscalización a patrones y demás sujetos obligados**

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

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

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

Se comprobó que la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), en coordinación con la Unidad de Fiscalización y Cobranza (UFC) y la Unidad de Servicios Estratégicos (USE), estableció ocho estrategias que regularon el proceso de fiscalización a patrones y demás

sujetos obligados y la verificación del supuesto aseguramiento establecido en el artículo 17 de la LSS durante 2021, las cuales se enlistan a continuación:

ESTRATEGIAS QUE REGULARON EL PROCESO DE FISCALIZACIÓN A PATRONES DEL IMSS, DURANTE 2021		
Numeral	Estrategia	Objetivo
1	Estrategias para la Programación de Actos de Fiscalización	Establecen los lineamientos y las actividades para la generación de propuestas de actos de fiscalización, a partir del análisis de insumos conocidos de las diversas fuentes de información internas y externas, hasta su registro y validación en la aplicación denominada Administrador de Propuestas (Ad-Pro). Asimismo, indica que el IMSS, en carácter de organismo fiscal autónomo, ejerce sus facultades de comprobación mediante siete métodos de fiscalización: Visitas domiciliarias, Revisiones de Gabinete, Revisión Interna de Dictamen, Requerimiento de Obra de Construcción (artículos 12-A y 18 del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado), Corrección Patronal y Carta Invitación.
2	Estrategias para la Recepción y Atención de Denuncias Presentadas por el Trabajador, sus Beneficiarios o Representante Legal	Establecen las actividades para la recepción y atención de las denuncias presentadas por el trabajador, sus beneficiarios o su representante legal, en contra de sus presuntos patrones o sujetos obligados por posibles incumplimientos a las disposiciones fiscales en materia de seguridad social, en materia de afiliación, clasificación de empresas, recaudación y fiscalización.
3	Estrategias para el Desarrollo de las Visitas domiciliarias	Establecen las actividades que las áreas operativas del IMSS deben observar para el desahogo de las visitas domiciliarias que se realicen en el ejercicio de las facultades de comprobación, de conformidad con lo establecido en los artículos 42, primer párrafo, fracción III, quinto y sexto párrafos, 43, 44, 45, 46, 46 A, 47, 50, 53 C, y 69 C del Código Fiscal de la Federación.
4	Estrategias para el Desarrollo de Revisiones de Gabinete	Establecen las actividades y tareas operativas que deben de observarse para el desahogo de las revisiones de gabinete.
5	Estrategias para la Revisión del Dictamen	Establecen las actividades a seguir para la revisión del dictamen formulados por contador público autorizado, así como para la imposición de sanciones a dichos contadores, derivadas de irregularidades detectadas durante la revisión del dictamen.
6	Estrategias para la Emisión y Atención de las Cartas Invitación	Establecen las actividades que las áreas operativas del Instituto deben observar para la emisión, control y seguimiento de las Cartas Invitación, dirigidas a patrones o sujetos obligados, respecto de los que se identifiquen probables irregularidades detectadas por el IMSS en el cumplimiento de sus obligaciones fiscales en materia de seguridad social.
7	Estrategias para el Desarrollo de la Verificación de Supuesto Aseguramiento Establecida en el Segundo Párrafo, del Artículo 17 de la Ley del Seguro Social	Establece las actividades que las áreas operativas de auditoría a patrones deben observar para ejercer la facultad administrativa del IMSS, establecida en el segundo párrafo del artículo 17 de la LSS, a fin de comprobar la existencia de una relación de trabajo para que, en caso de no comprobarse los supuestos, se dé de baja al presunto trabajador, al presunto patrón o ambos y de esta manera evitar que el IMSS tenga un daño patrimonial por la erogación de gastos por la inscripción improcedente.
8	Estrategias y Lineamientos Generales para el Seguimiento y Evaluación de la Función Fiscalizadora	Establece los lineamientos sobre la vigilancia, seguimiento, evaluación y control de los actos de fiscalización por parte de las titulares de las Jefaturas de Servicios de Afiliación y Cobranza, del Jefe del Departamento de Supervisión de Auditoría a Patrones, así como del Titular de la Subdelegación, del Jefe del Departamento o Encargado de Auditoría a Patrones, y de los Jefes de Oficina de Auditoría de cada subdelegación.

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

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

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

PROPUESTAS Y ACTOS DE FISCALIZACIÓN REGISTRADOS DURANTE 2021

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

Numeral	OOAD	Propuestas de Actos de Fiscalización		Actos de Fiscalización Realizados	
		Número de Propuestas	Número de Patrones con Propuesta	Número de Actos de Fiscalización	Número de Patrones con Actos de Fiscalización
31	TLAXCALA	82	71	5	5
32	VERACRUZ NORTE	304	263	3	3
33	VERACRUZ SUR	237	216	7	7
34	YUCATÁN	236	203	9	9
35	ZACATECAS	151	114	2	2
<b>Total</b>		<b>13,266</b>	<b>11,524</b>	<b>781</b>	<b>779</b>

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

### **OOAD seleccionados**

Para comprobar que el proceso de fiscalización a patrones y demás sujetos obligados durante 2021, se realizó conforme a lo establecido en la normativa vigente, y que la fiscalización por parte del IMSS coadyuvó al fortalecimiento de la formalización del empleo y la equidad en el financiamiento de la seguridad social, el equipo auditor seleccionó a las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 del OOAD de Chihuahua y la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez del OOAD de Chiapas, en las que identificó que los OOAD de Chihuahua y Chiapas, durante 2021, realizaron 30 actos de fiscalización de visitas domiciliarias y se corroboró que 19 de las 30 visitas fueron realizadas por las Subdelegaciones de Juárez 1 (7 visitas), Juárez 2 (4 visitas) y Tuxtla Gutiérrez (8 visitas), con el objetivo de verificar los mecanismos de control en los diferentes tipos de visitas y su estatus de la fiscalización al cierre del ejercicio fiscal, de las cuales se revisaron los expedientes de 17 visitas domiciliarias, como se detalla a continuación:

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

Visitas Domiciliarias	OOAD	Subdelegación	Fecha de la Visita Domiciliaria	Tipo de Visita Domiciliaria	Estatus de la Fiscalización
1	Chihuahua	Juárez 1	marzo 2021	Integral <sup>1</sup>	Concluida con liquidación
2	Chihuahua	Juárez 1	abril 2021	Específica <sup>2</sup>	Concluida por corrección fiscal
3	Chihuahua	Juárez 1	marzo 2021	Específica	Concluida con liquidación
4	Chihuahua	Juárez 1	marzo 2021	Integral	Concluida por corrección fiscal
5	Chihuahua	Juárez 1	noviembre 2021	Específica	Orden de Visita notificada <sup>3</sup>
6	Chihuahua	Juárez 2	febrero 2021	Integral	Concluida por corrección fiscal
7	Chihuahua	Juárez 2	agosto 2021	Específica	Concluida por corrección fiscal
8	Chihuahua	Juárez 2	noviembre 2021	Integral	Pendiente de levantar Acta Final
9	Chihuahua	Juárez 2	abril 2021	Específica	Concluida por corrección fiscal
10	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	julio 2021	Específica	Conclusión Anticipada
11	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	mayo 2021	Específica	Visita en Proceso
12	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	diciembre 2021	Específica	Visita en Proceso
13	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	enero 2021	Específica	Acta Final <sup>4</sup>
14	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	enero 2021	Específica	Concluida por corrección fiscal
15	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	noviembre 2021	Específica	Acta Parcial <sup>5</sup>
16	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	mayo 2021	Específica	Visita en Proceso
17	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	agosto 2021	Específica	Visita en Proceso

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

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

Se observó que la DIR y las Subdelegaciones, en los registros del sistema, clasificaron a las 17 visitas domiciliarias en 8 estatus de fiscalización, sin embargo, se corroboró que sólo los correspondientes a la orden de visita notificada, el acta final y el acta parcial estuvieron definidos en las “Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias” vigentes en 2021; mientras que los estatus a) concluida con liquidación, b) concluida por corrección fiscal, c) pendiente de levantar acta final, c) conclusión anticipada y d) visita en proceso no estuvieron regulados en el marco normativo del IMSS, situación que reflejó áreas de oportunidad en el registro de las visitas y provocó inconsistencias en la información reportada para la toma de decisiones, propiciando actos de posible discrecionalidad en la determinación del indicador “eficiencia de los actos de fiscalización”, incluido en el documento Evaluación del Desempeño Operativo de la Fiscalización 2021, que consideró en su determinación las visitas domiciliarias con estatus “concluida por autocorrección”, “concluida por liquidación” y “concluida por liquidación sólo multas”. Lo anterior, se comprobó con el estatus de fiscalización denominado “conclusión anticipada” que la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez registró para la visita domiciliaria 10, quien manifestó, como consta en el Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 027/CP2021 del 27 de octubre de 2022, que la DIR realizó las

actualizaciones de las revisiones que se migraron del “Sistema Integral de Seguimiento” (SIS) al sistema denominado “Seguimiento Integral para el Control de Actos de Fiscalización” (SICAF), por lo que instruyó que todas las revisiones concluidas en 2021 se registraran con ese estatus en el sistema, situación que no fue congruente con los estatus determinados por las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 a las visitas domiciliarias 2 y 4, de los cuales concluyeron las revisiones en 2021 y se reportaron como “Concluida por corrección fiscal”.

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación y por medio del oficio número 0952 8061/4B30/01/005/2023 del 6 de enero de 2023, proporcionó las “Estrategias para el desarrollo de visitas domiciliarias” y manifestó que en dichas estrategias se establecen las situaciones concretas que se presentan en el desahogo de los actos de fiscalización; sin embargo, lo señalado por la entidad fiscalizada ratifica lo observado por el equipo auditor respecto a que sólo se definieron tres de los ocho estatus de conclusión utilizados por las Subdelegaciones en 2021, por lo que la observación persiste.

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

- a. La fiscalización de 3 patrones se realizó en cumplimiento de lo establecido en los artículos 46 y 46 A del Código Fiscal de la Federación y según lo dispuesto en las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias.
- b. La Subdelegación de Juárez 1 no proporcionó los expedientes de visitas domiciliarias realizadas a 2 patrones, bajo el argumento de que éstos una vez que se les notificó la conclusión de las visitas domiciliarias, conforme a lo dispuesto en el artículo 295 de la LSS, interpusieron juicios de nulidad ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa; sin embargo, se observó que la DIR registró esos actos de fiscalización con el estatus como “Concluida con liquidación”.
- c. Con la revisión de los expedientes de visitas domiciliarias que la Subdelegación de Tuxtla realizó a 3 patrones se comprobó que no contenían toda la información del seguimiento y desahogo de los actos de fiscalización; ni contaron con carátula e índice que facilitaran el análisis y estudio de su contenido, y los papeles de trabajo no tuvieron cruces; por lo que no dio observancia a lo establecido en los numerales 5.11 y 5.12 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias, referente a la integración del expediente de visitas domiciliarias.
- d. De la visita domiciliaria que la Subdelegación de Juárez 1 realizó a 1 patrón se verificó que, el 4 de mayo de 2021 con el oficio 0810069500/VE0618/2021, el Departamento de Auditoría a Patrones solicitó al Departamento de Cobranza la creación de un crédito fiscal por 3,584.80 pesos a cargo del patrón, debido a que no exhibió la documentación de conformidad con el artículo 53, inciso b, del Código Fiscal de la Federación; no obstante, que el patrón realizó la correcciones fiscales correspondientes y la visita domiciliaria fue concluida, se comprobó que el crédito fiscal no fue registrado por la DIR.

- e. De las visitas domiciliarias que las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 realizaron a 2 patrones se verificó que fueron notificadas en noviembre de 2021 y que los CSER de ambas Subdelegaciones autorizaron su conclusión dentro de un plazo máximo de 12 meses, por lo que no se cumplió con el plazo normativo<sup>47</sup> previsto en el numeral 5.34 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias; sin embargo, la ampliación del plazo se justificó con lo dispuesto en el artículo 46 A del Código Fiscal de la Federación.
- f. De la visita domiciliaria a 1 patrón de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, se verificó que la orden de visita fue notificada el 26 de enero de 2021 y concluida el 14 de junio de 2022, es decir 18 meses después a la fecha de inicio; por lo que no se cumplió con el plazo normativo previsto en el numeral 5.34 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias, ni con el plazo legal dispuesto en el artículo 46 A del Código Fiscal de la Federación. Además, se comprobó que el expediente de la visita domiciliaria no fue integrado conforme lo establecido en los numerales 5.11 y 5.12 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias.
- g. De la visita domiciliaria que la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez realizó a 1 patrón, mediante acta final celebrada el 4 de julio de 2022, se comprobó que fue concluida en un periodo de 11 meses después de que se notificó la orden de la visita, y que el acta final se suscribió 9 meses después de la notificación de los resultados (20 de octubre de 2021); por lo que la Subdelegación mostró áreas de oportunidad en los procesos de seguimiento y atención de los hallazgos detectados en los actos de fiscalización.
- h. De la visita domiciliaria que la Subdelegación de Juárez 1 realizó a 1 patrón, mediante acta final celebrada el 10 de enero de 2022, se comprobó que fue concluida 11 meses después de que se notificó la orden de la visita (26 de febrero de 2021), por lo que no se cumplió con el plazo normativo previsto en el numeral 5.34 de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias; sin embargo, la ampliación del plazo se justificó con lo dispuesto en el artículo 46 A del Código Fiscal de la Federación.
- i. De las visitas domiciliarias que la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez ordenó a 2 patrones, se corroboró que el CSER de la Subdelegación, mediante actas celebradas en los meses de junio y julio de 2021, autorizó la suspensión de los plazos, bajo el argumento de que los patrones no atendieron los requerimientos de información y documentación. No obstante, se comprobó que se excedieron los seis meses de suspensión de plazos y a la fecha de revisión de los expedientes en sitio (octubre de 2022) la Subdelegación no ha reanudado, ni concluido las visitas domiciliarias. Por lo tanto, no se dio observancia a lo establecido en el artículo 46 A, inciso B, fracción IV, del Código Fiscal de la Federación y a la sección 4 “Suspensión de plazos para concluir la visita domiciliaria”, inciso b) de las Estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias.

---

<sup>47</sup> Dispone que el desahogo de la visita domiciliaria deberá concluirse en el término de 9 meses contados a partir de que surta efectos la notificación de la orden de visita.

j. De la visita domiciliaria que la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez realizó a 1 patrón, visita que se ordenó el 15 de diciembre de 2021 considerando las denuncias de los trabajadores, se verificó que el patrón no atendió el requerimiento de información y documentación, y en consecuencia en diciembre de 2021 y en marzo de 2022 se le notificaron la creación de créditos fiscales, en virtud de que no exhibió la documentación de conformidad con el artículo 53, inciso b, del Código Fiscal de la Federación.

Es importante mencionar que con la revisión de las actas finales y parciales de las visitas domiciliarias revisadas, se observaron inconsistencias en los criterios de aplicación por parte de las Subdelegaciones para el desarrollo y conclusión de las visitas, debido a que los CSER autorizaron la ampliación de los plazos en términos de lo dispuesto en el artículo 46 A del Código Fiscal de la Federación bajo las premisas del número de auditores a cargo de las revisiones y los ejercicios fiscales sujetos de revisión; sin embargo, con la revisión de las actas finales se identificó que en los casos de siete patrones, las Subdelegaciones concluyeron las visitas en un periodo de tres a nueve meses, y éstas abarcaron la revisión de uno a tres ejercicios fiscales por patrón; situación diferente de los periodos de revisión efectuados a tres patrones en los que las Subdelegaciones concluyeron de 11 a 18 meses y sólo revisaron las obligaciones patronales de un ejercicio fiscal.

También se comprobó que la decisión de ampliar a más de 9 meses los plazos para concluir las visitas fue producto de la autorización colegiada de los CSER de las Subdelegaciones por lo que se observó un inadecuado cumplimiento de la normativa, lo que conllevó a un proceso de toma de decisiones discrecional por parte de las subdelegaciones.

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

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación y por medio del oficio número 0952 8061/4B30/01/005/2023 del 6 de enero de 2023, proporcionó las “Estrategias para el desarrollo de visitas domiciliarias” y manifestó que en éstas se describen los procesos de ejecución y conclusión para las visitas domiciliarias y que la ampliación de los plazos de

conclusión fue en términos del artículo 46 A del Código Fiscal de la Federación. No obstante, lo informado por el Instituto no justificó la conclusión de visitas domiciliarias que se concluyeron en un plazo de hasta 18 meses, y la toma de decisiones discrecional por los CSER revisados, ya que los criterios aplicados por éstos no correspondieron con los supuestos previstos en el artículo 46 A del Código Fiscal de la Federación. Por lo que la observación persiste.

#### **Confirmaciones con los patrones fiscalizados por el IMSS durante 2021**

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

- a. Los datos proporcionados respecto de 7 patrones registrados en las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 fueron consistentes con lo registrado por los Departamentos de Auditoría a Patrones en los expedientes de las visitas domiciliarias.
- b. Un patrón no fue localizado en el domicilio registrado por la Subdelegación de Juárez 1.
- c. Tres patrones de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez recibieron el oficio de compulsa, los cuales fueron omisos en su atención.
- d. Un patrón de la Subdelegación de Juárez 1 manifestó que, en 2021, no tuvo adeudos, ni modificaciones, tampoco juicios o actos de regularización fiscal; no obstante, la DIR y la Subdelegación reportaron que al patrón se le realizó una visita domiciliaria en 2021. Asimismo, se destaca que la Subdelegación no proporcionó el expediente bajo el argumento de que se encontraba en resguardo por la Jefatura de Servicios Jurídicos, debido a que el patrón interpuso un juicio de nulidad.
- e. Un patrón manifestó que no tuvo ninguna visita por parte del IMSS en 2021 y que dejó de tener actividades desde el ejercicio 2010 y aun así de manera reiterada ha recibido solicitudes por parte del IMSS para regularizarse. Esta confirmación del patrón contrasta con lo registrado por la DIR y la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, los cuales reportaron que, en junio de 2021, el CSER autorizó la suspensión de plazos bajo el argumento de que el patrón no atendió el requerimiento de información y documentación.

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

Se verificó que el marco jurídico y normativo que reguló, durante 2021, el proceso de delitos de defraudación a los regímenes del seguro social, se normó en el Capítulo III “De los Delitos”, de los artículos 305 al 319 de la LSS, en los cuales se establece que para proceder penalmente será necesario que previamente el IMSS formule la querella, sin considerar el proceso administrativo que se tenga iniciado; y definen que cometen el delito de defraudación a los

regímenes del seguro social los patrones o sus representantes y demás sujetos obligados que con uso de engaños o aprovechamiento de errores omitan total o parcialmente el pago de las cuotas obrero-patronales u obtengan un beneficio indebido en perjuicio del IMSS o los trabajadores.

Al respecto, se verificó que, en 2021, el IMSS contó con las “Estrategias para la Integración Documental por la Presunta Comisión de Delitos a los Regímenes del Seguro Social”, en las que se establecieron las actividades para identificar actos de defraudación a los regímenes del Seguro Social como consecuencia de las visitas domiciliarias; revisiones por requerimiento de obra de construcción (previstos en los artículos 12A y 18 del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado), y de revisiones de gabinete.

Se comprobó con los actos de verificación efectuados bajo el supuesto de aseguramiento establecido en el artículo 17 de la LSS, que la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez realizó a dos patrones, durante 2021, en los que concluyó que un patrón se registró ante el IMSS con el objetivo de obtener el servicio médico y las prestaciones económicas relacionadas a las semanas de cotización; y en el caso del segundo patrón, se observó que éste registró ante el Instituto a su hermana, quien solicitó la atención médica de alto costo en Cárdenas, Tabasco, ante dicho hecho la Subdelegación de esa entidad solicitó a la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez iniciar un acto de verificación al patrón para comprobar la relación laboral. Al respecto, el equipo auditor comprobó con la revisión de las actas de sesión del CSER de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez que, como resultado de las verificaciones, se concluyó que los patrones no acreditaron la relación laboral con los trabajadores, por lo que existieron elementos de presunta comisión de delitos, debido a que los patrones con engaños pudieron obtener beneficios indebidos en perjuicio del Instituto. No obstante, de las conclusiones obtenidas la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez únicamente solicitó la baja de ambos trabajadores y no realizó las gestiones correspondientes para validar que dichos patrones no obtuvieron beneficios indebidos en perjuicio del IMSS, lo que contravino lo establecido en el artículo 307 de la LSS, y la omisión por la Subdelegación de lo señalado en el artículo 150, fracción XIV, del RIIMSS. Por los hallazgos antes señalados, se observó el uso de criterios discrecionales en el actuar de los servidores públicos que intervinieron en los procesos. Asimismo, se identificó que en el marco normativo sólo se establecieron las actividades para determinar créditos fiscales a los patrones, al comprobarse la existencia de gastos realizados por el Instituto derivados de una inscripción improcedente y no se establecieron las gestiones para, de ser el caso, realizar querellas por los actos de los patrones.

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación y por medio del oficio número 0952 8061/4B30/01/005/2023 del 6 de enero de 2023, proporcionó una presentación en la cual se indicó que la DIR concluyó que los dos patrones observados fueron con “resolución baja/sin gastos”; no obstante, lo informado por la entidad fiscalizada no atiende lo observado, debido a que no comprobó que no existió un perjuicio al patrimonio del Instituto, por lo que la observación persiste.

Por otra parte, el equipo auditor verificó las actividades realizadas por la Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación a nivel central, se identificó que conforme a lo establecido en el artículo 71, fracción XIX, del RIIMSS, mediante los oficios números 0952179000/16/2021 y 0952179000/33/2021 del 6 de abril y 26 mayo de 2021, respectivamente, el Titular de la DIR envió el informe contable de 2 patrones para que analizara si procedía la presentación de las querellas por la presunta comisión de delitos de defraudación a los regímenes del seguro social. Al efecto, se verificó que, el 20 de mayo de 2021 y el 30 de junio de 2021, el Titular de la Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación formuló las querellas para proceder penalmente en contra de ambos patrones, al no demostrar la relación laboral de los supuestos socios cooperativistas que durante seis meses obtuvieron de manera indebida atención médica.

### **III. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FISCALIZACIÓN**

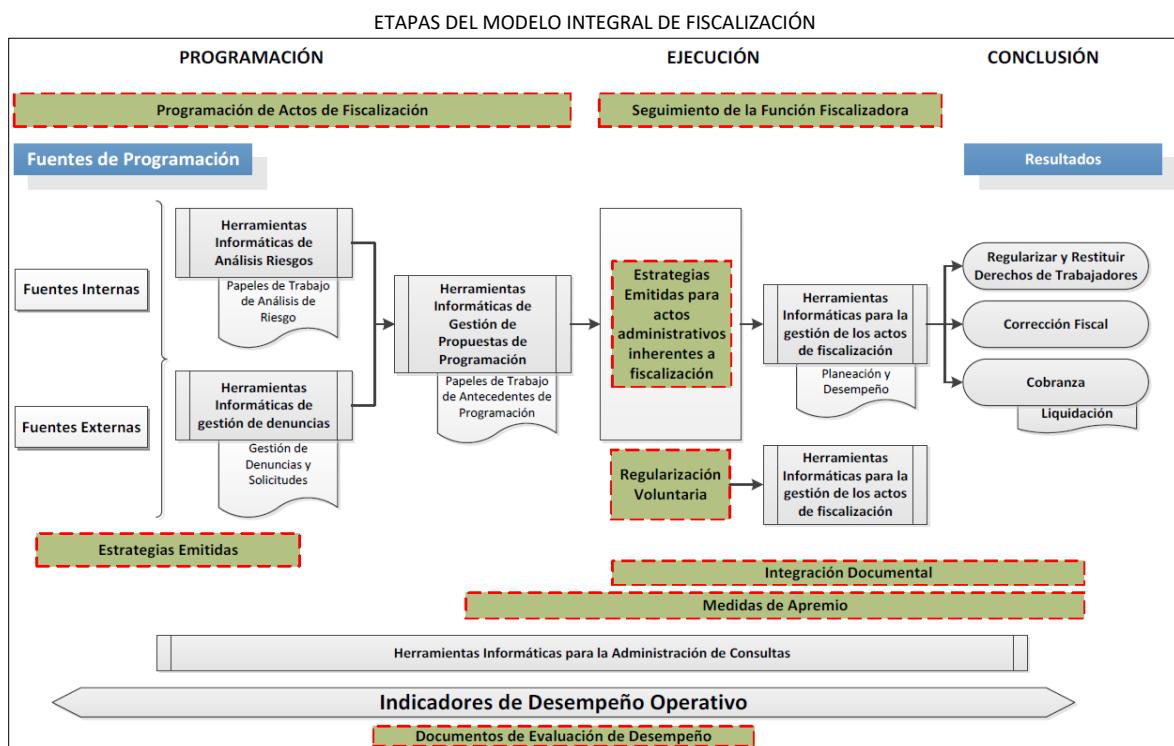
Durante 2021, se comprobó que la Coordinación de Evaluación de Incorporación y Recaudación (CElyR), adscrita a la DOE, no estableció estrategias o políticas para la evaluación y seguimiento del quehacer de las JAC adscritas a los OOAD y las Subdelegaciones, por lo que no dio observancia a lo establecido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

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

### **IV. MODIFICACIONES AL PROCESO DE FISCALIZACIÓN EN 2022**

Con la prueba de hechos posteriores, se identificó que el 22 de junio de 2022, el Titular de la DIR autorizó la “Norma que Describe el Modelo Integral de Fiscalización” en la cual se incluyó

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



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

## Conclusión

Con el resultado de las pruebas de fiscalización realizadas, se identificó que, para el proceso de fiscalización a patrones y demás sujetos obligados, la DIR, en coordinación con la UFC y la USE, estableció ocho estrategias que regularon la programación de los actos de fiscalización; el desarrollo de las visitas domiciliarias, las revisiones de gabinete, la revisión del dictamen, y la emisión y atención de las cartas invitación; además, de la verificación del supuesto aseguramiento establecido en el artículo 17 de la LSS, y se verificó que cada Subdelegación

contó con un Comité de Seguimiento y Evaluación de Resultados, el cual se integró por el Presidente (Subdelegado) y Secretario Ejecutivo (el Jefe del Departamento de Auditoría a Patrones), para verificar que la planeación y el desahogo de los actos de fiscalización se realizaron conforme a las disposiciones legales aplicables.

Con los registros proporcionados por la DIR, se verificó que del 1º de enero al 31 de diciembre de 2021, los 35 OOAD registraron 13,266 propuestas de actos de fiscalización a 11,524 patrones y realizaron 781 actos de fiscalización a 779 patrones, lo que representó el 5.89% del total de las propuestas por actos de fiscalización. Adicionalmente, con la revisión de los expedientes de 17 visitas domiciliarias que realizaron las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 del OOAD de Chihuahua y la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez del OOAD de Chiapas al mismo número de patrones durante el ejercicio 2021, se identificaron áreas de oportunidad en la supervisión sobre la aplicación efectiva y apropiada de la normativa; en el seguimiento de los actos de fiscalización, debido a que no se cumplieron en los tiempos y con las formas establecidas, y se observaron deficiencias en los registros, al no contar con información veraz, confiable y oportuna por la DIR al nivel central.

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

Referente a las actividades para identificar la presunta comisión de delitos de defraudación a los regímenes del seguro social en 2021, derivados de las verificaciones del supuesto de aseguramiento establecido en el artículo 17 de la LSS, se identificó que en el marco normativo sólo se establecieron las actividades para determinar créditos fiscales a los patrones, al comprobarse la existencia de gastos realizados por el Instituto derivados de una inscripción improcedente y no se establecieron las gestiones para, de ser el caso, realizar querellas por los actos de los patrones; asimismo, se observó el uso de criterios discretionales en el actuar de los servidores públicos de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, ante la identificación de la presunta comisión de delitos en contra de los regímenes del seguro social, ya que únicamente solicitaron la baja de los trabajadores y no realizaron las gestiones para validar que los patrones no obtuvieron beneficios indebidos en perjuicio del IMSS, bajo el argumento de que los hechos se determinaron por actos administrativos y no por actos coactivos, lo que

contravino lo dispuesto en el artículo 307 de la LSS y la omisión por la Subdelegación de lo señalado en el artículo 150, fracción XIV, del RIIMSS.

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

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

#### **2021-1-19GYR-21-0160-01-011 Recomendación**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca los mecanismos de control que aseguren la supervisión y monitoreo de las actividades del proceso de fiscalización a patrones y demás sujetos obligados, relacionadas con la aplicación efectiva y apropiada de la normativa vigente, la integración de expedientes que faciliten el análisis de su contenido y el cumplimiento de los tiempos de conclusión de las visitas, que permita la mitigación de riesgos y contribuya al logro de objetivos del Instituto, en términos de lo señalado en el artículo 71, fracción III, y XV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y el artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Tercera "Actividades de Control", y Quinta "Supervisión y Mejora Continua", Principio 10 "Diseño de Actividades de Control en Varios Niveles", Elemento de Control 10.09, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### **2021-1-19GYR-21-0160-01-012 Recomendación**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante la Dirección de Incorporación y Recaudación, diseñe e implemente una política, lineamiento o procedimiento que regule las actividades para identificar y dar seguimiento a los presuntos actos de defraudación a los regímenes del seguro social derivados de la verificación de supuesto de aseguramiento establecida en el segundo párrafo del artículo 17 de la Ley del Seguro Social, considerados como actos administrativos, y defina con mayor amplitud los criterios y conceptos para las

actividades de identificación de la presunta comisión de delitos de defraudación a los régimenes del seguro social con objeto de evitar el uso de criterios discrecionales en el actuar de los servidores públicos encargados del proceso y posibles perjuicios al patrimonio del Instituto y de los trabajadores, en términos de lo dispuesto en el artículo 71, fracción I, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera "Actividades de Control", Principio 12 "Implementar actividades de Control", Elemento de Control 12.01, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

## **7. Recaudación, créditos fiscales, condonación de multas y cancelación de créditos**

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

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

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

### **I. RECAUDACIÓN Y PATRONES AFILIADOS AL IMSS EN 2021**

Con el análisis de los informes de cobranza mensual, proporcionados por la Coordinación de Cobranza, adscrita a la DIR, se verificó que el IMSS, durante el ejercicio 2021, determinó cuotas obrero patronales por 378,979,899.8 miles de pesos, y recaudó 371,690,770.5 miles

de pesos, de los cuales 354,942,799.1 miles de pesos correspondieron a enteros de forma oportuna por los patrones y 16,747,971.4 miles de pesos fueron por enteros extemporáneos, la estimación y recaudación mensual se detalla en el cuadro siguiente:

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

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

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

Se identificó que, en 2021, el total de patrones afiliados al IMSS fue de 1,053,670 y que la actividad económica de éstos se concentraron en: a) la agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza (34,942 patrones); b) industrias extractivas (2,581 patrones); c) industrias de transformación (136,678 patrones); d) construcción (144,186 patrones); e) industria eléctrica, captación y suministro de agua potable (2,344 patrones); f) comercio (300,201 patrones); g) transportes y comunicaciones (67,437 patrones); h) servicios para empresas, personas y el hogar (293,613 patrones) y i) servicios sociales y comunales (71,688 patrones).<sup>48</sup>

## II. CRÉDITOS FISCALES EN 2021

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

---

<sup>48</sup> Memoria Estadística 2021 del IMSS.

**CONCEPTOS DE LOS CRÉDITOS FISCALES QUE SE GENERARON EN 2021**  
(Miles de pesos y porcentajes)

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

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

### III. CONDONACIÓN DE MULTAS

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

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

*...NOVENO.- Se condonará la multa en un cien por ciento, cuando el patrón o sujeto obligado cumpla con las dos condiciones siguientes: I. No tener créditos fiscales de los señalados en el artículo 287 de la Ley del Seguro Social, vencidos o exigibles; o bien, que en caso de tener créditos fiscales de los antes mencionados en la fecha de la solicitud de condonación, acompañe a ésta los documentos con los que se demuestre fehacientemente su improcedencia o, en su caso, que exista por parte del Instituto autorización de prórroga para el pago en parcialidades o diferido, y II. Haber pagado en términos de los artículos 39*

*y Vigésimo Séptimo Transitorio de la Ley del Seguro Social, las cuotas obrero patronales, durante el año anterior al de la fecha de la solicitud. DECIMO.- Se condonará la multa en el por ciento que se indica, en los casos siguientes: 1. El 90% cuando el patrón cumpla con las condiciones de la fracción I, del lineamiento NOVENO; y 2. El 60% cuando el patrón cumpla con las condiciones de la fracción II, del lineamiento antes indicado...*

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

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

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

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

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

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

Para verificar que el proceso de condonación que, en 2021, realizaron las Subdelegaciones de Juárez 1 y Juárez 2 del OOAD de Chihuahua y la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez del OOAD

de Chiapas, cumplieron con lo establecido en la normativa vigente, el equipo auditor revisó 26 expedientes de patrones que se beneficiaron de la condonación de multas en 2021, en los que se observó lo siguiente:

- a. La condonación de 16 patrones se realizó en términos de lo establecido en las premisas para la condonación de multas por las cuotas obrero patronal y RCV.
- b. En 22 créditos fiscales condonados a favor de 5 patrones, se comprobó que éstos pagaron el 10.0% de la multa como lo prevé la disposición jurídica, por lo que se beneficiaron de la condonación al 90.0% del principal. No obstante, se comprobó que la DIR mantuvo en sus registros contables al 31 de diciembre de 2021, el valor de los créditos fiscales correspondientes al 90.0% condonado con el pago del 10.0% del valor de la multa, por lo que las cifras registradas por la DIR generaron una expectativa de cobro falsa al cierre del ejercicio en materia de multas.
- c. 17 créditos fiscales determinados a 4 patrones de las Subdelegaciones de Juárez 2 y Tuxtla Gutiérrez mostraron inconsistencias con los importes registrados por la DIR, debido a que ésta registró los 17 créditos con valor de 10,051.5 miles de pesos, mientras que las solicitudes para condonación de las multas en los expedientes correspondieron a la cantidad de 9,603.1 miles de pesos, importe sobre el cual los patrones pagaron el 10.0% o el 40.0% de las multas para obtener el beneficio de la condonación.
- d. 6 créditos fiscales determinados a 1 patrón de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez se le realizó la condonación de multas por 325.3 miles de pesos que se registró en el sistema sin contar con la resolución de autorización del Delegado.
- e. Un crédito fiscal a cargo de 1 patrón de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez por 1,201.4 miles de pesos generado por multas, no fue registrado por la DIR ni reconoció el pago por 120.1 miles de pesos del 10.0% del valor de la multa para obtener el beneficio de la condonación.
- f. El SISCOB no permitió la generación de información histórica de pagos realizados en 2021 correspondientes a créditos fiscales generados en ejercicios anteriores a éste. Con las pruebas de recorrido se comprobó que para consultar el correcto registro del pago de un crédito antiguo, aunque el patrón sea vigente, el personal de la Subdelegación, de forma manual, cargó en la aplicación denominada “saldados” la información contenida en discos compactos que cada año le entrega la DIR. Por lo tanto, el sistema no facilitó la gestión de riesgos.

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS, por conducto de la Dirección de Incorporación y Recaudación y por medio del oficio número 0952 8061/4B30/01/005/2023 del 6 de enero de 2023, informó de los 22 créditos fiscales condonados a favor de 5 patrones señalados en el inciso a. que “... La responsabilidad de alimentar el Sistema de Cobranza reside en los Órganos Operativos que son las Subdelegaciones (...) el nivel Central únicamente administra el Sistema de Cobranza en cuanto

a su funcionamiento, las Subdelegaciones mantuvieron los créditos en el Sistema de cobranza por no contar con la Resolución firmada por el Titular del OOAD...”; sin embargo, lo señalado corrobora la observación que al registrarse de esa manera existe una expectativa de cobro falsa. De los 17 créditos fiscales determinados a 4 patrones referidos en el inciso b. el IMSS manifestó que las diferencias se originaron por las distintas bases de datos proporcionadas al equipo auditor y proporcionó las solicitudes de condonación; no obstante, el equipo auditor corroboró durante el desarrollo de la auditoria los registros contables en el sistema, con lo que se verificó que las solicitudes de condonación correspondieron a montos menores que los registrados. Respecto de los 6 créditos fiscales determinados a un patrón, el Instituto informó que “... A la fecha de la visita de la ASF la resolución se encontraba en trámite de autorización ...” y proporcionó el expediente con las acciones realizadas durante el acto de fiscalización a la empresa; sin embargo, la resolución incluida en el expediente no contiene los seis créditos observados. Por último, respecto del crédito fiscal a cargo de un patrón señalado en el inciso d., se informó que “... se recibió por parte de la Subdelegación a través de la Oficina para Cobros una recaudación por \$120,141.30, todos estos movimientos se encuentran en los archivos de créditos saldados que dan testimonio de que se consideraron en la Operación del ejercicio 2021...”; la documentación proporcionada no acredita el registro por el pago de la multa. Por lo antes descrito, los hallazgos persisten, por lo que se mantienen las observaciones en materia de condonación.

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

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

#### **IV. CANCELACIÓN DE CRÉDITOS FISCALES EN 2021**

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

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

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

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

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

Con el análisis de los registros de cancelación de créditos fiscales del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, proporcionados por la Coordinación de Cobranza de la DIR, se identificó que, en el ejercicio sujeto de fiscalización, el IMSS canceló 635,259 créditos fiscales por 3,126,123.2 miles de pesos, de los cuales 561,770 créditos fiscales por 2,998,917.1 miles de pesos, el 95.9% del total de créditos fiscales, fueron cancelados bajo el supuesto de “Por no localizados”, como se detalla a continuación:

CRÉDITOS CANCELADOS POR EL IMSS, EN 2021  
(Miles de pesos y porcentajes)

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

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

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

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

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

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

cuentas, debido a que los datos carecieron de veracidad, integridad y confiabilidad para la toma de decisiones oportuna.

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

- b. No existió homologación en la integración de los expedientes, lo que dificultó el análisis de la trazabilidad del proceso de cancelación; bajo el argumento por parte de las Subdelegaciones de que no existe normativa que la regule.
- c. En un expediente el dictamen de cancelación no estuvo firmado por el Delegado y se encontró en carpetas administrativas (en el minutario de dictámenes 2021) del área responsable.
- d. Las actividades de investigación que realizaron las Subdelegaciones, no fueron consistentes referente a la consulta de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV), para identificar posibles cuentas bancarias de los patrones deudores susceptibles de embargo. Si bien la normativa señala que sólo se aplicará la consulta de la CNBV para créditos fiscales en rango Quinto, se identificó que las Subdelegaciones realizaron las consultas para créditos en rangos Tercero y Cuarto.
- e. 10 dictámenes suscritos por el Delegado de Chiapas fueron autorizados en el ejercicio de 2020, sin embargo, la DIR los registró como cancelaciones en 2021.
- f. Las tres Subdelegaciones realizaron las investigaciones ante el SAT y las Tesorerías para identificar otros domicilios o responsables solidarios vinculados a los patrones deudores; al respecto, se observó que en varias consultas se obtuvieron resultados positivos al identificarse direcciones en otros estados o en la misma circunscripción territorial. Sin embargo, las Subdelegaciones fueron omisas en las gestiones ante otras Subdelegaciones para solicitar su apoyo en la localización de los patrones y en realizar visitas para localizar a éstos en direcciones distintas a las registradas en su localidad.
- g. La autorización por parte de los Delegados y Subdelegados de los dictámenes de cancelación de créditos fiscales a cargo de patrones deudores no localizados se realizó de 12 a 18 meses después de las fechas de las visitas realizadas por el personal “localizador”, con las cuales confirmaron la no localización de los patrones deudores. Por lo tanto, el Instituto mantuvo en sus registros créditos fiscales con expectativa de cobro falsa.
- h. Los Delegados y Subdelegados autorizaron la cancelación de créditos fiscales que se originaron en los ejercicios fiscales de 2013, 2014, 2015, 2016, 2018, 2019 y 2020, es decir los créditos tenían una antigüedad de hasta siete años, se observó que las

Subdelegaciones no realizaron actividades oportunas para tratar de localizar a los patrones deudores, debido a que se verificó que las visitas por los localizadores para exigir el pago de los créditos se realizaron de 3 a 6 años posteriores a su incumplimiento.

- i. En la revisión del expediente de 1 patrón, se identificó que la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez solicitó a la CNBV identificar cuentas a nombre del patrón, en respuesta la Comisión identificó una cuenta bancaria del patrón con un saldo que cubría el 61.7% de los créditos fiscales a cargo del patrón. Si bien la CNBV informó a la Subdelegación que la cuenta estuvo embargada por otra instancia, indicó a la Subdelegación que iniciara la “prelación”; sin embargo, ésta fue omisa en realizar la gestión y procedió a la cancelación de los créditos por el total de los adeudos.
- j. En la revisión de los expedientes de 3 patrones se identificó en los dictámenes que los Delegados autorizaron la cancelación de 30 créditos fiscales por 968.7 miles de pesos por la no localización de los patrones; sin embargo, la DIR reportó 7 créditos adicionales que no fueron autorizados por los Delegados que ascendieron a 326.9 miles de pesos.
- k. En la revisión del expediente de 1 patrón se identificó en el dictamen que el Delegado autorizó la cancelación de 60 créditos fiscales por 1,992.6 miles de pesos por la no localización del patrón. Al respecto, se observó que la DIR no registró 1 crédito fiscal por 25.4 miles de pesos.

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

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

- a. De un patrón el Delegado de Chihuahua autorizó la cancelación de 60 créditos fiscales por 1,992.6 miles de pesos, el 21 de abril de 2021, fue localizado en Ciudad Juárez Chihuahua, por el equipo auditor con los datos del domicilio fiscal consultado en el expediente de cancelación de la Subdelegación de Juárez 1, como consta en el oficio de respuesta del representante legal, quien a su vez acreditó ser el patrón de la empresa objeto de la confirmación, y el cual proporcionó copia simple del acta constitutiva.
- b. El Delegado de Chiapas autorizó a un patrón la cancelación de 22 créditos fiscales por 154.3 miles de pesos, fue localizado en Chiapas por el equipo auditor con los datos del domicilio fiscal consultado en el expediente de cancelación de la Subdelegación de Tuxtla Gutiérrez, como consta en el oficio de respuesta del representante legal, quien

proporcionó captura de pantalla del escritorio virtual del IMSS con el que mostró el estatus de baja del registro patronal registrado.

## **V. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE COBRANZA POR LA DOE**

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

### **Conclusión**

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

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

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

En 2021, el Instituto determinó multas por 5,406,345.2 miles de pesos, condonó 2,039,002.6 miles de pesos y recaudó 3,367,342.7 miles de pesos, que correspondieron a 710,630 créditos

fiscales originados por multas. Se identificó que del monto recaudado 1,942,277.7 miles de pesos, el 57.7% del total de lo condonado, fue por multas por omisión de cuotas obrero patronales y 918,284.3 miles de pesos, el 27.3% del total de condonación, correspondieron a multas por la omisión total de cuotas RCV.

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

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

De los 46 patrones sujetos de revisión por la cancelación de créditos fiscales “Por No Localización”, se enviaron 37 confirmaciones abiertas para comprobar que las actividades de localización de estos patrones efectuadas por las Subdelegaciones, antes de la cancelación de los créditos, se realizaron bajo los criterios de veracidad y oportunidad. El resultado de la prueba de auditoría permitió localizar a 2 patrones en los domicilios fiscales consultados en los expedientes de cancelación resguardados por las Subdelegaciones de Juárez 1 y Tuxtla Gutiérrez, y que dichos domicilios fueron supuestamente visitados por los localizadores del Instituto. Lo que reflejó una nula Gobernanza ante la omisa supervisión por la DIR a nivel central y los OOAD respecto de las actividades realizadas por las Subdelegaciones, y la inexistencia de controles en el proceso de cancelación de créditos, por lo que se presumen daños al patrimonio del Instituto y de los trabajadores por los créditos cancelados.

#### 2021-1-19GYR-21-0160-01-013 **Recomendación**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social implemente un sistema informático institucional integral y único para la gestión de la recaudación, los créditos fiscales, la condonación de multas y la cancelación de créditos fiscales, que permita integrar la información y automatizar los procesos, lo que permitirá eficientar las actividades, disminuir los riesgos y garantizar la generación de información íntegra, veraz, oportuna y suficiente de las operaciones del Instituto en su carácter de organismo fiscal autónomo, en términos de lo señalado en el artículo 73, fracción I, inciso a, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera "Actividades de

Control", Principio 11 "Seleccionar y Desarrollar Actividades de Control Basadas en las TIC's.", Elementos de Control 11.05, 11.06 y 11.07, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### **2021-1-19GYR-21-0160-01-014 Recomendación**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca los mecanismos de control que garanticen la supervisión de las actividades del proceso de cancelación de créditos fiscales por la no localización de los patrones, con objeto de evitar simulaciones de localización de deudores y posibles daños al patrimonio del Instituto y de los trabajadores, en términos de lo señalado en el artículo 73, fracción I, inciso h, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social y el artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Tercera "Actividades de Control", y Quinta "Supervisión y Mejora Continua", Principio 10 "Diseño de Actividades de Control en Varios Niveles", Elemento de Control 10.09, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### **2021-1-19GYR-21-0160-01-015 Recomendación**

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

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

## 8. Quejas y denuncias médicas en el IMSS durante 2021

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

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

El artículo 75, fracción XVII, del Reglamento Interior del IMSS<sup>49</sup> (RIIMSS), vigente en 2021, facultó a la Dirección Jurídica para planear, coordinar, normar y organizar el sistema de orientación, atención e información para los derechohabientes del Instituto, que les permita el trámite y resolución de quejas administrativas y seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones que sean emitidas por las diversas autoridades competentes.

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

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

---

49 Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y reformado por última vez el 23 de agosto de 2012, vigente en 2021.

- Promover ante el Órgano Interno de Control (OIC) el fincamiento de responsabilidades administrativas por el incumplimiento o violación a las disposiciones de la LSS y demás aplicables en perjuicio de los derechohabientes o de los intereses del Instituto.

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

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

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

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

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

Con la finalidad de verificar que, en 2021, el IMSS ejerció actividades de gobernanza, administró riesgos y estableció mecanismos de control efectivos en las actividades de integración, registro, resolución, resguardo, vistas al OIC, así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas de las quejas médicas, el equipo auditor solicitó, mediante el oficio número DGAESCI/145/2022 del 10 de agosto de 2022, los lineamientos, las metodologías y los procedimientos, vigentes en 2021, que regularon el proceso de las quejas médicas; la base de datos con los registros de las quejas relacionadas con la prestación de servicios médicos; así como, los informes semestrales sobre la resolución de las quejas y las medidas tomadas para la prevención de 2021, que remitieron al Consejo Técnico y a la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente.

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

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

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

- A. En 2021, el IMSS dispuso del “Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social”, aprobado por el Consejo Técnico, y tuvo como objetivo regular el procedimiento administrativo de las quejas médicas cuya finalidad es la resolución de la queja, mediante la investigación oportuna, objetiva e imparcial de los hechos que la originaron, teniendo como fundamento principal las pruebas documentales a fin de conocer la actuación en la prestación de servicios médicos, realizar un análisis de factores y causas, y aportar información para

que se adopten medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos. Con la revisión del instructivo se verificó lo siguiente:

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

B. Manuales de procedimientos y Bases de coordinación

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

- a. Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de quejas administrativas (4C2-03-002)<sup>50</sup>, se verificó que definió de forma genérica el alcance, las responsabilidades y una descripción de actividades de los titulares de las Coordinaciones de Atención y Orientación al Derechohabiente Delegacionales; Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública; Departamentos de Atención y Orientación al Derechohabiente de las UMAE; Consultores; los Médicos Investigadores; referentes a la recepción, integración, investigación, elaboración de dictamen, proyecto de acuerdo y notificación. Además, reconoce al Sistema Institucional de Quejas Médicas “SIQUEM” como el sistema informático institucional vigente que reguló el flujo de las actividades en el proceso de la atención a quejas médicas.
- b. Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de las quejas administrativas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (4C20-003-001)<sup>51</sup>, se verificó que reguló el proceso de quejas presentadas por la ciudadanía ante la CONAMED en contra del IMSS; definió de forma genérica el alcance, las responsabilidades y una descripción de actividades de la Coordinación de Atención a Quejas e Información Pública (A nivel central); la Coordinación Delegacional; la Jefatura de Departamento o a la Jefa o Jefe del área de investigación relacionadas con la recepción, integración del expediente clínico, informe médico y acuerdo, así como de la programación de audiencias y las bases de conciliación con la CONAMED.
- c. Procedimiento para la atención de quejas, propuestas de conciliación y recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (4C20-0003-003), se verificó que reguló el proceso de quejas médicas presentadas por la ciudadanía ante la CNDH; definió de forma genérica el alcance, las políticas, la descripción de actividades y el diagrama de flujos para la resolución de quejas, las propuestas de conciliación, las recomendaciones, el proyección de oficios de opinión y el análisis de reparación del daño.
- d. Bases de coordinación que celebran la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el Instituto Mexicano del Seguro Social<sup>52</sup>, se verificó que tuvo como objetivo establecer la coordinación entre el IMSS y la CONAMED para la atención, investigación y resolución de las quejas derivadas de la atención médica y a partir del conocimiento de las causas que generaron la queja y de su solución e impulsar el mejoramiento de los servicios médicos.
- e. Bases de Coordinación CFE-IMSS-SUTERM<sup>53</sup>, referente a la adscripción de trabajadores de la CFE a unidades de medicina familiar del IMSS, que avala que sus quejas se atiendan por parte del Instituto.

---

50 Con fecha de actualización del 29 de noviembre de 2018.

51 Con fecha de actualización del 29 de noviembre de 2018.

52 Con fecha de emisión de agosto 2002.

53 Con fecha de emisión del 31 de enero de 1994.

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

- Se verificó que el IMSS no incluyó la gestión de riesgos estratégicos y operativos, ni tampoco los niveles de autorización, controles de resguardo de evidencia, ni vinculaciones (internas/externas) de manera integral relacionadas con las actividades que realizaron las unidades administrativas responsables.
- La normativa no determinó los alcances, criterios de validación, las metodologías de revisión claras, específicas y concretas referentes a la naturaleza, gravedad y tipo de queja médica.
- La normativa no definió un marco lógico y secuencial de los criterios para la elaboración de los dictámenes base, para determinar la procedencia e improcedencia de las quejas médicas.
- La normativa no incluyó una tipificación de la gravedad, trascendencia e implicaciones de quejas médicas que por su naturaleza, implicaciones o precedentes puedan tener repercusiones graves para el Instituto.
- El instructivo careció de los criterios y parámetros para definir los casos que deben ser considerados en el rubro de negligencia médica y, con ello, las CGAOD, las AAOD delegacional o las UMAE envíen la queja médica por medio del expediente al OIC.
- El IMSS no definió los criterios para determinar la procedencia o improcedencia de las quejas médicas; ni tampoco la tipificación, registro, control y seguimiento de las medidas preventivas y correctivas que deben aplicarse con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios médicos; además, fue omiso en el seguimiento para gestionar y dar vista ante el OIC para la determinación por parte de éste de las posibles sanciones a los servidores públicos que proporcionaron u omitieron la prestación del servicio médico, que pudieron repercutir en las faltas administrativas.
- La normativa facultó con el 100.0% de la responsabilidad a médicos investigadores de las resoluciones, ya que éstas dependerán de su experiencia y conocimientos técnicos.
- Se observó la falta de armonización de los documentos normativos, toda vez que con las recientes modificaciones a la estructura orgánica del IMSS, los cambios en los nombres de las adscripciones y la sustitución del SIQUEM por el sistema SIADE no corresponden con la estructura orgánica vigente en 2021; lo que contravino la función 10, numeral 7.1.3.4, del Manual de Organización de la Dirección Jurídica.

## **II. Quejas médicas en contra del IMSS durante 2021**

El equipo auditor solicitó la base de datos del IMSS correspondiente a las quejas médicas vinculadas con la prestación de los servicios médicos del 1º de enero al 31 de diciembre de

2021. Al respecto, con el oficio número 09 52 17 4AB0/165/2022 del 23 de agosto de 2022, la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales, adscrita a la Dirección Jurídica, proporcionó lo solicitado.

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

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

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

Con los datos proporcionados, se verificó lo siguiente:

- a. Las 3,278 quejas médicas estuvieron relacionadas con 61 especialidades médicas, de las cuales 866 correspondieron con urgencias; 333 se relacionaron con cirugía general; 302 con traumatología y ortopedia; 275 con medicina familiar; 263 con la especialidad de Gineco-Obstetricia, y las 1,151 restantes se vincularon con 56 especialidades, entre las que destacaron oftalmología, oncología, urología, cardiología y medicina interna. Adicionalmente, se identificó en los registros que el IMSS no asoció 88 quejas médicas a alguna especialidad.
- b. El IMSS registró 2,430 de las quejas médicas por motivos de deficiente atención médica, 544 por negativa en la atención, 188 por deficiencia administrativa y 116 por no brindar la atención institucional.
- c. Concerniente a la resolución de las quejas médicas, el IMSS dictaminó que de las 3,278 quejas presentadas por la ciudadanía, 2,026 fueron improcedentes, 809 procedentes y 413 no contaron con una dictaminación. Referente a las quejas improcedentes, las causas principales por las que se originaron fue la sobre expectativa del derechohabiente con 735 quejas médicas, 364 por falta de oportunidad en la atención y 182 por dilación. Adicionalmente, se observó que el IMSS no definió el término “sobre expectativa” el cual se entiende como la percepción errónea del derechohabiente sobre la atención médica que recibe, ya que espera algo superior a las posibilidades reales.
- d. Respecto de las 809 quejas médicas que fueron procedentes, se verificó que 654 no causaron secuelas en los pacientes, 83 agravados tuvieron secuelas y 72 fueron fallecimientos. Además, de que las quejas procedentes se originaron por 37 causas, entre

las que destacaron la falta de oportunidad en la atención (228), dilación (181), negativa en la atención (76), error en el diagnóstico (73) y negligencia (42).

e. Se identificó que el plazo de resolución de las quejas osciló entre 50 a 820 días entre la fecha de recepción y la fecha de cierre, por lo que el periodo de 1,570 (47.9%) quejas médicas cumplió con el plazo establecido en el “Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social”, mientras que de 1,708 (52.1%) se incumplió con la normativa. Se observó que el IMSS determinó la fecha de vencimiento de forma manual, debido a que el sistema realizó el cálculo de forma errónea ya que consideró la fecha de suceso y fecha de cierre y no a la fecha de recepción, como lo establece la normativa, lo que provocó una falla en el cálculo y a su vez en el seguimiento oportuno.

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

IMPORTE POR REEMBOLSOS E INDEMNIZACIONES PAGADOS POR EL IMSS EN 2021 (Miles de pesos)				
Instancia que generó la queja médica	Beneficiarios	Reembolsos	Indemnización	Importe pagado
Delegación	656	23,262.9	14,746.4	38,009.3
CNDH	32	93.3	24,236.2	24,329.4
CONAMED	31	773.6	4,348.6	5,122.2
CFE	103	3,726.6	92.5	3,819.1
UMAE	6	1,306.7	2,076.7	3,383.4
NAYARIT	3	146.2	0.0	146.2
CODAMEVER <sup>1/</sup>	1	0.0	88.3	88.3
CAMEJAL <sup>2/</sup>	1	14.9	0.0	14.9
<b>Total</b>	<b>833</b>	<b>29,324.1</b>	<b>45,588.7</b>	<b>74,912.8</b>

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

1 Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz.

2 Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

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

Con la finalidad de verificar los mecanismos para el control y supervisión, la integración de los expedientes del proceso de investigación, atención y conclusión de las quejas médicas en contra del IMSS, el equipo auditor llevó a cabo entrevistas y pruebas de control (visitas domiciliarias)<sup>54</sup> en la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales y en los OOAD de Chihuahua y Chiapas<sup>55</sup>. El resultado se muestra a continuación:

54 Notificadas al IMSS mediante el oficio número DGAESCI/175/2022 del 21 de septiembre de 2022.

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

A Nivel Central:

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

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



FUENTE: Elaborado por el IMSS.

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

- a. En 2021, el IMSS contó con 102 médicos investigadores a nivel nacional y 13 a nivel central, los cuales no formaron parte de la estructura orgánica del Instituto, en razón de

que fueron médicos jubilados del IMSS o particulares contratados bajo el esquema de contratación por honorarios; sin embargo, se verificó que el Instituto no contó con un documento que regulara el perfil de puestos en el que estableciera los estudios, los conocimientos técnicos, la experiencia laboral u otros requerimientos necesarios para ser los médicos investigadores encargados de la dictaminación de las quejas médicas, lo que contravino lo dispuesto en el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, principio 4, elementos de control 4.01, 4.02 y 4.03, del Acuerdo de Control Interno. Al respecto, el IMSS señaló que los médicos son invitados con base en la experiencia laboral y prestigio y que la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales a nivel central es la única que autoriza la contratación de todos los médicos del ámbito nacional, los cuales se seleccionan con base en el currículum vitae, la especialidad y recurrencia de los casos en cada delegación.

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS, por conducto de la Dirección Jurídica y por medio de correo electrónico del 29 de diciembre de 2022, informó que los médicos investigadores que operaron a nivel central sí contaron con perfiles de puestos, al estar contratados bajo el esquema de sueldos y salarios; sin embargo, no proporcionó evidencia de lo señalado, por lo que la observación persiste al no acreditar la existencia de perfiles de los médicos investigadores que operaron a nivel central y en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada.

- b. Por las deficiencias en el cumplimiento del plazo de la resolución de las 1,708 quejas médicas presentadas por la ciudadanía en 2021, como se mencionó en el apartado II de este resultado, se identificaron áreas de oportunidad en la implementación y fortalecimiento de los mecanismos de monitoreo que les permita asegurar el cumplimiento de los plazos en términos de su normativa. Aun cuando los servidores públicos señalaron que en septiembre de 2021, el IMSS realizó un ejercicio piloto, mediante el uso de indicadores semanales de rezago, en el que las oficinas centrales, vía WhatsApp, informaron a las AAOD en las delegacionales y en las UMAE utilizó un ranking de quejas médicas rezagadas, el esquema implementado no fue suficiente, ni formal para que las actividades de monitoreo redujeran el rezago. Lo anterior, se sustenta en el inciso siguiente y en todos los errores y omisiones en los registros del propio sistema y de las AAOD en las delegacionales y en las UMAE identificados como resultados de las pruebas de fiscalización.
- c. Se observó que el IMSS, durante 2021, no implementó mecanismos suficientes de evaluación, supervisión o control para garantizar que los médicos investigadores y demás personal dieran cabal cumplimiento a la normativa, ni existió homogeneidad en el proceso de resolución de las quejas médicas, referentes a la integración, registro, resolución, resguardo y vistas al OIC; así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos.

El IMSS implementó actividades de capacitación y un ejercicio de supervisión, que consistió en la revisión de 89 expedientes distribuidos en 26 OOAD y 5 UMAE, para

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

- d. Se identificó que el artículo 11 del Instructivo señala que en los niveles delegacionales y las UMAE deberán elaborar los informes semestrales sobre la resolución de las quejas médicas y las medidas tomadas para su prevención y entregarlos al Consejo Técnico y a la CGAOD; al respecto, la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales adscrita a la Dirección Jurídica, mediante el oficio número 09 52 17 4ABO/165/2022 del 23 de agosto de 2022, anexó la “Nota explicativa” en la que informó que dichos informes resultaron obsoletos con la entrada en vigor en 2021 del SIADE, pues el seguimiento a las resoluciones de las quejas se realizó de forma diaria, sin necesidad de esperar a cortes semestrales; no obstante, el equipo auditor verificó que, en 2021, los OOAD de Baja California, Chiapas y Durango, y las UMAE de Traumatología y Ortopedia del Centro Médico Nacional “Manuel Ávila Camacho”, México Oriente, México Poniente, Nuevo León, Quintana Roo, Tamaulipas y Tlaxcala sí remitieron dichos informes, mientras que el resto de los OOAD y las UMAE no los remitieron. Por lo tanto, los errores e inconsistencias en los registros del sistema, señalados en los incisos b y c de este apartado, así como las descritas en el apartado IV de este resultado, reflejaron deficiencias en el proceso por parte del IMSS al no acreditar la generación de información íntegra y veraz para la oportuna toma de decisiones en materia de quejas médicas.
- e. A nivel central, el IMSS resolvió 637 quejas médicas, de las cuales 258 las determinó como improcedentes, 63 procedentes y 316 no tuvieron resolución. Al respecto, se verificó que el Instituto a nivel central dio vista al OIC de sólo 37 quejas médicas por 13 causas definidas en su sistema SIADE, que se integró por 7 que correspondieron a “negligencia médica”, 6 por dilación de intervención quirúrgica, 6 por falta de oportunidad en la atención, 5 por error en el diagnóstico y 13 restantes entre las que destacaron la falta de medicamentos y la sobre expectativa del paciente. No obstante, se observó que de las 63 quejas médicas procedentes, 12 fueron por negligencia, término utilizado en su propia normativa para dar vista al OIC, por lo tanto el IMSS mostró discrecionalidad debido a que 33 quejas se originaron por fallecimientos, 16 por daños con secuelas y 14 sin secuelas, lo cual mostró la discrecionalidad y los sesgos por el IMSS en el proceso para enterar y dar vista al OIC por posibles responsabilidades administrativas catalogadas como faltas graves, así como la ausencia de criterios claros y definidos que regulen el proceso.

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS, por conducto de la Dirección Jurídica y por medio de correo electrónico del 29 de diciembre de 2022, proporcionó la base de datos de las quejas correspondientes al ejercicio 2021 procedentes de nivel central e informó que las referidas quejas se dieron vista al OIC; no obstante, lo manifestado por la entidad fiscalizada no atiende la observación al no proporcionar evidencia de las gestiones realizadas ante el OIC por las quejas tanto a nivel central y a nivel desconcentrado, por lo que la observación persiste.

A nivel de los OOAD de Chihuahua y Chiapas:

Se observó lo siguiente:

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

**IV. Muestra de auditoría**

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

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

Adicionalmente, se verificó que de 9 los expedientes que la Coordinación dio vista al OIC también dieron vista a la Oficina de Investigaciones Laborales, para lo conducente, se observó que el 100.0% fue determinado como improcedente por el área laboral.

Al respecto, se observó que si bien, el área de quejas médicas se encarga de recabar la información y documentación necesaria (expedientes clínicos, notas médicas, dictamen médico, entre otros) para la resolución procedente e improcedente de las solicitudes de la ciudadanía y que, en algunos casos, concluye en reembolsos e indemnizaciones, los esfuerzos se enfocan más al requerimiento del quejoso interpuesto ante la CNDH o CONAMED; además de que el IMSS no investigó ni recopiló la documentación que acreditaría los actos, errores y omisiones por parte personal vinculados con la prestación de los servicios médicos encargados que motivaron la queja médica y que probablemente constituyeron posibles responsabilidades administrativas que provocaron daños, secuelas y, en algunos casos, fallecimientos; además, que por la falta de criterios unificados para dar vista al OIC, se presume que los expedientes no fueron integrados para acreditar las responsabilidades en modo, tiempo y lugar, ni se recabó la documentación de los servidores públicos participantes para brindar los elementos necesarios para el posible fincamiento de responsabilidades y sanciones a éstos. Hecho que se comprobó con la muestra de auditoría y las visitas a los OOAD, en las que el 100.0% de las respuestas del OIC referente a las quejas médicas enteradas, éste concluyó no contar con los elementos suficientes para iniciar las investigaciones ante la falta de la documentación antes señalada y debido a que los expedientes manifiestan la irregularidad médica, pero sin hacer mención de los servidores públicos involucrados.

- e. En 17 de las 30 quejas médicas registradas, se calculó la fecha de vencimiento de 50 días hábiles con base en el suceso y no con la fecha de recepción, lo que provocó errores en las fechas de vencimiento; lo anterior, limitó el correcto y oportuno seguimiento y cierre conforme a lo establecido en el Instructivo de las quejas médicas.
- f. El “Cierre de Acuerdo” de los folios correspondientes a 8 quejas médicas excedieron el plazo de los 50 días hábiles previstos para dar atención.
- g. 12 folios de quejas médicas registraron un “Estatus Activo” al 31 de julio de 2022.
- h. Se identificó que en 17 quejas médicas no se precisó el nombre del médico investigador responsable del análisis y elaboración del “Proyecto de Acuerdo” y tampoco del Jefe de Área de Investigación Médica de Queja.
- i. En los datos del derechohabiente, asegurado o usuario de 9 expedientes se encontraron parcialmente registrados, lo que se presume imposibilitó la obtención de información y toma de decisiones oportuna respecto del seguimiento de las quejas médicas.
- j. Se verificó que en 11 folios se solicitó indemnización; en 8 reintegro de gastos médicos; en 1 atención médica de por vida, investigación y sanción; en 1 indemnización y sanción; en 1 investigación, en 1 investigación por negligencia; en 2 investigación y sanción, y en 5 folios no se definió la solicitud del derechohabiente, asegurado o usuario, por parte de los servidores públicos de los niveles centrales, OOAD delegacionales o UMAE, lo que se presume limitó el monitoreo y seguimiento de las quejas médicas.
- k. Respecto de las causas que motivaron las quejas médicas, se observó que se registraron 7 casos por negligencia médica, 5 por falta de oportunidad en la atención, 3 por dilatación de intervención quirúrgica, 2 por prenatal, 2 por sobre expectativa del derechohabiente, 1 por error diagnóstico o terapéutico, 1 por tratamiento inadecuado, 1 por omisión de la respuesta, 1 por negativa, 1 por dilatación, 1 por falta de supervisión, 1 por alta prematura; 1 por material de curación y en 3 de los folios no se registró la causa.

### Conclusión

Con el resultado de las pruebas de fiscalización realizadas, el equipo auditor observó que el IMSS mostró áreas de oportunidad en los mecanismos de control del proceso para el trámite y resolución de quejas médicas, referente a las actividades de evaluación, supervisión, monitoreo y establecimiento de criterios para garantizar que los médicos investigadores y demás personal dieran cabal cumplimiento a la normativa y existiera homogeneidad en el proceso de resolución de las quejas médicas, referentes a la integración, registro, resolución, resguardo, vistas al OIC, así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos, lo que mostró deficiencias en las actividades de Gobernanza que permitieran que las resoluciones, criterios y gestiones a niveles centrales, delegacionales y UMAE se realizaran de forma integral y homogénea. Se

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

Además, se observó que aunque el área de quejas médicas se encargó de recabar la información y documentación necesarias (expedientes clínicos, notas médicas, dictámenes médicos, entre otros) para la resolución procedente e improcedente de las solicitudes de la ciudadanía y que, en algunos casos, concluyó en reembolsos e indemnizaciones, los esfuerzos se enfocaron únicamente en el requerimiento del quejoso; las investigaciones de los casos, en términos de la literatura médica que generaron las insatisfacciones de los usuarios y los pagos por reembolsos e indemnizaciones; no obstante, el IMSS no investigó, ni recabó la documentación que acreditara los actos, errores y omisiones por parte personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos que motivaron la queja médica y que probablemente constituyeron posibles responsabilidades administrativas que provocaron daños, secuelas y, en algunos casos, fallecimientos; además, de que por la falta de criterios unificados para dar vistas al OIC, se presume que los expedientes no fueron integrados para acreditar las responsabilidades en modo, tiempo y lugar, ni se recabó la documentación de los servidores públicos participantes para brindar los elementos necesarios para el fincamiento de responsabilidades y sanciones a dichos servidores públicos. Hecho que se comprobó con la muestra de auditoría y las visitas a los OOAD de Chihuahua y Chiapas en las que el 100.0% de las respuestas del OIC referente a las quejas médicas enteradas, éste concluyó no contar con los elementos suficientes para iniciar las investigaciones, ante la falta de la documentación antes señalada y debido a que los expedientes manifiestan la irregularidad médica pero no la información relativa a los servidores públicos involucrados.

#### **2021-1-19GYR-21-0160-01-016 Recomendación**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social rediseñe y armonice el marco regulatorio en materia de quejas médicas, a fin de que se defina la trazabilidad completa y detallada del proceso que incluya los subprocesos y las actividades, los insumos, las atribuciones, los niveles de autorización, la gestión de riesgos estratégicos, tácticos y operativos, el resguardo de evidencia documental suficiente y competente; que se determinen los alcances, criterios de validación, las metodologías de revisión claras, específicas y concretas referentes a la naturaleza, gravedad y tipo de queja médica; que se regule la elaboración de los dictámenes base, para determinar la procedencia e improcedencia de las quejas médicas; que se tipifique

la gravedad, trascendencia e implicaciones de las quejas médicas; que se definan los criterios del establecimiento, registro, control y seguimiento de las medidas preventivas y correctivas, e incluyan, dentro de la resolución de la queja médica, la identificación, investigación y obtención de la documentación que acredite los actos, omisiones y errores del personal que motivó el incidente médico, a fin de homogeneizar el proceso de resolución de las quejas médicas, referentes a la integración, registro, resolución, resguardo, vistas al Órgano Interno de Control, así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos en los niveles centrales, delegacionales y en las Unidades Médicas de Alta Especialidad, que permitan la ejecución de actividades de evaluación, supervisión y monitoreo a dicho proceso, y brinde los elementos necesarios en la investigación de los servidores públicos por posibles responsabilidades administrativas, previstos en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, de conformidad con el artículo 76, fracciones VII, IX y XIV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; el numeral 7.1.3.4 del Manual de Organización de la Dirección Jurídica del Instituto Mexicano del Seguro Social; el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno; y el Componente General "Actividades de Control", principio 10, del Marco Integrado de Control Interno.

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### 2021-1-19GYR-21-0160-01-017 Recomendación

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

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

2021-1-19GYR-21-0160-01-018 **Recomendación**

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

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

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

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

La Ley General de Responsabilidades Administrativas (LGRA)<sup>56</sup>, es de orden público y de observancia general en toda la república y tiene por objeto otorgar competencias entre los órdenes de gobierno para establecer las responsabilidades administrativas de los servidores públicos, sus obligaciones, las sanciones aplicables por los actos u omisiones en que incurran y las que correspondan a los particulares vinculados con faltas administrativas graves, así como los procedimientos para su aplicación.

La LSS establece en su artículo 303 A que el incumplimiento de las obligaciones administrativas, que en su caso correspondan, serán sancionadas en los términos previstos en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. Cabe comentar que el artículo Tercero Transitorio, párrafos quinto y séptimo de la Ley General de Responsabilidades Administrativas señalan que, a la fecha de la entrada en vigor de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, todas las menciones a la Ley Federal de

---

<sup>56</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de julio de 2016, última reforma DOF 22-11-21.

Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos previstas en las leyes federales y locales, así como en cualquier disposición jurídica, se entenderán referidas a la LGRA. Con la entrada en vigor de la Ley General de Responsabilidades Administrativas quedaron abrogadas la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, la Ley Federal Anticorrupción en Contrataciones Públicas, y se derogarán los Títulos Primero, Tercero y Cuarto de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, así como todas aquellas disposiciones que se opongan a lo previsto en la LGRA.

En el artículo 75, fracción XXI, del Reglamento Interior del IMSS (RIIMSS)<sup>57</sup> se señala que la Dirección Jurídica tendrá las facultad de fungir como ventanilla única de las consultas que las diferentes unidades administrativas del Instituto pretendan formular a la Secretaría de la Función Pública o al OIC.

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

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

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

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

En el Manual de Organización de la Dirección Jurídica del IMSS<sup>58</sup> se identificó como áreas responsables a la Unidad de Investigaciones y Procesos Jurídicos que tienen como función sustantiva la de “Autorizar la presentación de denuncias o querellas a que se refiere la Ley

---

<sup>57</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006, última reforma DOF 23-08-12.

<sup>58</sup> Validado y registrado el 2 de julio de 2021, por la reestructura de la Dirección Jurídica mediante el acuerdo ACDO.AS2.HCT.280421/99.P.DA emitido por el H. Consejo Técnico de Instituto Mexicano del Seguro Social de fecha 28 de abril de 2021.

Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como otros ordenamientos legales” y a la Coordinación de Investigación y Asuntos de Defraudación que tiene como función sustantiva la de “Aprobar la presentación de la denuncia o querella a que se refiere la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como otros ordenamientos legales, con previa aprobación del Titular de la Unidad de Investigaciones y Procesos Jurídicos.”

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

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

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

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

Con la finalidad de verificar que, en 2021, el IMSS ejerció actividades de gobernanza, administró riesgos y estableció mecanismos de control efectivos en las actividades de integración, registro, resolución, resguardo, vistas al OIC, así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas de las quejas y denuncias a servidores públicos o particulares por posibles faltas administrativas previstas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas. La ASF solicitó mediante los oficios números AED/DGAESCI/002/2022 y

DGAESCI/145/2022 del 4 de enero de 2022 y del 10 de agosto de 2022, respectivamente, el proceso, instructivo o manual para coordinar el seguimiento del incumplimiento de las obligaciones administrativas y los procedimientos de investigación de responsabilidades administrativas que de ellas deriven, y la base de datos de las quejas y denuncias registradas del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, relacionadas con el incumplimiento de las disposiciones de la LGRA.

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

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

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

**a. Actividades desarrolladas por las unidades a Nivel Central**

Como parte de las pruebas de fiscalización, el equipo auditor entrevistó a personal de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales que manifestó la existencia de un proceso para el trámite y resolución de quejas administrativas (quejas médicas), enfocado a dar seguimiento a las quejas y denuncias interpuestas ante el Instituto por los derechohabientes y la población usuaria por insatisfacción durante la prestación de los servicios médicos otorgados por los servidores públicos del Instituto, indicando que si como resultado de la queja médica se determina la existencia de negligencia médica que implique

una presunta falta administrativa, en ese caso se deberá notificar al OIC<sup>59</sup>; sin embargo, este proceso únicamente reguló las quejas médicas, como se detalla en el resultado 8 del presente informe.

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

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

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

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

1 División de Análisis y Formulación de Denuncias del IMSS.

2 División de Procesos, Recursos y Amparos del IMSS.

---

<sup>59</sup> Documentada en el Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 003/CP2021 de fecha 7 de septiembre de 2021.

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

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

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

En el ámbito de los OOAD, como parte del marco normativo que reguló las actividades en materia de afiliación, recaudación y fiscalización, se identificó que en el Manual de Organización de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza (9000-002-003)<sup>60</sup>, se establece como una de las funciones sustantivas la de “Informar de las irregularidades, omisiones o faltas graves que se deriven de los actos de fiscalización y que sean de su conocimiento, a la Jefatura de Servicios Jurídicos y al Órgano Interno de Control en el ámbito de su competencia”.

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

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

*OOAD de Chihuahua*

- a. El JAC manifestó que en el manual de organización de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza, en las funciones sustantivas se establece que se debe Informar las irregularidades, omisiones o faltas graves cometidas por el personal, derivadas de la

---

<sup>60</sup> Validado y registrado por la Dirección de Administración el 8 de diciembre de 2020.

función de afiliación, vigencia de derechos, cobranza, auditoría de patrones, clasificación de empresas y prima del seguro de riesgos de trabajo, que sean de su conocimiento, a la Jefatura de Servicios Jurídicos y al OIC, pero no tienen la obligación de darle seguimiento al proceso, porque es el área jurídica es la encargada de las diligencias correspondientes y, el JAC colabora con ellos en aportar los elementos para la investigación correspondiente. Adicionalmente, comentó que, si se tiene conocimiento de alguna irregularidad, se le da aviso al OIC y al área jurídica y se hace mediante oficio.

- b. En 2021, en el OOAD de Chihuahua se registraron siete casos de irregularidades que se hicieron del conocimiento de la Jefatura de Servicios correspondiente, información que correspondió a los registros proporcionados por la DMCPIR de oficinas centrales<sup>61</sup>; sin embargo, no se acreditó la notificación al OIC en el IMSS por las presuntas responsabilidades.
- c. El JAC proporcionó el Reporte de Consignación 2021 de la Jefatura de Servicios de Afiliación y Cobranza con la documentación que avaló el aviso de las siete denuncias a la Jefatura de Servicios Jurídicos, en cumplimiento con lo establecido en el Manual de Organización.
- d. La Jefatura de Servicios Jurídicos proporcionó ocho expedientes de investigaciones laborales, en los que se comprobó que solamente cinco de los siete casos correspondían a los reportados por el JAC, hecho que evidenció deficiencias en los mecanismos de control e integración del proceso y posibles omisiones en el seguimiento de presuntas responsabilidades.
- e. El OOAD no acreditó que se reportaran los siete casos al OIC en el IMSS, ni justificó dicha omisión.

#### *OOAD de Chiapas*

- a. No se registraron casos de irregularidades que se hicieron del conocimiento a la Jefatura de Servicios Jurídicos, información que correspondió y fue coincidente con los registros de la DMCPIR en oficinas centrales.
- b. La Jefa de Oficina de Investigaciones Laborales mencionó que el proceso de atención de las quejas o denuncias por responsabilidades administrativas durante 2021 inicia con el reporte que efectúan las áreas, de lo cual deriva la programación, citatorios del personal involucrado, diligencias de notificación, desahogo de las comparecencias y análisis, señaló que éstas se turnan a consideración del Titular del Departamento Laboral y del Titular de la Jefatura, se procede a resolver y emitir la resolución respectiva de la sanción a aplicar, finalmente se notifica al involucrado, de existir daño o posible daño patrimonial

---

<sup>61</sup> Documentada en el Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 024/CP2021 del 13 de octubre de 2022.

se efectúa la denuncia al OIC en el IMSS, para la valoración del Expediente de Responsabilidades Administrativas.<sup>62</sup>

### Información solicitada al OIC en el IMSS

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

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

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

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

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

<sup>62</sup> Documentada en el Acta Administrativa Circunstanciada de Auditoría número 026/CP2021 del 27 de octubre de 2022.

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

- a. Las 618 quejas concluidas se calificaron como no graves, en términos de la LGRA por el OIC y fueron por no presentar la declaración patrimonial y de intereses en tiempo y forma, sancionándose a 616 con acuerdos de abstención y se aplicaron 2 destituciones.
- b. De las 1,435 quejas con estatus “en trámite”, 1,428 fueron calificadas como no graves y 7 fueron calificadas como graves. Éstas fueron por conductas contrarias a la LGRA: 1 por abuso de autoridad, 1 por conflicto de interés, 1 por desvío de recursos, 1 por falta de honestidad, 2 por negligencia administrativa y 1 por violación en procedimientos de contratación; y de las cuales el OIC informó que las sanciones están en trámite de resolución.
- c. Por lo que respecta a las 1,428 quejas no graves, 1,360 fueron por no presentar la declaración patrimonial y de intereses en tiempo y forma; 36 por negligencia administrativa; 15 por violación al proceso de contratación; 13 por negligencia médica; 2 por descuido al cumplimiento de sus funciones; 1 por acoso sexual y 1 por falta de honestidad. De estas quejas el OIC reportó que se encuentran en trámite de resolución y aplicación de la sanción respectiva.

Cabe destacar que el Acuerdo de Control Interno<sup>63</sup> señala que en las sesiones del COCODI, se deben discutir los aspectos que inciden en el control interno o en la presentación de actos contrarios a la integridad. La presentación de quejas, denuncias, inconformidades y procedimientos administrativos de responsabilidades, así como de las observaciones determinadas por las instancias fiscalizadoras puede significar que en la institución existen debilidades o insuficiencias de control interno o actos contrarios a la integridad, o bien situaciones que tienen repercusiones en la gestión de la institución, por lo que sólo deberá presentarse una breve descripción de las quejas, denuncias e inconformidades recibidas que fueron procedentes, indicando, en su caso, su impacto económico, las repercusiones en la operación de la institución y su vinculación con actos contrarios a la integridad; y, en lo relativo a los procedimientos administrativos de responsabilidades, los que involucren a servidores públicos de los primeros tres niveles, los motivos y sanciones aplicadas. Si bien se identificó que, en las sesiones del Consejo Técnico, mediante el Comité de Asuntos Jurídicos, se informa de manera periódica sobre los casos de las quejas médicas, y se tiene implantado un mecanismo específico para su registro, análisis y atención, el IMSS no acreditó un proceso para las quejas derivadas por faltas administrativas asociadas a la LGRA, lo que incumple con la normativa vigente.

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS proporcionó atenta nota emitida por la Unidad de Atención a la Derechohabiencia (UAD), en la que describió los “Mecanismos de atención a quejas y peticiones”; sin embargo, los mecanismos a los que hace referencia no atienden a una política, lineamiento o

---

<sup>63</sup> Artículo Segundo, Disposición 47, de la Orden del Día, fracción XII, inciso a), del Acuerdo de Control Interno.

procedimiento para la gestión integral de las quejas relacionadas con responsabilidades administrativas por parte de los servidores públicos o particulares vinculados con faltas administrativas previstas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en los que se establezcan las áreas responsables de la captación, registro, ámbito de competencia, plazos, requisitos o características para ser turnados al OIC y al área laboral, por lo que la observación persiste.

### **Conclusión**

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

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

También se comprobó que el IMSS no acreditó la identificación, análisis y respuesta a los riesgos asociados a actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos, al no distinguir los cambios que han ocurrido en el control interno, como resultado de modificaciones en la institución y en su entorno, lo que afectó los procesos de investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos del Instituto, de conformidad con el artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Segunda, Administración de Riesgos y Quinta, Supervisión y Mejora Continua, Principios 8, Considerar el Riesgo de Corrupción y 16, Realizar actividades de supervisión, elementos de control 8.01, 8.02 y 16.09, del Acuerdo de Control Interno; y el Componente Administración de Riesgos, Principio 8 “Considerar el Riesgo de Corrupción” del

MICI, excepto por los relacionados con las quejas médicas y de denuncias y querellas ante las instancias competentes interpuestas por la División de Análisis y Formulación de Denuncias. Además, de que el IMSS no acreditó todas las quejas y denuncias recibidas por posibles responsabilidades administrativas de los servidores públicos y particulares vinculados con las faltas administrativas previstas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y cuales fueron notificadas al OIC o al área laboral para su seguimiento en el ámbito de competencia de éstos durante 2021, lo que mostró debilidades en la gobernanza por parte de los órganos superiores y la Administración, y posibles actos de discrecionalidad respecto de la oportuna comunicación a las autoridades competentes.

#### 2021-1-19GYR-21-0160-01-019 **Recomendación**

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

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### **10. Sistema de Control Interno Institucional**

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

El artículo Segundo, Título Primero “Disposiciones Generales”, Capítulo I “Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones”, numerales 1, 2, fracción “L”, 3 y 4, del Acuerdo de Control Interno

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

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

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

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

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

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

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

Con el objetivo de verificar que el IMSS, en 2021, diseñó e implementó un SCII integral y armonizado con lo previsto en el Acuerdo de Control Interno y el MICI de México; así como comprobar que el sistema permeó y otorgó una seguridad razonable en el cumplimiento de los objetivos y las metas en las siete Direcciones Normativas, en las Direcciones de Vinculación Institucional y Evaluación de Delegaciones (a partir de abril de 2021 denominada Dirección de Operación y Evaluación -DOE-) y en la Dirección de Planeación Estratégica Institucional (a

partir del 29 de septiembre de 2021 denominada Dirección de Planeación para la Transformación Institucional -DPTI-); así como, en los 35 OOAD, las 25 UMAE y las 134 Subdelegaciones que integraron al IMSS en 2021. Con los oficios números AED/DGAESCI/002/2022 y DGAESCI/145/2022, del 4 de enero de 2022 y del 10 de agosto de 2022, respectivamente, el equipo auditor solicitó al Instituto la documentación que acreditó las estrategias, las actividades y los procedimientos que realizó, durante 2021, para coordinar a las unidades que lo integraron en materia de control interno y para la identificación, medición y administración de riesgos. En respuesta, el IMSS proporcionó diversa información y documentación, el análisis se muestra a continuación:

### **I. Sistema de Control Interno Institucional**

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

Se corroboró que conforme a lo establecido en el artículo Segundo, numeral 4, del Acuerdo de Control Interno, durante 2021, el Director General del IMSS designó al Titular de la UIT como Coordinador de Control Interno ante la SFP y que el Titular de la Coordinación de Integridad Institucional fue designado como Enlace Institucional de Control Interno y Administración de Riesgos ante la referida Secretaría; asimismo, se identificó que la UIT contó con enlaces de control interno en las 7 Direcciones Normativas, en la DOE, en la DPTI, en los 35 OOAD y en las 25 UMAE, pero no en las 134 Subdelegaciones.

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

#### Programa de Trabajo de Control Interno (PTCI)

Se verificó que conforme lo dispuesto en el Título Segundo, Capítulo III, Sección III, numeral 16 del Acuerdo de Control Interno, el 1º de febrero de 2021, mediante oficio número

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

PROGRAMA DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO DEL IMSS, EN 2021

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

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

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

También se validó que, para dar cumplimiento a lo establecido en el Título Segundo, Capítulo III, Sección III, numeral 18 del Acuerdo de Control Interno, durante el ejercicio 2021, el Coordinador de Control Interno del IMSS envió al Titular del OIC cuatro reportes de avances trimestrales del PTCI, así como la información y documentación que acreditó dichos avances. En respuesta, el Titular del OIC envió al Director General del IMSS cuatro informes de evaluación basados en los reportes de avance del PTCI. En el análisis realizado a los cuatro informes, el equipo auditor verificó que en el informe del 4to. Trimestre, el OIC señaló que 18 de las 30 acciones de mejora fueron concluidas, lo que representó un avance del 60.0% del PTCI de 2021 y que de las 12 acciones restantes, 11 se encontraban en proceso de conclusión con un porcentaje de avance que osciló entre el 50.0% y el 95.0% y la acción denominada “Adquisiciones de Bienes y Contratación de Servicios” es una acción que fue presentada desde el PTCI de 2020 y reprogramada para su cumplimiento en el PTCI de 2021; sin embargo, al cierre del ejercicio reportó un 0.0% de avance, ante lo cual la UIT argumentó que se debía a que no se han realizado las modificaciones y actualizaciones de las Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del IMSS (POBALINES).

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

Respecto de las cuatro acciones de mejora del proceso de control interno institucional relacionadas con la capacitación, supervisión y seguimiento para la implementación de las acciones de control interno en los OOAD y las UMAE, se identificó que fueron concluidas al 100.0%, debido a que la UIT realizó reuniones virtuales de capacitación y retroalimentación con los enlaces de control interno de los OOAD y las UMAE.

#### Programa de Trabajo de Administración de Riesgos (PTAR)

De conformidad con lo establecido en el artículo Segundo, Título Segundo, Capítulo II, numeral 10, fracción III, inciso a) del Acuerdo de Control Interno, el 11 de febrero de 2021, mediante oficio número 0952171000/123/2021, el Coordinador de Control Interno del IMSS ante la SFP envió al Titular de la UCEMGP, al Secretario General y a los titulares de las Direcciones Normativas, de los OOAD y de las UMAE, el PTAR 2021, documento en el cual se enlistaron los factores de riesgo y las estrategias para los 16 riesgos que el IMSS identificó en los procesos de 6 Direcciones Normativas y en la DOE, excluyendo a la DPTI y a la Dirección

de Finanzas que no realizaron una evaluación de riesgos. En el análisis del PTAR 2021 se destacaron los factores de riesgos relacionados con la integración incorrecta de expedientes de los créditos fiscales; la búsqueda inadecuada de información para la localización de patrones; errores de captura en los sistemas de prestaciones económicas; supervisión ordinaria a las guarderías; interpretación de estándares de seguridad; deficiencia en la atención integral del paciente diabético; carencia de documentos que permitieran una adecuada defensa de los juicios laborales; falta de supervisión en todas las etapas del proceso que permitieran identificar errores u omisiones que pudieran repercutir en la defensa de los juicios laborales; deficiencia en la verificación del cumplimiento de las obligaciones de los proveedores por omisión o intención; deterioro, falta de servicio o aprovisionamiento de la infraestructura tecnológica de procesamiento necesario para los sistemas sustantivos del IMSS; falta de atención en la demanda de almacenamiento y respaldo de la información de las distintas aplicaciones y áreas internas; incumplimiento en el plazo convenido para la terminación de los trabajos; bases de datos incompletas o desactualizadas, y la problemática en el surtimiento de medicamentos a pacientes oncológicos.

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

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

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

Número de Riesgo	Riesgo	Dirección Responsable	Comentarios del OIC
2021_1	Créditos fiscales depurados de forma extemporánea	Dirección de Incorporación y Recaudación	No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_2	Pensionados afectados por el otorgamiento inoportuno de pensiones	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales	Las acciones no tuvieron un impacto de mitigación del riesgo, se consideró que los controles en estos riesgos fueron insuficientes o deficientes.
2021_3	Seguimiento a la aplicación de la cédula de verificación de medidas de seguridad en guarderías del IMSS realizado de manera parcial.	Dirección de Prestaciones Médicas	No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_4	Desempeño bajo en la atención integral de la diabetes mellitus tipo 2, generada por desconocimiento de programas preventivos.	Dirección de Prestaciones Médicas	Se identificaron elementos para validar su evaluación final.
2021_5	Atención de juicios laborales no otorgada en tiempo y forma podría generar daño patrimonial al Instituto.	Dirección Jurídica	Se identificaron elementos para validar su evaluación final.
2021_6	Servicios tercerizados contratados que podrían no cumplir totalmente con los compromisos y lineamientos establecidos.	Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico	No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_7	Ecosistema de aplicaciones en la Plataforma Mainframe soportada en infraestructura obsoleta, podría afectar la continuidad de la operación en diferentes procesos institucionales.	Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico	Las acciones no tuvieron un impacto de mitigación del riesgo, se consideró que los controles en estos riesgos fueron insuficientes o deficientes.
2021_8	Seguimiento a las obras reprogramadas por desfase en su construcción, ampliación y remodelación.		No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_9	Bienes de consumo terapéuticos registrados inadecuadamente provocan diferencias físicas en inventarios.		No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto.
2021_10	Mantenimientos preventivos y correctivos a equipos médicos y electromecánicos realizados sin una adecuada dictaminación.		No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_11	Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos recolectados inoportunamente propician riesgo de posible propagación de agentes infecciosos.	Dirección de Administración	Se identificó un incremento en la valoración de su impacto.
2021_12	Pagos en demasía efectuados a jubilados y pensionados fallecidos, derivados de una confronta incorrecta de información personal con RENAPO y Registros Civiles.		No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto
2021_13	El ausentismo no Programado ha afectado a los servicios otorgados a la derechohabiencia.		Las acciones no tuvieron un impacto de mitigación del riesgo, se consideró que los controles en estos riesgos fueron insuficientes o deficientes.

Número de Riesgo	Riesgo	Dirección Responsable	Comentarios del OIC
2021_14	Gasto incrementado por contrataciones de personal derivado de la atención de la emergencia sanitaria asociada a COVID-19.		No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto
2021_15	Falta de mecanismos de seguimiento en atención otorgada a pacientes oncológicos.		No se proporcionaron elementos que permitieran asegurar una disminución en la valoración del impacto y en la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
2021_16	Falta de atención médica preventiva a derechohabientes derivada del desconocimiento y de acceso a información.	DOE	Las acciones no tuvieron un impacto de mitigación del riesgo, se consideró que los controles en estos riesgos fueron insuficientes o deficientes.

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

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

Adicionalmente, se verificó que la UIT, considerando la información proporcionada por las Direcciones Normativas y la base de datos de recurrencia que el OIC proporcionó, elaboró el Programa de Observaciones Recurrentes (POR) 2021, documento informativo que se integró de 72 acciones de mejora en las 7 Direcciones Normativas, los 35 OOAD y las 25 UMAE, para evitar reincidencias de observaciones en la adquisición de materiales, la contratación de obras; el cumplimiento de la normativa aplicable; el registro y supervisión del inventario de bienes capitalizable y no capitalizable; el cumplimiento de los programas de salud; las actividades para la localización de derechohabientes y el reforzamiento de la normativa en el proceso de recuperación de adeudos y licitaciones públicas; así como en la supervisión y seguimiento del plan anual de análisis y vulnerabilidad de las aplicaciones; no obstante, se observó que en el POR no se incluyeron acciones de mejora para la DOE y la DPTI.

Se destaca que las deficiencias y áreas de oportunidad en el SCII del IMSS informadas por la UIT en el PTCI, el PTAR y el POR, del ejercicio 2021, en su mayoría fueron consistentes con los diversos hallazgos identificados por el equipo auditor en el desarrollo de la presente auditoría, entre los que se destacaron la falta de armonización de su marco jurídico y normativo; las inconsistencias en la formulación e implementación del Plan Estratégico Institucional; en la recepción, análisis e investigación de las quejas y reclamaciones; la falta de criterios y estrategias para la tipificación y sanción de faltas administrativas; la supervisión y seguimiento en la localización de patrones; la falta de criterios y estrategias para la

suspensión de actos de fiscalización a patrones; inconsistencias en el modelo de competitividad; la inexistencia de un proceso que regule la notificación de presuntas responsabilidades por servidores públicos al OIC; así como, la falta de identificación de la causa-raíz en los procesos con debilidades de control interno, a efecto de evitar su recurrencia en el PTCI y en el PTAR. Lo anterior, se sustentó en los resultados números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 del presente informe.

## **II. Actividades de control realizadas por los OOAD y las Subdelegaciones**

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

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

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

### **Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI)**

Se verificó que, durante el ejercicio 2021, el IMSS no contó con un COCODI y que dichas funciones fueron conferidas al Consejo Técnico; no obstante, con el análisis a la documentación que acredita los motivos, a las actas que celebró el Consejo durante el ejercicio auditado y a los cuatro cuadros comparativos que trimestralmente el Coordinador de Control Interno envió al Titular del Área de Auditoría Interna, de Desarrollo y Mejora de la Gestión Pública del OIC en el IMSS, se constató que si bien el Consejo Técnico cumplió con lo establecido en el Título Cuarto, Capítulo IV, numeral 47 del Acuerdo de Control Interno, éste no promovió acciones que contribuyeran en la implementación de un SCII de alcance institucional y una administración de riesgos integral, que impulsaran la aplicación, seguimiento y supervisión de las acciones de mejora comprometidas en el PTCI y el PTAR de 2021; así como la aplicación de medidas preventivas que atendieran la causa-raíz de las desviaciones de control interno identificadas, para evitar la materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones emitidas por los órganos revisores (internos y externos), que agregaran valor a la gestión institucional y contribuyeran a la atención y solución de temas relevantes, por lo que no se atendió lo dispuesto en el Título Cuarto, Capítulo I, numeral 32, fracciones V, VI y VIII, del Acuerdo de Control Interno, lo que a su vez propició la materialización de riesgos, hecho que se comprobó con los resultados de las revisiones efectuadas al IMSS en los últimos 10 años (de 2011 a 2021) y con la reprogramación para el cumplimiento de las acciones de mejora del PTAR y del PTCI, en las que se observó la recurrencia de faltas administrativas en los procesos de recaudación, infracciones y sanciones, quejas médicas, adquisiciones y obra pública y, se concluyó que la gestión que el Consejo Técnico del IMSS realizó no incidió en el fortalecimiento del SCII como lo prevé el Acuerdo de Control Interno respecto de las funciones específicas que debe cumplir el COCODI.

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

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

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS proporcionó una presentación, en la cual describió el funcionamiento que el Consejo Técnico realizó a modo de COCODI. No obstante, lo proporcionado por el Instituto no atiende lo observado, debido a que no presentó documentación que acreditará que las actividades del Consejo Técnico promovieron acciones que contribuyeran a la formalización de un modelo de control interno, a una administración de riesgos integral y a la identificación e implementación de medidas preventivas para atender la causa-raíz de las observaciones recurrentes determinadas por los órganos revisores, por lo que la observación se mantiene respecto a la necesidad de instalar el COCODI en el IMSS, a fin de atender de forma efectiva y puntual las funciones y responsabilidades en materia de control interno y se combatá la Gobernanza fragmentada.

### **Falta de armonización de los instrumentos jurídicos que regularon la estructura orgánica del IMSS**

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

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

Por lo antes descrito, se comprobó que sólo los manuales de organización de las normativas y los manuales de funcionamiento específico fueron congruentes con las estructuras, actividades y atribuciones de las unidades que integraron al IMSS en 2021.

Adicionalmente, en la revisión de los acuerdos del Consejo Técnico que implicaron modificaciones a la estructura orgánica vigente en 2021, se identificaron los acuerdos ACDO.AS2.HCT.280421/99.P.DA y ACDO.AS2.HCT.250821/207.P.DA de las sesiones del 28 de abril y 25 de agosto de 2021, respectivamente, en los que se aprobaron las modificaciones a las estructuras orgánicas de las Direcciones de Prestaciones Económicas y Sociales, Jurídica, de Finanzas, de Administración, de Vinculación Institucional y de Evaluación de Delegaciones, de Planeación Estratégica Institucional y de Prestaciones Médicas, así como de la Secretaría General y de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico; y se constató que en éstos se instruyó a la Dirección Jurídica para que, conforme a lo previsto en el artículo 75, fracción IV,<sup>64</sup> del RIIMSS, coordinara la formulación y presentación al Consejo Técnico, del anteproyecto de Decreto por el que se reforma el RIIMSS, para someterlo a consideración de

---

<sup>64</sup> Coordinar la formulación y someter a la consideración del Director General, para su presentación al Consejo Técnico del Instituto, de los proyectos de iniciativas de leyes o decretos, así como reglamentos, decretos y acuerdos correspondientes (...)

la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, para su publicación. Hecho que el IMSS no realizó, por lo anterior, no existió una armonización entre el RIIMSS, el Manual de Organización, los manuales de organización de las direcciones normativas y los manuales de funcionamiento específicos.

Por último, mediante el oficio número DGAESCI/011/2023 del 25 de enero de 2023, se notificó a la Delegada y Comisaria Pública Propietaria del Sector Salud, Trabajo y Seguridad Social de la SFP, en su carácter de Órgano de Vigilancia, las observaciones determinadas durante la auditoría en materia de control interno y administración de riesgos, para que en el ámbito de sus atribuciones, analice los hallazgos con el propósito de promover la instalación del COCODI en el IMSS, para que una vez creado, ejerza las funciones de Órgano de Vigilancia a fin de contribuir en un mejor desempeño por parte del Instituto.

### **Conclusión**

Con la fiscalización del SCII del IMSS vigente en 2021, se identificó que la UIT no desarrolló, ni emitió políticas, normas y procedimientos que establecieran el diseño, los conceptos, alcances, beneficios e impactos del SCII; así como los roles y las responsabilidades a implementar por las Direcciones Normativas, los OOAD y los Órganos Operativos. El Acuerdo de Control Interno fue el marco normativo que estableció los objetivos del SCII y los procedimientos a los que debió ajustarse el Instituto. Asimismo, se verificó que el Titular de la UIT fungió como Coordinador de Control Interno del IMSS ante la SFP, que el Titular de la Coordinación de Integridad Institucional fungió como Enlace Institucional de Control Interno y Administración de Riesgos ante dicha Secretaría y que contó con enlaces de control interno en las 7 Direcciones Normativas, en los 32 OOAD y en las 25 UMAE, pero no en las 134 Subdelegaciones.

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

Asimismo, se verificó que el avance en el cumplimiento de las 30 acciones de mejoras del PTCI 2021 fue del 60.0%, y que el OIC indicó que 18 de las 30 acciones fueron concluidas y en el

“Reporte Anual de del Comportamiento de Riesgos 2021”, por lo que recomendó diseñar y ejecutar metodologías de seguimiento para la administración de riesgos de los procesos institucionales y consolidar un modelo de administración de riesgos institucional que permita conciliar los esfuerzos para la prevención de eventos que pudieran obstaculizar el logro de los objetivos; por lo antes descrito el equipo auditor corroboró que el SCII del IMSS no aseguró que la insuficiencia, deficiencia o existencias detectadas en la supervisión, verificación y evaluación interna; y las determinadas por las diferentes instancias revisoras fueran atendidas con oportunidad y diligencia dentro de los plazos establecidos; y que el IMSS no identificó ni atendió la causa-raíz de las mismas, a efecto de evitar su recurrencia conforme a lo dispuesto en la Norma Quinta “Supervisión y Mejora Continua” del Acuerdo de Control Interno, lo que se comprobó con el análisis de los resultados de las auditorías efectuadas al IMSS en los últimos 10 años, en los que se constató la recurrencia de las observaciones.

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

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

#### **2021-1-19GYR-21-0160-01-020 Recomendación**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social elabore e implemente los lineamientos o políticas en materia de control interno y administración de riesgos en términos de las mejores prácticas nacionales e internacionales, en los que se definan los responsables, los insumos, los plazos, los entregables, la periodicidad, los riesgos, los tramos de control, los medios de comunicación y el seguimiento, así como la coordinación con las Direcciones Normativas, Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, Subdelegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad, que permita contar con un Sistema de Control Interno Institucional y una administración de riesgos diseñados e implementados de forma articulada e integral, que otorguen certidumbre y un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos y las metas institucionales y la salvaguarda de los recursos. Lo anterior permitirá eliminar controles ineficientes, controlar la materialización de riesgos y la recurrencia de

observaciones por las instancias revisoras, en cumplimiento de lo establecido en el Capítulo I "Estructura del Modelo", numeral 9, Norma Tercera. "Actividades de Control", Principio 12, Elementos de control 12.01 y 12.02, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno y el numeral 7.1, función 4, del Manual de Organización de la Unidad de Integridad y Transparencia del IMSS.

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### **2021-1-19GYR-21-0160-01-021 Recomendación**

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

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### **2021-1-19GYR-21-0160-01-022 Recomendación**

Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social por conducto del H. Consejo Técnico, elabore el proyecto de reforma del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social que considere la armonización, congruencia y consistencia con los instrumentos normativos vigentes que regulan la estructura, actividades y atribuciones de las unidades que integran al Instituto, y lo proponga a la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal para su revisión y validación, a efecto de que se publique. De llevarse a cabo las modificaciones normativas se contará con un marco de actuación preciso y funcional para el Instituto Mexicano del Seguro Social, en cumplimiento de lo previsto en los numerales 7.1.5, 7.1.6 y 7.1.7, de la "Norma para elaborar, actualizar, autorizar, aprobar y registrar, los manuales de organización, los manuales de funcionamiento específico y los manuales de integración y funcionamiento de comités o

comisiones del IMSS" y el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, principio 3, elementos de control 3.01, 3.02, 3.03 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.

Los términos de esta recomendación y los mecanismos para su atención, por parte de la entidad fiscalizada, quedan asentados en el Acta de la Reunión de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares en los términos del artículo 42 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.

#### ***Consecuencias Sociales***

En 2021, el IMSS contabilizó 71,579,550 derechohabientes, familiares y demás beneficiarios por lo que su operación bajo los principios de eficiencia, eficacia y economía es primordial para el Estado mexicano. Con la fiscalización se determinaron áreas de oportunidad en la Gobernanza y en el diseño e implementación del Sistema de Control Interno del IMSS, que requieren de una atención integral y transversal entre las distintas unidades médicas, sociales y administrativas para dar un mayor impulso a la mejora continua de los procesos sustantivos y adjetivos; y así incidir positivamente en el cumplimiento de los objetivos y las metas institucionales y nacionales; privilegiar una gestión basada en la detección y prevención de la materialización de riesgos a nivel estratégico, directivo y operativo y, disminuir actos, errores y omisiones por parte de los servidores públicos que pudiera actuar en detrimento de la calidad de los servicios, la atención médica proporcionada y en el patrimonio del Instituto. La labor del Instituto es importante para favorecer el desarrollo social y económico equitativos de la sociedad mexicana, debido a que sus servicios de asistencia médica, protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales contribuyen en el aumento del bienestar individual y colectivo de la población, y en la disminución de la falta de oportunidades, las brechas de desigualdad social y de género, y la pobreza en la vejez.

#### ***Buen Gobierno***

Impacto de lo observado por la ASF para buen gobierno: Planificación estratégica y operativa y Controles internos.

#### ***Resumen de Resultados, Observaciones y Acciones***

Se determinaron 10 resultados, de los cuales, 10 generaron:

22 Recomendaciones.

**Consideraciones para el seguimiento**

Los resultados, observaciones y acciones contenidos en el presente informe de auditoría se comunicarán a la entidad fiscalizada, en términos de los artículos 79 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 39 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación, para que en un plazo de 30 días hábiles presente la información y realice las consideraciones que estime pertinentes.

En tal virtud, las recomendaciones y acciones que se presentan en este informe de auditoría se encuentran sujetas al proceso de seguimiento, por lo que, debido a la información y consideraciones que en su caso proporcione la entidad fiscalizada podrán atenderse o no, solventarse o generar la acción superveniente que corresponda de conformidad con el marco jurídico que regule la materia.

***Dictamen***

El presente dictamen se emite el 27 de enero de 2023, fecha de conclusión de los trabajos de auditoría. Ésta se practicó sobre la información proporcionada por la entidad fiscalizada de cuya veracidad es responsable; fue planeada y desarrollada con el objetivo de fiscalizar la razonabilidad del diseño, implementación y eficacia del Sistema de Control Interno Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y de los elementos de Gobernanza ejercidos por los Órganos de Gobierno y la Administración relativos a la eficiencia, la eficacia y la economía de sus operaciones, a fin de verificar la consecución de los objetivos y las metas institucionales, el cumplimiento del marco jurídico y normativo aplicable, la confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información, la transparencia, la rendición de cuentas, la salvaguarda de los activos y la aplicación de las mejores prácticas, para en su caso, sugerir estrategias de mejora para el fortalecimiento y contribución a la gestión institucional; en consecuencia, existe una base razonable para sustentar este dictamen.

El IMSS es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios; de integración operativa tripartita, en la que concurren los sectores público, social y privado; fue creado en 1943 con el propósito de administrar los distintos ramos de seguro que prevé la Ley del Seguro Social (LSS) y fomentar la salud de la población trabajadora asegurada y de sus familias, de los pensionados y de los estudiantes de manera integral.

Los artículos 2°, 4° y 5° de la LSS indican que la seguridad social garantizará el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado mexicano; que el “seguro social” es el instrumento básico de la seguridad social y que la organización y administración están a cargo del IMSS, el cual también tiene el carácter de organismo fiscal autónomo.

Con base en lo antes expuesto, el equipo auditor consideró pertinente fiscalizar la Gobernanza y el Sistema de Control Interno Institucional (SCII) del IMSS correspondiente a la Cuenta Pública 2021, bajo dos enfoques principales, integral y vertical, que permitieran revisar la estructura, atribuciones y funciones de la Asamblea General, el Consejo Técnico y sus comités auxiliares, los órganos colegiados (Consejos Consultivos de las Delegaciones y las Juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad) y la Administración; y de manera complementaria con un enfoque transversal, la participación de éstos en el diseño, implementación y mejora continua de un SCII eficiente, eficaz, íntegro y dinámico, asentado en una administración de riesgos, que le permitiera al IMSS contar con una seguridad razonable respecto de la consecución de sus objetivos y metas institucionales.

Los resultados de la fiscalización mostraron que, en 2021, en materia de planeación estratégica, el IMSS contó con el PIIMSS 2020-2024 en el que estableció los objetivos, las metas, las estrategias y las acciones puntuales para los procesos sustantivos, documento que guardó congruencia con lo definido en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024; sin embargo, no se vinculó con el programa sectorial de salud y se determinaron áreas de oportunidad por la desarticulación de las distintas unidades encargadas de la planeación institucional, lo que limitó a las direcciones normativas proporcionar a los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD), Subdelegaciones, Unidades Administrativas, Médicas y Sociales los elementos para la definición, formulación y elaboración integral y homóloga de planes, directrices y rutas de acción en temas prioritarios y coyunturales. Por lo que la planeación del Instituto se alejó de ser un mecanismo articulado que garantizara la vinculación de los planes y programas de trabajo de todas sus unidades, diseñado bajo una estrategia de planeación integral con alcances a nivel institucional, sectorial y nacional, denotando la conformación de una Gobernanza fragmentada en la que los criterios y procesos definidos por las unidades centrales no se corresponden en el alcance e intensidad con los que ocurren al nivel de la referida operación administrativa desconcentrada, lo que generó disfunciones, incongruencias e inexactitudes en las acciones, resultados, efectos y, en última instancia, en el cumplimiento de los objetivos y las metas del Instituto.

En relación con los Órganos de Gobierno Superiores (Asamblea General y Consejo Técnico), los Comités de Apoyo y los órganos colegiados, se verificó que el IMSS dispuso de un marco normativo y jurídico que definió y reguló la integración, atribuciones, actuación y toma de decisiones de éstos, con independencia y sin conflicto de interés. En las sesiones realizadas por los Órganos de Gobierno Superiores durante 2021, no se trataron temas o asuntos, ni se determinaron acuerdos relacionados con la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta; tampoco se supervisó la definición de las expectativas que guarda el Instituto respecto de los mismos. En este sentido, se comprobó que, no obstante el Consejo Técnico, desde 2017, asumió las facultades conferidas al COCODI, previstas en el Título Cuarto, Capítulo I, numeral 32, fracciones V, VI, y VIII, del Acuerdo de Control Interno de la Secretaría de la Función Pública (SFP), durante 2021 su ejercicio por parte del Órgano de Gobierno fueron sustanciadas únicamente en la forma y no en el fondo, lo que provocó que el IMSS no contara con un Sistema de Control Interno Institucional (SCII) formalizado y plenamente desarrollado; que la administración de riesgos presentara sesgos y limitaciones para impulsar la aplicación, seguimiento y supervisión de las acciones de mejora

comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno y en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y, con ello, la aplicación efectiva y eficaz de medidas preventivas para atender la causa-raíz de las desviaciones en materia de control interno para evitar la recurrencia de observaciones emitidas por los órganos revisores (internos y externos), así como la potencial materialización de riesgos en los distintos procesos sustantivos del Instituto.

Por otra parte, se constató la existencia efectiva de canales de comunicación entre los diferentes órganos superiores y colegiados, por medio de la Secretaría General del IMSS; sin embargo, en el caso de los Consejos Consultivos de las Delegaciones de Chihuahua y Chiapas y la Junta de Gobierno de la UMAE de Cardiología No.34, que formaron parte de los órganos colegiados que fueron objeto de revisión, no se acreditó que informaran a sus miembros los acuerdos emitidos por el Consejo Técnico, ni pusieron a consideración de éste, por conducto de la Secretaría General, las consultas, sugerencias y propuestas emitidas por dichos órganos, ni dieron a conocer a sus integrantes de los Informes Cuatrimestrales sobre el funcionamiento de éstos, con el propósito de identificar las áreas de mejora. Con lo que se fortalece la evidencia que soporta la tesis de que en la institución existe una gobernanza fragmentada en la que las actuaciones y directrices de los órganos de gobierno y las direcciones normativas no permean de forma integral y sistemática en la operación administrativa desconcentrada.

En lo que respecta a la evaluación del desempeño de los Órganos de Gobierno Superiores, se constató que el IMSS no contó con una metodología, procedimiento o mecanismo para evaluar su gestión; no obstante, que en la normativa se dispuso la evaluación de los máximos órganos de gobierno. En el caso de la evaluación del desempeño para los Consejos Consultivos y las Juntas de Gobierno, durante 2021, el IMSS contó con los “Ejes Principales de Evaluación”, en los que estableció controles para el seguimiento de las actividades realizadas por estos órganos colegiados, se verificó que los ejes se diseñaron para sustanciar su gestión sólo en la forma, por lo que no fueron suficientes para conocer el desempeño de éstos y medir el cumplimiento de los objetivos de cada uno, lo que limitó la retroalimentación de la labor realizada mediante la identificación de las fortalezas y áreas de oportunidad que acreditaran la participación de los órganos colegiados en el logro de los objetivos y las metas institucionales.

Se verificó que el IMSS contó con el Modelo Institucional para la Competitividad con el propósito de mejorar los procesos y establecer prácticas administrativas que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios y promover la transformación e innovación institucional. Se observó que el modelo no fue desarrollado bajo una estrategia de alcance institucional, debido a que fue diseñado bajo el principio de participación voluntaria, lo que propició que sólo 916 de las 7,293 unidades sociales, médicas y administrativas que integraron la estructura del IMSS en 2021, se incorporaran, por lo que los esfuerzos del Instituto para mejorar los servicios y promover la transformación no permearon de forma homóloga, armónica y estandarizada. Respecto de los procesos del modelo, se identificaron áreas de oportunidad en los mecanismos de control referentes a las actividades de regulación, registro, implementación, mantenimiento, asesoría, comunicación, información, supervisión, monitoreo, seguimiento y evaluación. Se constató que las herramientas informáticas

utilizadas para la administración del modelo no facilitaron la gestión, ni generaron información útil, confiable, integra y oportuna. Adicionalmente, se comprobó que el Instituto no utilizó la información generada de manera transversal por las distintas áreas, para comprobar la eficacia de la implementación del modelo en el aumento de la satisfacción y confianza en los servicios otorgados a la derechohabiencia o, en su caso, para identificar áreas de oportunidad en los procesos de diseño e implementación del propio modelo.

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

Otro tema fiscalizado fueron las actividades desarrolladas por la Dirección de Operación y Evaluación (DOE) del IMSS. Se identificó que, en 2021, de los 35 OOAD sólo se evaluaron a 5, y de las 25 UMAE se evaluaron a 3. Se comprobó que las acciones de mejora fueron presentadas mediante informes de evaluación; sin embargo, la DOE careció de los elementos probatorios que acreditaran la trazabilidad en el proceso de seguimiento posterior a las acciones de mejora derivadas de las evaluaciones que realizó, a efecto de que los OOAD y las UMAE llevaran a cabo las acciones procedentes para su atención. Adicionalmente, en la revisión de las actas de las sesiones realizadas por el Consejo Técnico, se observó que la DOE no presentó asuntos relacionados con las actividades de evaluación, y en lo que respecta a las actas del Comité de Evaluación de Órganos Desconcentrados, se identificó que únicamente tomó nota de los avances en el Programa de Trabajo 2021 de la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados, y no se presentaron asuntos que por su relevancia pudieran ser sometidos al Consejo Técnico o a las Direcciones Normativas.

En materia de fiscalización a patrones y demás sujetos obligados, se constató que, durante 2021, la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) estableció ocho estrategias que regularon la programación y desarrollo de los actos de fiscalización; se verificó que los 35 OOAD registraron 13,266 propuestas de actos de fiscalización a 11,524 patrones y realizaron 781 actos de fiscalización a 779 patrones, lo que representó el 5.89% del total de las propuestas por actos de fiscalización. En la revisión de los expedientes de 17 visitas domiciliarias que realizaron las Subdelegaciones revisadas, se determinaron áreas de oportunidad relacionadas con la aplicación efectiva y apropiada de la normativa, con el seguimiento de los actos de fiscalización, y se observaron deficiencias en los registros al no contar la DIR con información veraz, confiable y oportuna a nivel central. En relación con las actividades para identificar la presunta comisión de delitos de defraudación a los regímenes del seguro social durante 2021, se comprobó que, para los actos de verificación efectuados bajo el supuesto de aseguramiento establecido en el artículo 17 de la LSS, el marco normativo sólo estableció las actividades para determinar créditos fiscales a los patrones, al comprobarse la existencia de gastos realizados por el IMSS derivados de una inscripción

improcedente y no se establecieron las gestiones para, de ser el caso, realizar querellas por los actos de los patrones..

Se constató que, durante 2021, el IMSS determinó multas por 5,406,345.2 miles de pesos, condonó 2,039,002.6 miles de pesos y recaudó 3,367,342.7 miles de pesos. No obstante, en el análisis de 26 expedientes de patrones que se beneficiaron de la condonación de multas autorizadas por las Subdelegaciones revisadas, se detectaron diferencias en los montos contenidos en los registros contables reportados al nivel central y al nivel de las Subdelegaciones, así como áreas de oportunidad en la aplicación efectiva y apropiada de la normatividad relacionada a los tiempos y formas de ejecución de estas acciones.

Durante 2021, el IMSS canceló 635,259 créditos fiscales por 3,126,123.2 miles de pesos, de los cuales 561,770 créditos fiscales por 2,998,917.1 miles de pesos, el 95.9% del total de créditos, fueron cancelados bajo el criterio de “Por no localizados” y en la revisión de los expedientes de 46 patrones, se observaron áreas de oportunidad en las actividades de investigación y localización, debido a que el equipo auditor localizó a dos patrones en los domicilios fiscales validados por las Subdelegaciones del IMSS revisadas, los créditos fiscales fueron cancelados al dictaminarse “Por no localizados”.

En cuanto al proceso para el trámite y resolución de quejas médicas, se verificó que el IMSS careció de mecanismos de control eficaces, oportunos y suficientes en las actividades de evaluación, supervisión y monitoreo para garantizar que los médicos investigadores y demás personal de las unidades centrales, delegacionales y UMAE dieran cabal cumplimiento a la normativa y existiera homogeneidad en el proceso de resolución de las quejas médicas, referentes a la integración, registro, resolución, resguardo, vistas al Órgano Interno de Control, así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos.

En 2021, los derechohabientes o sus familiares presentaron 3,278 quejas médicas en contra del IMSS, por atención médica deficiente, negativa en la atención y deficiencia administrativa, principalmente; de las cuales el Instituto dictaminó que 809 quejas médicas fueron procedentes, se verificó que 654 no causaron secuelas en los pacientes, 83 provocaron secuelas y 72 causaron fallecimientos. Asimismo, el IMSS pagó 74,912.8 miles de pesos a 833 beneficiarios como resultado de las resoluciones procedentes de las quejas médicas.

Se observó que, si bien el área de quejas médicas en el IMSS se encargó de recabar la información y documentación necesaria (expedientes clínicos, notas médicas y dictámenes médicos, entre otros) para la resolución procedente e improcedente de las solicitudes de la derechohabiencia y que, en algunos casos, concluyó en reembolsos e indemnizaciones; los esfuerzos se enfocaron a atender el requerimiento del quejoso, sin que el IMSS investigara ni recabara la documentación que acreditara los actos, errores y omisiones por parte del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos que motivaron las quejas médicas y que probablemente constituyeron posibles responsabilidades administrativas que provocaron daños, secuelas y, en algunos casos, fallecimientos; además, de que por la falta de criterios unificados para dar vistas al Órgano Interno de Control, se presume que los expedientes no fueron integrados para acreditar las responsabilidades en

modo, tiempo y lugar, ni se recabó la documentación de los servidores públicos participantes para brindar los elementos necesarios para el fincamiento de responsabilidades y sanciones a dichos servidores públicos.

En 2021, el Órgano Interno de Control en el IMSS registró 8,216 quejas o denuncias por posibles responsabilidades administrativas de los servidores públicos y particulares vinculadas con las faltas administrativas previstas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, de las cuales 6,163 fueron no procedentes; 618 se clasificaron como no graves -relativas a la no presentación de la declaración patrimonial y de intereses en tiempo y forma-; mientras 1,435 que se encontraban con estatus "en trámite" al 31 de diciembre de 2021, y de las que el 99.51% se clasificaron como no graves y el 0.49% como graves. Asimismo, se observaron áreas de oportunidad en la identificación, análisis y respuesta a los riesgos por estas conductas, debido a que el IMSS no acreditó el diseño e implementación de un procedimiento institucional que regulara las áreas y actividades relativas a recibir quejas y denuncias por posibles responsabilidades administrativas de los servidores públicos y particulares, para ser turnados al Órgano Interno de Control o al área laboral competente.

Por último, se verificó que el IMSS no desarrolló, ni emitió políticas, normas y procedimientos que establecieran el diseño, los conceptos, alcances, beneficios e impactos del SCII; así como los roles y las responsabilidades a implementar por las Direcciones Normativas, los OOAD, las UMAE y los Órganos Operativos. Además se identificó que aun cuando se implementaron actividades en materia de control interno para la elaboración del Programa de Trabajo de Control Interno, Programa de Trabajo de Administración de Riesgos y Programa de Observaciones Recurrentes, éstas no cubrieron a la totalidad de los procesos y niveles funcionales del Instituto, lo que limitó la identificación, análisis y respuesta a los riesgos; y en el diseño e implementación de los controles correspondientes, también se detectaron áreas de oportunidad para la prevención ante la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos y actos contrarios a la integridad. En lo referente al seguimiento de las acciones de mejora del Programa de Trabajo de Control Interno, se corroboró que el SCII del IMSS no aseguró que la insuficiencia, deficiencia o inexistencia detectadas en la supervisión, verificación y evaluación interna, así como las determinadas por las diferentes instancias revisoras, fueran atendidas con oportunidad y diligencia dentro de los plazos establecidos; ni identificó y atendió la causa-raíz de las mismas, a efecto de evitar su recurrencia y combatir la Gobernanza fragmentada que afectó la mayoría de las actividades institucionales realizadas durante 2021.

En opinión del equipo auditor, en 2021, los elementos de Gobernanza diseñados e implementados por el IMSS presentaron áreas de oportunidad, al mostrar un estructura fragmentada en la que los criterios y procesos definidos por las unidades centrales no se corresponden en el alcance e intensidad con los que ocurren al nivel de la referida operación administrativa desconcentrada, lo que no permitió a la estructura administrar los riesgos a nivel estratégico, directivo y operativo, que privilegiara una gestión basada en la detección y prevención para evitar la materialización de riesgos. Lo anterior se comprobó con los recorridos y las pruebas de control aplicados a los diferentes procesos fiscalizados de los

Órganos de Gobierno Superiores, los Comités y las Direcciones Normativas, los Órganos Colegiados, los OOAD, las UMAE y los Órganos Operativos, con los que se comprobó que el Sistema de Control Interno Institucional no permeó de forma articulada para la consecución de los objetivos y las metas institucionales y nacionales, ni la salvaguarda de los recursos.

El marco jurídico y normativo que reguló la estructura y los procesos del IMSS, en su conjunto, presentó sesgos, inconsistencias y desarticulación, lo que generó que los mecanismos de control no fueran eficaces, oportunos y suficientes para identificar y prevenir incumplimientos, discrecionalidad, posibles omisiones o actos indebidos por parte de los servidores públicos o particulares; el Modelo Institucional para la Competitividad no fue desarrollado bajo una estrategia institucional por lo que no permeó de forma integral en las unidades y procesos del Instituto; la comunicación entre los Órganos de Gobierno y la Administración fue deficiente por no facilitar la comunicación descendente y ascendente para la toma de decisiones oportuna; la falta de diseño y sesgos en los procesos de quejas médicas y quejas relacionadas con posibles faltas administrativas previstas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas reflejó discrecionalidad en el seguimiento por parte de las instancias responsables; y las debilidades en los temas de integridad, valores éticos y normas de conducta, la falta de formalización de un modelo de control interno, una administración de riesgos libre de sesgos y de medidas preventivas para atender la causa-raíz de las desviaciones derivó en la identificación de la necesidad de implantar un Comité de Control y Desempeño Institucional en el Instituto para que se atiendan de forma efectiva y puntual sus funciones y responsabilidades y se combata la Gobernanza fragmentada.

Las recomendaciones formuladas tienen como propósito que el IMSS perfeccione el diseño e implementación del marco jurídico y normativo que regula las operaciones estratégicas y sustantivas; fortalezca la Gobernanza institucional; vincule la planeación estratégica con la planeación institucional y nacional; fortalezca sus canales de comunicación entre los distintos Órganos de Gobierno, Comités, Órganos Colegiados y la Administración; fortalezca, genere e implemente mecanismos de control libre de errores, sesgos y discrecionalidad; se disminuya la reincidencia en los hallazgos determinados por las instancias revisoras internas y externas; se logre mejorar el modelo de gestión aplicable a las unidades que integran al IMSS; y se constituya al COCODI, para que en el ámbito de sus funciones y atribuciones en materia de control interno, contribuyan a la mejora continua del Instituto a fin de lograr que éste cumpla con su mandato constitucional y coadyuve al Estado mexicano a fomentar la salud de la población trabajadora asegurada y de sus familias, de los pensionados y de los estudiantes de manera integral, y opere de forma eficiente, eficaz y económica como el instrumento básico con el que el Estado hace cumplir su mandato constitucional de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos en materia de seguridad social.

***Servidores públicos que intervinieron en la auditoría:***

Director de Área

Director General

C. Maribel Mercedes Cortes Cruz

Mtro. José de Jesús Sosa López

***Comentarios de la Entidad Fiscalizada***

Es importante señalar que la documentación proporcionada por la entidad fiscalizada para aclarar o justificar los resultados y las observaciones presentadas en las reuniones fue analizada con el fin de determinar la procedencia de eliminar, rectificar o ratificar los resultados y las observaciones preliminares determinados por la Auditoría Superior de la Federación y que se presentó a este órgano técnico de fiscalización para efectos de la elaboración definitiva del Informe General Ejecutivo del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública.

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS proporcionó el documento denominado “PRONUNCIAMIENTO INICIAL SOBRE CÉDULA DE PRE-RECOMENDACIONES” emitido por la Dirección Jurídica, en el que manifestó lo siguiente:

## PRONUNCIAMIENTO INICIAL SOBRE CÉDULA DE PRE-RECOMENDACIONES

Ciudad de México, a 12 de diciembre de 2022.

El Lic. José de J. Sosa López, Director General de Auditoría y Evaluación a los sistemas de Control Interno "B" de la Auditoría Superior de la Federación (ASF), remitió oficio número DGAESCI/145/2022, por medio del cual solicitó a la Lic. Guillermina Rivera Rendón, Titular de la Coordinación de Atención a Órganos Fiscalizadores en el IMSS, proporcionar la información y documentación complementaria referida en el anexo del citado oficio.

Si bien se dio respuesta a la información solicitada y se mantuvo una reunión con el personal de la ASF para realizar las aclaraciones pertinentes, el 5 de diciembre se recibió la Cédula de resultados finales de la Auditoría 160, en la que se incluyen 4 pre-recomendaciones para el proceso de quejas médicas, mismas que se detallan y comentan a continuación.

Pre-Recomendación	Posición general	Aclaraciones o comentarios relevantes
<p><b>16.</b> Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social <b>rediseñe y armonicé el marco regulatorio</b> en materia de quejas médicas, a fin de que se defina la <b>trazabilidad completa y detallada del proceso</b> que incluya los subprocesos y las actividades, los insumos, las atribuciones, los niveles de autorización, la gestión de riesgos estratégicos, tácticos y operativos, el <b>resguardo de evidencia</b> documental suficiente y competente; se determinen los alcances, criterios de validación, las <b>metodologías de revisión claras</b>, específicas y concretas referentes a la naturaleza, gravedad y tipo de queja médica; se <b>regule</b> la elaboración de los <b>dictámenes</b> base, para determinar la procedencia e improcedencia de las quejas médicas; se <b>tipifique la gravedad, trascendencia e implicaciones</b> de las quejas médicas; se definan los criterios del establecimiento, <b>registro, control y seguimiento de las medidas preventivas y correctivas</b>; e incluyan dentro de la resolución de la queja médica, la <b>identificación, investigación y</b></p>	<p><b>De acuerdo. Se está trabajando actualmente en la actualización del Procedimiento</b> para la recepción, trámite y resolución de quejas administrativas y el Procedimiento para la recepción, trámite y resolución de las quejas administrativas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.</p> <p>Las <b>actualizaciones</b> considerarán la <b>trazabilidad completa y detallada del proceso</b>, sin que, por ello, el procedimiento se vuelva demasiado complejo e ininteligible para el responsable final a nivel central o desconcentrado.</p> <p>Se dará seguimiento a la <b>consulta realizada para actualizar el instructivo</b>, a fin de determinar <b>criterios claros</b>, que no se presten a múltiples interpretaciones, <b>para el envío al Órgano Interno de Control y criterios mínimos para el dictamen</b>, los cuales ya se tienen a nivel interno, al derivar de las supervisiones de expedientes. En la consulta se planteará la posibilidad de que el H.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No queda claro a qué se refieren con la <b>tipificación de la gravedad y trascendencia</b>. Se deben tratar los casos con igual importancia, al constituir procedimientos administrativos. De cualquier forma, a partir del 5 de diciembre es posible identificar quejas relevantes en SIADE y vincularlas con Casos Especiales. ¿Con ello sería suficiente o que se busca con dicha información?</li> <li>• No se cuenta con la <b>capacidad</b> en materia de recursos humanos para llevar a cabo un <b>seguimiento detallado a las medidas preventivas y correctivas</b>, aunque se puede trabajar en una propuesta inicial de seguimiento lo más automatizado posible.</li> <li>• La División de Atención a Quejas Médicas lleva a cabo <b>semestralmente una revisión aleatoria de una muestra de los expedientes</b> que se tratan en la citada División, en donde se revisan de forma cualitativa y</li> </ul>

Paseo de la Reforma No. 476, Piso 9, ala poniente, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México.  
 Tel. 55 5238 2700, Ext. 10924, 10978. [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN JURÍDICA  
Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales

<p><b>sustanciación de los actos, omisiones y errores del personal</b> que motivó el incidente médico, a fin de homogeneizar el proceso de resolución de las quejas médicas, referentes a la integración, registro, resolución, resguardo, <b>vistas al Órgano Interno de Control</b>, así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos a niveles centrales, delegacionales y Unidades Médicas de Alta Especialidad; que <b>permite la ejecución de actividades de evaluación, supervisión y monitoreo a dicho proceso; y brinde los elementos necesarios en la investigación de los servidores públicos</b> por posibles responsabilidades administrativas, previstos en la Ley General de Responsabilidades; de conformidad con el artículo 76, fracciones VII, IX y XIV, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; el numeral 7.1.3.4, del Manual de Organización de la Dirección Jurídica del Instituto Mexicano del Seguro Social; el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno; y el Componente General "Actividades de Control", principio 10, del Marco Integrado de Control Interno.</p>	<p>Consejo Técnico tome conocimiento de la actualización de la normativa.</p>	<p>cuantitativa la integración de los mismos, resultados que se reflejan en una hoja de trabajo y en una base de datos en donde se da seguimiento a las acciones ordenadas en los acuerdos resolutarios de las quejas administrativas. Asimismo, se notifican a los órganos operativos descentralizados los resultados de esa revisión y evaluación de expedientes con la finalidad de atender las áreas de oportunidad detectadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Los actos y omisiones del personal ya se establecen</b> actualmente en el <b>dictamen médico y Acuerdo</b>, aunque se puede reforzar el formato de dictamen, vía la actualización normativa.</li> <li>• Cuando se turna un expediente a <b>vista del Órgano Interno de Control</b>, se incluye el expediente médico completo y Acuerdo con la resolución, por lo que se cuenta con los elementos requeridos para llevar a cabo cualquier investigación, dado que tanto en el expediente como en el Acuerdo e incluso dictamen, se señalan los antecedentes del caso, incluyendo los servicios o especialidades relacionados.</li> </ul>
<p>17. Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca <b>perfíles de puesto de los médicos investigadores</b> del proceso para el trámite y resolución de las quejas médicas, a fin de que cuente con los requerimientos necesarios y defina las expectativas de competencia profesional, los estándares de conducta, las responsabilidades</p>	<p><b>Se valorará si es posible generar perfíles de puesto más específicos</b> y con criterios de selección más claros, sobre todo, delimitando la competencia de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales y aquella de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada.</p>	<p>• Se corre el <b>riesgo</b> de que, al establecer requisitos muy específicos, no se cubran las vacantes e incluso desaparezcan las plazas, al ser, en algunos casos de honorarios. Por ello, si bien, se debe buscar una mayor profesionalización, hay que considerar que de incluir criterios muy rigurosos, ante el</p>

Paseo de la Reforma No. 476, Piso 9, ala poniente, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México.  
Tel. 55 5238 2700, Ext. 10924, 10978. [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)



<p>asignadas y la autoridad delegada sobre los puestos y los demás cargos institucionales para ayudar a la institución en la dictaminación de las quejas médicas, en términos del artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, principio 4, elementos de control 4.01, 4.02 y 4.03, del Acuerdo de Control Interno.</p>	<p>En caso de que se puedan actualizar los perfiles, tampoco es claro que sea un asunto que deba presentarse al Consejo Técnico, como se sugiere en el Anexo 2 del Acta. Se requiere realizar una consulta a la Coordinación de Asuntos Consultivos de la Dirección Jurídica.</p>	<p>bajo salario ofrecido, se pueden generar mayores problemáticas, ante una sobrecarga de asuntos, si nadie cumple con el perfil requerido para un puesto que ha sido prácticamente honorario hasta el momento.</p>
<p><b>18.</b> Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social establezca un <b>esquema integral, formal y sistemático de supervisión y monitoreo que integre actividades de evaluación, monitoreo y control de las unidades a nivel central</b>, en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y las Unidades Médicas de Alta Especialidad, que le permita garantizar que los médicos investigadores y demás personal cumplan con los plazos y la normativa, a fin de que cuente con un proceso homogéneo y sistemático para la resolución de las quejas médicas, referentes a la integración, registro, resolución, resguardo y vistas al OIC; así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la calidad de los servicios médicos. Lo anterior, en términos de lo dispuesto en el artículo Segundo, Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01y 10.02del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno; y el Componente General "Actividades de Control", principio10, del Marco Integrado de Control Interno.</p>	<p>Se establecerán de forma más formal en los procedimientos los <b>mecanismos de revisión y seguimiento de medidas preventivas y correctivas, así como un sistema de indicadores</b> que ya existe, pero no está mencionado en la normativa.</p> <p>Se utilizarán <b>mecanismos más formales de comunicación</b> de los indicadores, en especial de los riesgos de rezago, los cuales ya se remiten a los 30 días, no únicamente una vez que han transcurrido los 50 establecidos en la normativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cabe aclarar que el método utilizado para la supervisión de expedientes, al ser un <b>muestreo aleatorio de expedientes, garantiza la representatividad de expedientes a nivel nacional</b> y, por tanto, realizar extrapolaciones. No obstante, el número requerido sería muy alto si se busca representación a nivel de Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada, lo que rebasa la capacidad resolutiva de la División de Atención a Quejas Médicas.</li> <li>Semestralmente se ofrecen <b>capacitaciones</b> a los órganos de operación desconcentrada en donde se les reitera la importancia del trámite de las quejas administrativas desde su recepción hasta su notificación, dentro de los plazos normativos. En cada capacitación se exponen todas las fases que integran la atención a quejas médicas y los plazos que deben observarse, de conformidad con la normativa aplicable.</li> <li>Las fases de dicho procedimiento de atención se ven reflejadas en el SIADE y, a partir del 5 de diciembre, <b>comenzó la semaforización de cada etapa</b>. Aunado a ello, la División de Atención a Quejas Médicas cuenta con una base</li> </ul>

		<p>de datos en donde se da seguimiento a las quejas que se tramanan en el nivel central para conocer la ubicación del expediente y así conocer la fase en la que se encuentra.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Además, como herramienta complementaria a los informes trimestrales sobre monitoreo en la atención a quejas administrativas que se envía a los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, se implementó como <b>monitoreo paralelo, la notificación semanal</b>, vía mensajería instantánea (WhatsApp) sobre el avance en la atención de quejas médicas, cuya inclusión en el marco normativo se considera en el rediseño y actualización del mismo.</li> <li>Resulta poco clara la <b>participación del Órgano Interno de Control</b> en la autorización del instrumento de seguimiento y evaluación continua, del proceso de quejas médicas. En su caso, sería únicamente respecto al tramo de control de cuando se presente un asunto para investigación por posibles responsabilidades administrativas.</li> </ul>
<p>19. Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social diseñe e implemente una <b>política, lineamiento o procedimiento para la gestión integral de las quejas por responsabilidades administrativas de los servidores públicos</b> y particulares vinculados con faltas administrativas previstas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, en los que se</p>	<p><b>No es competencia</b> de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales. Como se mencionó en la Pre-Recomendación 16, se puede hacer lo conducente al proceso de queja médica, al establecer directrices claras de remisión de casos al Órgano Interno de Control, no obstante, el desarrollo de procedimientos integrales para la atención de quejas por</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se atiende únicamente lo relacionado con el proceso de quejas médicas, <b>no todas las actividades y productos referidos en el Anexo 2</b> del acta.</li> </ul>



DIRECCIÓN JURÍDICA  
Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales

<p>establezcan las áreas responsables de la captación, registro, ámbito de competencia, plazos, requisitos o características para ser turnados al Órgano Interno de Control y al área laboral. Lo anterior, permitirá eliminar elementos de discrecionalidad e impunidad administrativa en el seguimiento de las posibles responsabilidades administrativas graves, en términos de lo señalado en el artículo Segundo, Disposición 9, Normas Generales Segunda, Administración de Riesgos; Tercera, Actividades de Control, y Quinta, Supervisión y Mejora Continua, Principios 8, Considerar el Riesgo de Corrupción, 10, Diseñar actividades de control, y 16, Realizar actividades de supervisión, elementos de control 8.01, 8.02, 10.01, 10.03 y 16.09 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno y el Componente Administración de Riesgos, Principio 8, Considerar el Riesgo de Corrupción, del Marco Integrado de Control Interno.</p>	<p>responsabilidades administrativas sale de las facultades de la Coordinación, establecidas en el Manual de Organización de la Dirección Jurídica y Reglamento Interior del Instituto.</p> <p>Con base en lo anterior, tampoco serían aplicables las actividades y productos sugeridos para la recomendación 19 del Anexo 2 del Acta, al menos por parte de la Coordinación de Atención a Quejas y Casos Especiales.</p>	
---	---	--

En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS proporcionó atenta nota sobre los mecanismos de atención a quejas y peticiones emitidas por la Unidad de Atención a la Derechohabiencia, en el que manifestó lo siguiente:



GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN DE OPERACIÓN Y EVALUACIÓN  
Unidad de Atención a la Derechohabiencia

**ATENTA NOTA**

Ciudad de México, 13 de diciembre de 2022.

**Asunto: Mecanismos de atención a quejas y peticiones.**

*I. Introducción*

La Unidad de Atención a la Derechohabiencia (UAD), en coordinación con los órganos competentes, otorga atención a las peticiones solicitadas por la población usuaria a través de diferentes medios de captación, los cuales pueden ser presenciales o remotos, con base en las atribuciones que le otorga el Manual de Organización de la Dirección de Operación y Evaluación.

La atención se brinda de conformidad con la normatividad que rige la actuación del personal de atención y orientación a la derechohabiencia a nivel nacional, en particular, el Procedimiento para la atención de peticiones en las áreas de Atención Ciudadana, la Guía para la Clasificación y Atención de Peticiones Ciudadanas y, el Protocolo de Atención al Usuario Basado en la Cultura del Buen Trato. El tipo de peticiones que atiende la UAD no incluye quejas administrativas o médicas.

*II. Medios de captación*

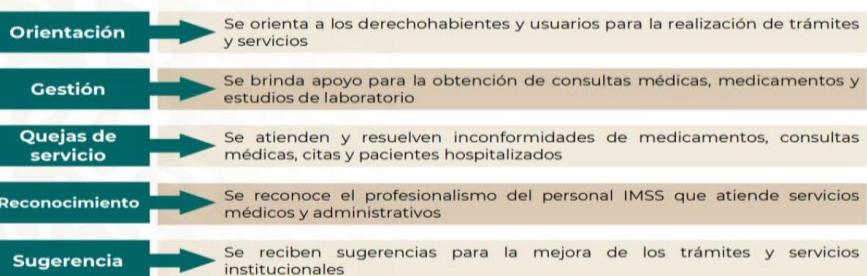
**Presenciales**

- Módulo de Atención Ciudadana en Reforma 476.
- 1,028 Módulos de Atención y Orientación al Derechohabiente en todo el país.

**Remotos**

- Atención telefónica
- Correspondencia
- Redes Sociales
- Chat
- Correo electrónico
- Gestión

*III. Tipo de peticiones que se atienden en la UAD*



Paseo de la Reforma No. 476, 5º Piso, Al. Poniente, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México.  
[www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)



**IV. Proceso de atención de las peticiones**

**V. Estadística de atención de las peticiones en el nivel nacional**


Paseo de la Reforma No. 476, 5º Piso, Ala Poniente, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México.  
[www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN DE OPERACIÓN Y EVALUACIÓN  
Unidad de Atención a la Derechohabiencia

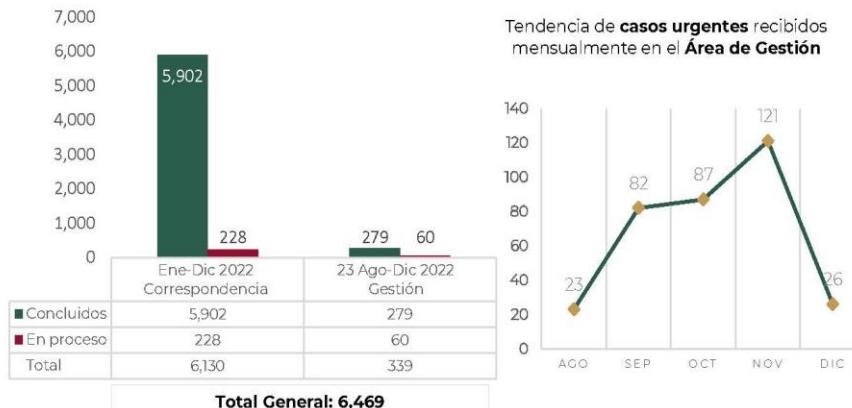
## VI. Atención al Órgano Interno de Control

El Órgano Interno de Control (OIC) capta algunas peticiones y quejas de la población usuaria a través de la opción 6 del Call Center de Nivel Central 800 623 2323, en el cual también la División de Atención Ciudadana (DAC) del IMSS canaliza a la población usuaria a través de las opciones **0** (trabajadoras del hogar), **1** (Derechohabiiente) y **2** (Contribuyente).

Durante 2022 el OIC ha solicitado a la UAD, a través de la DAC, la atención de **6,469 peticiones**; es decir, que le remitió el **0.1% de las peticiones que la Unidad ha recibido a nivel nacional en lo que va del año a través de todos sus medios de captación**.

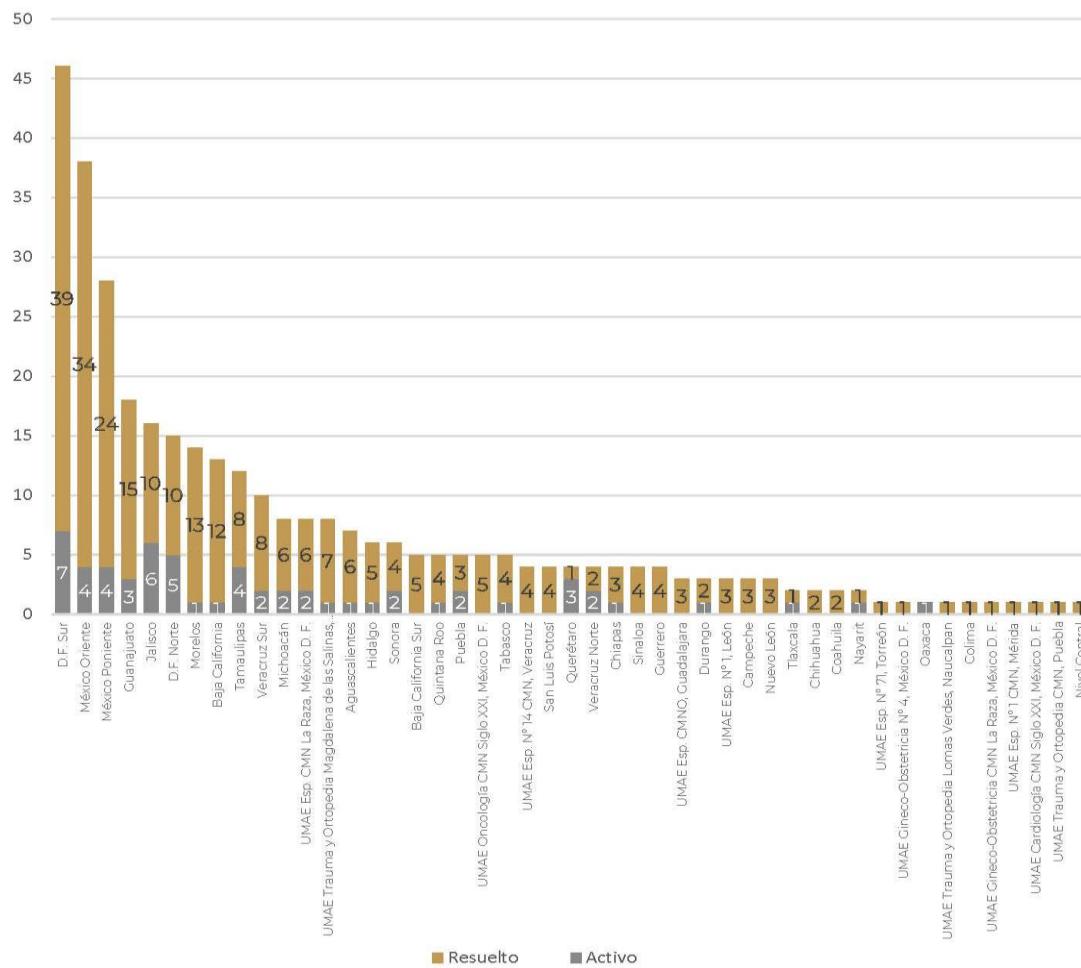
- El OIC envía las peticiones por dos medios:

1. Las consideradas **ordinarias** a través de la **carpeta compartida con el OIC**, son atendidos por el **Área de Correspondencia** de la UAD y registrados por la Secretaría de la Función Pública en su Sistema Integral de Denuncias Ciudadanas.
2. Las consideradas **urgentes** se reciben a través de correo electrónico enviado a los enlaces del **Área de Gestión** de la UAD y son atendidas de manera prioritaria informando directamente al peticionario o derechohabiiente la respuesta a su petición, con fundamento en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.





- La distribución por OOAD de **peticiones urgentes** está repartida de la siguiente manera:



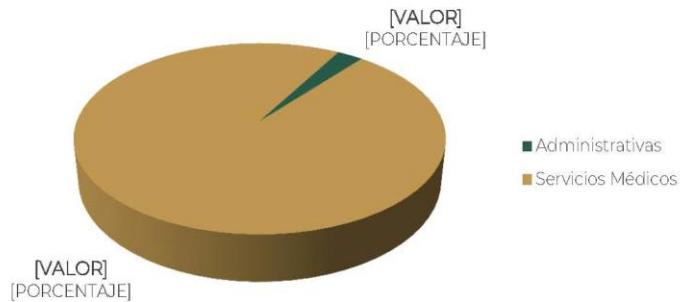


GOBIERNO DE  
MÉXICO

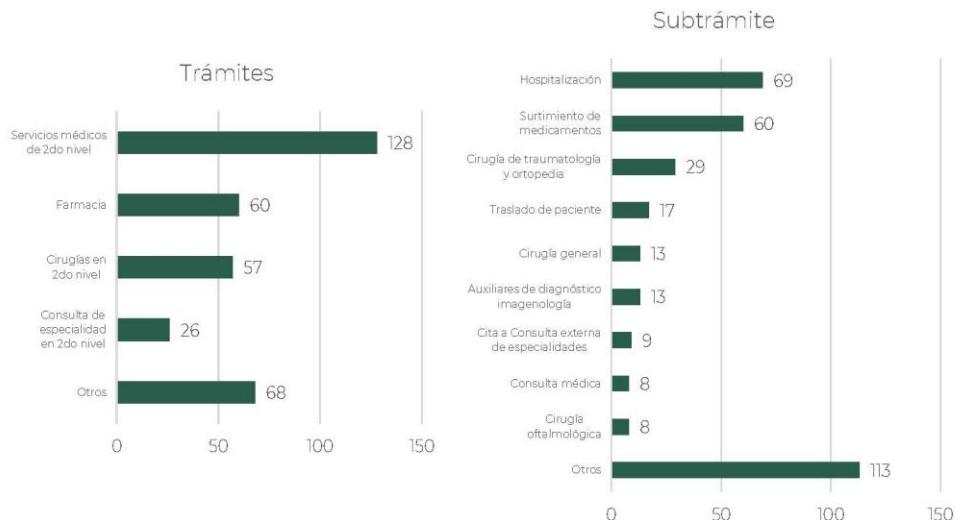


DIRECCIÓN DE OPERACIÓN Y EVALUACIÓN  
Unidad de Atención a la Derechohabiente

- El principal motivo de las solicitudes **urgentes atendidas en el Área de Gestión** está relacionado a la prestación de servicios médicos:



- Los principales temas sobre los que versan las peticiones son:





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN DE OPERACIÓN Y EVALUACIÓN  
Unidad de Atención a la Derechohabiencia

### Conclusiones

- La UAD atiende por diversos medios de captación las peticiones que le presenta la población usuaria y derechohabiiente, así como los diferentes órganos y dependencias relacionadas con las prestaciones, trámites y servicios que otorga el Instituto.
- Los principales medios de captación con que cuenta la UAD se pueden englobar en remotos y presenciales, en ellos la población usuaria puede contactar al Instituto los 365 días del año, las 24 horas del día, en todo el territorio nacional para: i) recibir orientación y gestión; ii) presentar quejas de servicio (**no médicas**); y, iii) dar sugerencias y recomendaciones.
- La UAD cuenta con procesos normados, estandarizados y con múltiples mecanismos de atención para que la población derechohabiiente pueda solicitar orientación y gestión sobre trámites y servicios que ofrece el Instituto, de forma oportuna, en todo el territorio nacional, apegado a la legalidad, con transparencia y garantizando en todo momento el buen trato, para propiciar la calidad en la atención como una prioridad en sus metas institucionales.
- Las peticiones que requiere el OIC a la UAD representan el 0.1 % de todo el universo que atiende a través de sus diversos medios de captación. Las dos áreas que atienden dichas solicitudes en el marco de las atribuciones de la División de Atención Ciudadana son: 1) Correspondencia y, 2) Gestión.
- Las peticiones del OIC se clasifican en Ordinarias y Urgentes. Las primeras son desahogadas por el Área de Correspondencia, la cual ha concluido el 96.28% de los asuntos recibidos; y, las segundas por el Área de Gestión, la cual ha concluido el 82.3% de todas las peticiones.



En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS por conducto de la Dirección Jurídica y por medio de los oficios números 095280614B30/01/0731/2022 y 0952170506/2022/203 del 21 y 16 de diciembre de 2022, respectivamente, manifestó lo siguiente:



Of N° 095280614B30/01/0731/ 2022

Ciudad de México, a 21 de diciembre de 2022.

**Lic. José de J. Sosa López**  
Director General de Auditoría y Evaluación  
a los Sistemas de Control Interno  
Auditoría Superior de la Federación (ASF)  
Presente

Hago referencia al oficio **DGAESCI/285/2022** del 2 de diciembre de 2022, recibido en esta Coordinación de Atención a Órganos Fiscalizadores en la misma fecha, acompañado de las Cédulas de Resultados Finales, las cuales contienen 10 Resultados, generado 22 Pre-Recomendaciones, derivadas de la revisión realizada al Instituto Mexicano del Seguro Social, mediante la **Auditoría 160** con título "Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social", correspondiente a la Cuenta Pública 2021.

En este sentido, con fundamento en la fracción V, del artículo 2; inciso e), de la fracción II, del artículo 3; la fracción XXII, del artículo 75 y el artículo 84, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIIMSS), numeral 7.1.2.21 del Manual de Organización de la Dirección Jurídica, y en mi carácter de Enlace Operativo de este Instituto, me permito enviar la siguiente documentación integrada por la unidad administrativa que se muestra a continuación, con objeto de que tenga por atendido las Pre-Recomendaciones indicadas.

Pre-Recomendación	Núm. de oficio y/o correo, fecha y responsable del envío	Anexo
<b>Resultado 4.</b> <b>Pre-Recomendaciones 6,7 y 8.</b> "Modelo Institucional para la Competitividad y el Premio IMSS".	Oficio número <b>09 52 17 05 06/2022/203</b> del <b>16 de diciembre, 2022</b> , firmado por la Mtra. Marcela Castro López, Titular de la Coordinación de Modernización y Competitividad en la Unidad de Integridad y Transparencia.	<b>19 hojas</b>

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**Atentamente,**

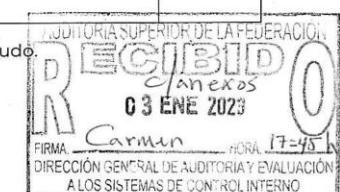
  
**Lic. Lázaro Ramírez Ibáñez**  
Enlace Operativo

C.C.P.  
Michel J. Luna Velázquez.- Titular de la Unidad de Asuntos Consultivos y Atención a Órganos Fiscalizadores.- Presente (\*)  
Lic. Salim Arturo Orcí Magaña.- Titular del Órgano Interno de Control en el IMSS.- Presente/f  
Lic. Guillermina Rivera Rendón.- Titular de la Coordinación de Atención a Órganos Fiscalizadores.- Presente\*  
Mtra. Marcela Castro López.- Titular de la Coordinación de Modernización y Competitividad en la UIT.- Presente\*

(\*) Enviado por sistema.  
(f) La copia de conocimiento se entrega en físico.

  
LRI/MMS/ECAGC  
Ref. 3694, 3630.

Paseo de la Reforma No. 476, Piso 7 Poniente, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México  
Tel. 55 5238 2700, Ext. 10724, [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)





GOBIERNO DE  
MÉXICO



3830  
DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

Oficio N°. 0952170506/2022/203

Ciudad de México, 16 de diciembre de 2022

**Lic. Guillemina Rivera Rendón**

Titular de la Coordinación de Atención a Órganos Fiscalizadores

Presente

Me refiero al oficio No. DGAESCI/285/2022 mediante el cual el Director General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno de la Auditoría Superior de la Federación, remitió las cédulas de los resultados finales y observaciones preliminares de la Auditoría Núm. 160 denominada "Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social" de la revisión de la Cuenta Pública 2021.

Al respecto, adjunto al presente la respuesta a las pre-recomendaciones 6, 7 y 8 que corresponden al apartado del Modelo Institucional para la Competitividad y el Premio IMSS del ejercicio de auditoría antes mencionado.

Asimismo, se adjunta el Anexo 1, en donde esta Coordinación comunica algunas precisiones y comentarios a los hallazgos descritos en el documento de referencia, así como evidencia de estas consideraciones; la cual se puede consultar a través de la siguiente liga electrónica:

<https://drive.google.com/drive/folders/1wX3HbSiaA13BnLvl4wdBx2JZo5MEuhDg?usp=sharing>

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**Atentamente**

**Mtra. Marcela Castro López**  
Titular de la Coordinación

Ccp.

Mtra. Patricia Pérez De Los Ríos. - Titular de la Unidad de Integridad y Transparencia. Para conocimiento. Presente (\*)  
Mtra. María Guadalupe Lozano Anguiano. - Titular de la Coordinación Técnica de Competitividad Institucional. Mismo fin. Presente (\*)  
Mtra. Paloma Rodríguez Esparza. Titular de la División de Implementación de la Competitividad Institucional. Mismo fin. Presente (\*)  
Mtra. Rosa Luz Gutiérrez Valdovinos. Titular de la División de Impulso a la Competitividad Institucional. Mismo fin. Presente (\*)  
Mtra. Edgar Enrique Martínez Lazcano. - Titular de la División de Desarrollo de la Competitividad. Mismo fin. Presente (\*)

(\*) Se envía por Sistema Institucional de Control de Gestión de Correspondencia.

Of. 274  
Toledo No. 10, Piso 2, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México Tel. 55 5238 2700, Ext. 11371, 11372.





DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

## 1. Atención a las pre-recomendaciones

### Pre-recomendación 6.

*Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social rediseñe y actualice el marco regulatorio del Modelo Institucional para la Competitividad y el Premio IMSS a la Competitividad en el que establezca las actividades de regulación, registro, implementación, mantenimiento, asesoría, comunicación, información, supervisión, monitoreo, seguimiento y evaluación; bajo los criterios de validación, parámetros, alcances, secuencia de actividades, responsables, resguardo de evidencia, herramientas, indicadores, metodología de revisión y elaboración de expedientes; regule la elaboración de los autodiagnósticos, reportes de retroinformación, planes de mejora, planes integrales de implementación, cédulas de evaluación, actas de evaluación, reportes organizacionales y reportes de retroinformación; incluya la gestión de riesgos estratégicos, tácticos y operativos, así como los controles y niveles de autorización; definan los perfiles y expectativas de competencia profesional, los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad de los evaluadores; regule las guías de implementación y evaluación que incluyan todas las unidades médicas, sociales y administrativas; establezca un esquema claro, específico y concreto que mida la satisfacción del derechohabiente y la población usuaria; y defina un esquema de colaboración con las Direcciones Normativas con enfoques transversales; a fin de garantizar en las unidades médicas, sociales y administrativas la correcta implementación de un sistema de gestión basado en el Modelo Institucional para la Competitividad que logre la mejora e innovación de los procesos, la transformación, la gestión directiva en un desempeño integral y efectivo. Lo que permitirá obtener procesos y servicios acordes a las necesidades y expectativas de las y los usuarios, incrementará su satisfacción y confianza y el desarrollo de las capacidades y ventajas competitivas del IMSS; así como, asegurar la trazabilidad del certamen del Premio IMSS con los elementos de veracidad, transparencia, integridad, confiabilidad y suficiencia; de conformidad con la función 1, numeral 7.1.2 del Manual de Organización de la Unidad de Integridad y Transparencia del Instituto Mexicano del Seguro Social y artículo Segundo Disposición 9, Norma General Tercera, principio 10, elementos de control 10.01 y 10.02 del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación Alta General en Materia de Control Interno.*

#### Respuesta:

Para dar atención a la presente pre recomendación, es de particular relevancia identificar y contextualizar la información de acuerdo con el marco regulatorio al que obedece el proceso de implementación durante 2021, mismo que corresponde al periodo auditado, por ello a continuación se enlista el marco normativo aplicable:





DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

- Norma que establece las disposiciones para la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad "MC", validada y registrada el **15 de junio de 2016, Clave: 1000-001-003**;
- Norma que establece las disposiciones para que las unidades médicas, sociales o administrativas participen en el Premio IMSS a la Competitividad, validada y registrada el **15 de junio de 2016, Clave: 1000-001-016**;
- Procedimiento para la asesoría técnica en la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad "MC" y/o Modelos de Gestión de Calidad, validado y registrado el **8 de diciembre de 2017, Clave: 19B0-003-001**;
- Procedimiento para la administración del Premio IMSS a la Competitividad validado y registrado el **4 de octubre de 2018, Clave: 19B0-003-003**;

Por otra parte para dar una respuesta puntual a los diferentes aspectos que aborda la pre-recomendación, es necesario desagregarla de la siguiente manera:

Con respecto a la aseveración: *“...para que el Instituto Mexicano del Seguro Social rediseñe y actualice el marco regulatorio del Modelo Institucional para la Competitividad y el Premio IMSS a la Competitividad en el que establezca las actividades de regulación, registro, implementación, mantenimiento, asesoría, comunicación, información, supervisión, monitoreo, seguimiento y evaluación; bajo los criterios de validación, parámetros, alcances, secuencia de actividades, responsables, resguardo de evidencia, herramientas, indicadores, metodología de revisión y elaboración de expedientes...”*.

Se informa que se llevó a cabo el rediseño y actualización del marco normativo que considera las actividades de regulación, registro, implementación, mantenimiento, asesoría, comunicación, información, supervisión, monitoreo, seguimiento y evaluación; bajo los criterios de validación, parámetros, alcances, secuencia de actividades, responsables, resguardo de evidencia, herramientas, indicadores, metodología de revisión y elaboración de expedientes, a través de los siguientes documentos:

- Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad, validada y registrada con fecha **7 de octubre de 2021, Clave: 0503-001-002**;
- Norma para que las unidades médicas, sociales y administrativas participen en el Premio IMSS a la Competitividad, validada y registrada con fecha **7 de octubre 2021, Clave: 0503-001-003**;
- Procedimiento para la asesoría en la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad, validado y registrado con fecha **10 de febrero de 2022, Clave: 0508-003-001**;
- Procedimiento para la administración del Premio IMSS a la Competitividad, validado y registrado con fecha **15 de febrero de 2022, Clave: 0507-003-001**.

En concordancia con la observación: *“...regule la elaboración de los autodiagnósticos, reportes de retroinformación, planes de mejora, planes integrales de implementación, cédulas de*





DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

**evaluación, actas de evaluación, reportes organizacionales y reportes de retroinformación...**", es importante distinguir entre los documentos que son requeridos como parte de los procesos de implementación del Modelo y aquellos que corresponden al Premio IMSS a la Competitividad.

**Implementación del Modelo:**

Es de particular relevancia indicar que estos documentos a los que se hace mención se encuentran regulados desde las normas que anteceden a las vigentes, para mayor precisión, se informa que lo correspondiente a los **autodiagnósticos, el reporte de retroinformación y los planes de mejora**, se encuentran normados en los numerales 8.1.5. y 8.1.10. de las disposiciones generales de la Norma del MC de 2016, asimismo, el detalle de su ejecución y sus entregables se establecen en las políticas número 4.16, 4.17, 4.18., 4.39 y 4.40 del Procedimiento de Asesoría de fecha 2017.

A su vez se informa que, a partir de octubre 2021, se incluyó en la norma **el plan integral de implementación**, así como la **cédula de evaluación** y ambas son aplicables para el año de implementación 2022.

**Premio IMSS a la Competitividad:**

Por lo que respecta a los **reportes de retroinformación**, éstos son regulados tanto en la norma del Premio IMSS de 2016 como en la vigente, lo que se podrá verificar en los numerales 8.6.5.10 y 7.6.6.6 respectivamente; en lo relativo a las **actas de evaluación**, su marco normativo puede consultarse en el numeral 4.1 del Procedimiento para la Administración del Premio IMSS a la Competitividad 2018 y en el 7.6.6.8 de la norma vigente del Premio. De igual manera, **los informes organizacionales**, se encuentran regulados en los numerales 8.6.3.1, inciso 3 de la norma 2016 y 7.6.2.1 inciso d, de la norma 2021.

Con respecto a la aseveración: **"...incluya la gestión de riesgos estratégicos, tácticos y operativos, así como los controles y niveles de autorización..."**.

Los riesgos estratégicos, tácticos y operativos del proceso de implementación, no se incluyen en la normatividad del MC, dado que éste es un documento que regula y define disposiciones generales y específicas sobre cómo se lleva a cabo el proceso de implementación en los niveles normativos, de Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD), Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y operativo, así como la descripción de las prácticas de cada criterio que compone el Modelo.

Sin embargo, para el IMSS es una prioridad la identificación y mitigación de riesgos asociados a los procesos de implementación del Modelo y del Premio IMSS a la Competitividad; es por ello que, como parte de las herramientas de trabajo de las áreas normativas responsables de estos procesos, se cuenta con una matriz de riesgos que es determinante para la toma de decisiones.

Aunado a esto, la CMC busca que las unidades que adoptan el Modelo de Competitividad operen sus procesos bajo una perspectiva de identificación y mitigación de riesgos; lo anterior puede ser verificado en la Norma del MC de 2016, en la disposición general 8.1.8., en la 8.3.2. de los principios





DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

del MC, mediante el cual se requiere, como parte del diagnóstico situacional de la unidad que implementa el MC, asimismo en la norma del Modelo de reciente actualización, en los numerales 5.24, 7.3.4 fracciones VI y VII, 1.1, 1.2, 1.3, 4.1, 4.3, así como en la Guía técnica para la implementación del Modelo en lo correspondiente a los criterios de Planeación y Procesos.

Con respecto a la aseveración: **“...definan los perfiles y expectativas de competencia profesional, los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad de los evaluadores...”.**

Una de las principales fortalezas del certamen del Premio IMSS a la Competitividad, es que los equipos de evaluación se conforman por personal voluntario con un perfil multidisciplinario, es decir, cuentan con experiencia en diferentes tipos de unidades y áreas, así como formación profesional distinta.

Los factores anteriormente señalados y otros más pueden consultarse en el perfil de competencias del evaluador regulado en el numeral 8.6.3.2 de la Norma 2016, mismo que se encuentra descrito en los incisos a y b, del “Capítulo F. Participación de evaluadores” de las Bases de participación del certamen 2021.

Por la naturaleza del certamen, es de suma importancia que los estándares de conducta del personal evaluador queden de manifiesto, por ello, el eje rector que norma este importante aspecto es el Código de ética y confidencialidad referido en el numeral 8.6.5.4 de la Norma 2016, así como en el numeral 7.6.2.6 de la norma vigente, cuyo marco de referencia es el Código de ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal.

En lo relativo a las responsabilidades y autoridad de los evaluadores, éstas se estipulan en los numerales 8.6.7.3 y 8.6.7.5 de la Norma 2016, así como en el apartado F inciso a de las Bases 2021, “En qué consiste ser evaluador”; para el caso de la Norma vigente esto se encuentra establecido en los numerales 7.6.3.2, 7.6.3.3, 7.6.3.4, 7.6.3.5 y 7.6.3.6.

Con respecto a la aseveración: **“...regule las guías de implementación y evaluación que incluyan todas las unidades médicas, sociales y administrativas...”.**

En 2021 las directrices normativas para la implementación del MC de todas las unidades médicas, sociales y administrativas se establecieron en las diferentes guías que a continuación se enumeran:

1. Guía técnica para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad para unidades médicas de primer nivel de atención;
2. Guía técnica para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad para unidades médicas de segundo nivel de atención;
3. Guía técnica para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad para unidades médicas de tercer nivel de atención;
4. Guía técnica para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad para hospitales rurales del Programa IMSS Prospera;





DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

5. Guía técnica para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad para unidades sociales;
6. Guía técnica para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad para unidades administrativas.

Al respecto es de precisar que las Guías de implementación antes referidas se encontraban reguladas en el numeral 8.1.11. de la Norma del MC de 2016 que a la letra dice "La CMC, será la responsable de elaborar y mantener actualizada la Guía para la Implementación del "MC" con la finalidad de facilitar y apoyar a las Unidades para mantener o incrementar la banda de madurez".

Asimismo se informa que estas herramientas fueron actualizadas en 2022 e integradas en la "Guía técnica para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad", teniendo como alcance el de todas las unidades médicas, sociales y administrativas del IMSS que implementan el MC y forma parte de las herramientas referidas en el numeral 7.1.6 de la Norma del MC vigente que a la letra señala: "La CTCCI, a través de la DCUM, será la responsable de elaborar y mantener actualizadas en la PVC, las herramientas o cualquier otro documento técnico, con la finalidad de facilitar y apoyar a las unidades en la implementación del sistema de gestión" por lo cual también se encuentra regulada.

Con respecto a la aseveración: **"...establezca un esquema claro, específico y concreto que mida la satisfacción del derechohabiiente y la población usuaria..."**

Según lo establecido en los numerales 1.3, 1.3.1, 1.3.2, 1.3.4 de la norma del MC de 2016 en sus dos apartados para unidades médicas y para unidades sociales o administrativas, las unidades implementadoras del MC tenían la responsabilidad de evaluar el grado de satisfacción de las y los usuarios de acuerdo con sus capacidades y recursos humanos, materiales y financieros, no obstante, y en concordancia con la recomendación aludida, en la norma vigente, específicamente en el numeral 2.3 y en la Guía técnica para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad, en el numeral 2.3 se señala que "...La unidad debe aplicar por lo menos una vez al año, la metodología y los instrumentos para medir y analizar la satisfacción de la derechohabiencia y población usuaria..." y que "La unidad debe aplicar la metodología e instrumento para la medición de la satisfacción de la derechohabiencia y población usuaria, establecida por la Coordinación Técnica de Competitividad y Cultura Institucional, de forma estandarizada en todas las áreas y servicios con los que cuenta, además de las solicitadas por las áreas normativas".

Adicionalmente, se informa que a partir de 2021 se encuentra en desarrollo el proyecto denominado "Encuesta de satisfacción de usuarios de unidades implementadoras del Modelo Institucional para la Competitividad", que como su nombre lo indica, tiene como objetivo el desarrollo de un mecanismo institucional único y homologado, que mida la percepción de los usuarios respecto a la satisfacción y calidad del servicio en las unidades médicas, sociales y administrativas, que formen parte de la implementación y evaluación del MC, bajo una metodología estandarizada y un esquema claro, específico y concreto.





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

Con respecto a la aseveración: "...defina un esquema de colaboración con las Direcciones Normativas con enfoques transversales...".

Uno de los factores que determinan el nivel de competitividad de una unidad es el cumplimiento y mejora de sus procesos sustantivos. En el IMSS, las Direcciones Normativas son las responsables de coordinar y regular los procesos de las unidades médicas, sociales y administrativas, por lo que el involucramiento, colaboración, interacción, interlocución, de éstas con el área normativa del MC y del Premio IMSS a la Competitividad son fundamentales para promover el éxito en el desempeño de las unidades y la implementación del sistema de gestión basado en el Modelo Institucional para la Competitividad.

El "Criterio 8 Resultados" de los dos apartados que integran la norma 2016 en el inciso e) para unidades médicas y para unidades sociales o administrativas, hace referencia a los indicadores establecidos por las Direcciones Normativas, mientras que la Norma del Premio IMSS 2016, en los numerales 6.16, 6.21, 6.22 y 8.5 refiere los indicadores de desempeño normativos; así como la participación de las Direcciones Normativas en las Juntas Técnica y Directiva.

Retomando este esquema de colaboración y con el objetivo de fortalecer y consolidar la alineación interinstitucional, en 2021 la actualización de la normatividad del Modelo contempla en el numeral 7.1.15 de las disposiciones generales, "La unidad que implemente el sistema de gestión será evaluada considerando los siguientes elementos: (...) 3. Indicadores normativos y propios de la unidad", así también en el numeral 4.4 la evaluación de los procesos a partir de indicadores normativos; asimismo en los numerales 7.6.1.1, 7.6.5 y 7.6.7 de la norma del Premio IMSS se hace referencia a la presentación de indicadores normativos prioritarios y complementarios, mismos que son establecidos por las Direcciones Normativas, y determinantes para ubicar el nivel de competitividad de las unidades durante los procesos de evaluación.

Aunado a lo anterior, en la Norma vigente se ratifican los cuerpos colegiados tomadores de decisiones en el marco del Premio IMSS a la Competitividad; en el seno de las Juntas Técnica y Directiva, los diferentes actores normativos expresan, discuten, argumentan y analizan, los resultados de las evaluaciones realizadas bajo un enfoque transversal de mejora continua y alto desempeño, y generan acuerdos que determinarán la continuidad de las unidades en el certamen, así como aquellas que resultan reconocidas.

#### Conclusión:

De acuerdo con el año que se auditó es posible identificar que el equipo auditor basó la presente pre recomendación en el marco normativo con el que se operó la implementación en el año 2021, validado y registrado en el año 2016, al respecto, es de suma importancia destacar que en documento anexo se realizan algunas precisiones a los hallazgos presentados en la "Cédula de resultados finales" con el fin de contribuir al análisis realizado en el marco de la presente auditoría.

Por otro lado, como se mencionó en las sesiones de trabajo con el equipo auditor y previamente en el presente documento, después de cinco años de que el Modelo y el Premio operaran con el





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

mismo marco regulatorio respectivamente y habiendo identificado aspectos en el que este pudiera ser fortalecido para brindar, establecer y facilitar mejores herramientas para la implementación y evaluación del Modelo y del Premio, se llevó a cabo la actualización del mismo en el mes de octubre de 2021.

Por la propia naturaleza de los procesos, la mejora continua y la constante modernización, son elementos torales para la CMC, por ello y dado que la norma vigente se encuentra implementándose a partir de 2022, se considera que es necesario contar con un periodo mínimo de consolidación, para ver reflejados los cambios esperados en los procesos de la implementación y por otro lado, alinear las posibles actualizaciones normativas al marco regulatorio del IMSS que establece que anualmente los documentos normativos que rebasen los tres años deberán verificarse, para valorar la pertinencia de su actualización para incluirlos al Programa de Actualización de Documentos Normativos Internos, de la Norma para la elaboración, autorización y registro de los documentos normativos internos en el IMSS.

Por lo anterior se pone a consideración de la Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno, que la presente pre recomendación se dé por atendida fundamentando la presente solicitud en la reciente actualización del marco regulatorio de los procesos sustantivos a cargo de la CMC.

#### Pre-recomendación 7.

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





DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

**Respuesta:**

Una de las estrategias para modernizar la administración pública federal consiste en la implementación de tecnologías de la información que impulsen la optimización de los procesos de las entidades y dependencias, asimismo, los modelos de gestión de manera general, y específicamente el Modelo Institucional para la Competitividad, a través de su criterio seis, establece como mandatorio la administración de la información de una manera organizada, oportuna y veraz para la toma de decisiones. En este tenor para la Coordinación Normativa que regula los procesos del MC y del Premio IMSS a la Competitividad es una necesidad de primer orden contar con una herramienta tecnológica que facilite la gestión y la comunicación con el resto de los actores operativos, por ello el equipo de trabajo y en paralelo al cumplimiento de sus tareas cotidianas, dirigió sus esfuerzos al desarrollo de la Plataforma Virtual de Competitividad, misma que a la fecha ha fungido como un medio de interlocución y como un espacio de almacenamiento de información relativa a ambos procesos.

Si bien se ha avanzado de manera importante en esta herramienta, aún hay mucho por trabajar al respecto, por lo anterior a partir de 2021, la institucionalización y actualización de la PVC se determinaron como un proyecto prioritario para la CMC, buscando con esto, contar con sistema informático que almacene y procese la totalidad de la información relacionada con los procesos del Modelo Institucional para la Competitividad y el Premio IMSS a la Competitividad y que en el mediano plazo, de acuerdo con las capacidades y recursos institucionales se cuente con una herramienta que además de que funcione como un repositorio de datos, facilite la consulta y explotación de información para su análisis y toma de decisiones.

Cabe señalar que, durante el desarrollo del ejercicio de revisión, en el marco de la presente auditoría, se informó al equipo auditor que la Plataforma Virtual de Competitividad es una herramienta que se desarrolló por personal que laboraba en la ahora Coordinación Técnica de Competitividad Institucional, por lo que el lenguaje de programación y reglas de negocio de la plataforma se realizó con recursos limitados. Por otro lado, el respaldo de información de este desarrollo se realizaba en un equipo personal que fungía como servidor, mismo que se encontraba resguardado en las oficinas de la misma Coordinación Técnica.

En este contexto, en marzo de 2021, se iniciaron las gestiones para que la administración y el resguardo de la Plataforma se realizaran bajo la competencia de la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS, en servidores dispuestos por esta Dirección Normativa, con el fin de salvaguardar la integridad de la información. Además, se le planteó a esa Dirección Normativa la necesidad de que el desarrollo informático permita operar, dar seguimiento y generar información para la toma de decisiones tanto de la implementación del MC, como para la administración del Premio IMSS a la Competitividad.

El proceso administrativo para migrar la Plataforma a un servidor institucional, se llevó a cabo durante 6 meses e implicó la generación de los formatos denominados: Cédula del Servicio, Formato de implementación, Diagrama de infraestructura, Manual de arquitectura tecnológica,





DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

Manual de operación y Manual de configuración; los cuales fueron turnados a la División de Servicios Digitales para Administración, Finanzas y Jurídico, adscrita la Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos, ambas pertenecientes a la Dirección Normativa antes mencionada.

Una vez que se logró el objetivo de institucionalizar la Plataforma, se continúa con la segunda fase del proyecto, que corresponde a la elaboración del mapeo de los procesos que formarán parte de los módulos del sistema, lo anterior como uno más de los insumos necesarios para que la Coordinación de Servicios Digitales y de Información para la Salud y Administrativos, diagnostique el alcance del desarrollo tecnológico que se requiere, adicionalmente y con el objetivo de formalizar administrativamente lo que se viene trabajando a nivel operativo, mediante oficio 0952170510/2022/009, la División de Desarrollo de la Competitividad informó a la DIDT las necesidades que esta Coordinación Normativa tiene en términos de desarrollo tecnológico para que sean considerados como parte de sus proyectos en 2023.

#### Conclusión:

Identificando que consolidar los esfuerzos realizados para la sistematización de los procesos de competitividad en el Instituto a través de la Plataforma, traerá consigo, mayor seguridad de la información, mayor capacidad de almacenamiento, la posibilidad de contar con información actualizada en tiempo real para la generación de reportes y fortalecer la vinculación de los procesos de implementación y evaluación; la CMC continuará con los trabajos de modernización y sistematización que faciliten y mejoren los procesos sustantivos a su cargo; por lo que se pone a su consideración que para dar seguimiento y atención a la pre recomendación emitida por el equipo auditor se envíe reporte de avances de esta acción de manera trimestral.

#### Pre-recomendación 8.

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





DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

**Respuesta:**

Con respecto a la aseveración: **“...Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social evalúe, bajo una visión institucional, la eficacia del esquema “voluntario” definido en el Modelo Institucional para la Competitividad aplicable a la incorporación de unidades sociales, médicas y administrativas...”**

Implementar un sistema de gestión de calidad aporta a las organizaciones múltiples beneficios, para que con el tiempo obtengan solidez y rentabilidad en su operación. La implementación de estos sistemas de gestión parte de dos premisas para garantizar el éxito de su adopción; por un lado, la organización debe contar con un buen clima organizacional, y por otro, el personal, pero sobre todo la alta gerencia, debe estar dispuesta e interesada en mejorar su operación a través del sistema de gestión, con el fin de adaptar o transformar sus procesos, y con ello mejorar su desempeño y así contribuir a la mejora de su productividad e incrementar la satisfacción de los usuarios.

De acuerdo con Maldonado Pérez y Bustamante Uzcategui en 2006, citados por Visbal (2014) en su trabajo sobre Clima Organizacional y Gerencia, **“...el Clima Organizacional:**

1. ... **es capaz de desencadenar obstáculos o facilitar el logro de los objetivos y metas de la organización.**
2. ... **es un factor importante para evaluar a las organizaciones de una manera holística, sistemática y considerando la fenomenología global.**
3. ... **permite la autorreflexión de la percepción compartida en los trabajadores consultados. Debido a esto se facilita el diseño de acciones compartidas y constructivas, motivando el trabajo en equipo y generando eficacia dentro la organización.”**

De acuerdo con los anterior, el éxito en la implementación de un sistema de gestión de calidad el buen clima organizacional es un factor determinante, ya que los equipos de trabajo comparten objetivos, se encuentran motivados y propician una cultura de trabajo, innovación y mejora.

Para conducir y operar una unidad en forma eficiente se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente; basado en un sistema de dirección constituido por un conjunto de programas en el que participa y está comprometido todo el personal de la organización (trabajando en equipo), así como sus grupos de interés integrados en un esfuerzo cooperativo liderado por la alta dirección para mejorar su desempeño; reconfigurando una cultura en la que la participación y cooperación voluntaria de sus integrantes contribuye a la mejora de los procesos. Camisón et al. (2007)”.

Asimismo, Deming (1982) aseveró que el principal problema de las organizaciones occidentales es la falta de calidad de la alta dirección; además James Champy (1995) en su libro *Reengineering management: The mandate for new leadership*, apunta que el éxito radica en cambiar el trabajo directivo mismo, en mutar la forma en que los directivos piensan, organizan, inspiran, despliegan,





DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

dan poder, miden y recompensan el trabajo operativo que agrega valor. Teniendo que transitar de un enfoque directivo punitivo a un trabajo colaborativo voluntario para la implementación de sistemas de gestión de calidad.

La gestión de la calidad es una filosofía adoptada por organizaciones competitivas que confían en un cambio de cultura, definiéndola como las normas, creencias y valores que guían el comportamiento de las personas y que apoyan el modo en el que trabajan juntas en la organización, orientando sus procesos a la mejora continua y satisfacción del cliente (Camisón et al. 7 (2007)).

Con este fin, a través del MC se establece el marco normativo para fomentar la mejora e innovación de los procesos y servicios de las unidades médicas, sociales y administrativas del Instituto; buscando un desempeño integral, transversal y efectivo, dirigiendo sus acciones a la mejora, basada en estrategias a largo plazo.

Como parte fundamental de su estructura, el MC integra el principio de liderazgo estratégico, el cual puntualiza que la alta dirección es el diferenciador para impulsar la transformación del sistema de gestión de calidad, a través de su compromiso, involucramiento, interés y disposición. Asimismo, establece e instrumenta las estrategias para la mejora continua y el desarrollo de una cultura institucional orientada a la atención de calidad, a la derechohabiencia y población usuaria, así como al cumplimiento de objetivos y metas de las unidades que lo implementan.

El esquema voluntario definido para la implementación del MC en las unidades del Instituto, se basa en que la transformación de su operación a través del sistema de gestión sea promovido por los cuerpos directivos de las unidades que implementan derivado de un genuino convencimiento de los beneficios que traerá para la unidad su implementación, donde el desarrollo de los criterios del MC se despliegue entre todo el personal, para que los beneficios se vean reflejados en la operación diaria y en el alto desempeño a largo plazo.

En contraste, tomando como antecedente el actuar del Instituto derivado del oficio número OASF/0694/2018 (anexo), recibido en la Dirección General del IMSS el 6 de julio de 2018, mediante el cual el Auditor Superior de la Federación, remite el informe del Resultados de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2017, y en específico el resultado número 5, referente a los Servicios de Guardería, en su recomendación 2017-1-19GYR-07-0259-07-001 "Para que el Instituto Mexicano del Seguro Social implemente el Modelo Institucional para la Competitividad en todas las guarderías de modalidad directa, a fin de homologar los estándares de calidad de los servicios de las guarderías y garantizar la mejora e innovación de sus procesos, en términos del artículo segundo, numeral 9, norma cuarta, párrafo tercero, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, y del numeral 8.2.3.1. de la Norma que Establece las Disposiciones para la Operación del Servicio de Guardería, e informe a la Auditoría Superior de la Federación de las medidas para corregir la deficiencia detectada", en agosto de 2018 la Coordinación del Servicio de Guardería para el Desarrollo Integral Infantil de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, giró el oficio





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

circular No. 099001320000/2018/1009 a los Titulares de las Delegaciones Estatales, Regionales y del entonces Distrito Federal en el que solicita "...giren instrucciones a quién corresponda, para que se implemente el Modelo Institucional para la Competitividad "MC" en todas las guarderías de prestación directa (Esquema Ordinario y Madres IMSS)".

Con el propósito de evaluar la eficacia del esquema voluntario de implementación del MC en las unidades del IMSS, se analizó el comportamiento de las Guarderías (unidades sociales) que se apegaron al cumplimiento obligatorio de la implementación del MC, analizando el periodo 2019-2021, con relación a las Subdelegaciones (unidades administrativas) que implementaron el Modelo de forma voluntaria, por tratarse de tipos de unidad con un universo similar susceptible de implementación:

Categoría	Número de unidades implementado ubicadas por banda de madurez					Número de unidades que participan en el Certamen del Premio IMSS a la Competitividad			Porcentaje de unidades ganadoras que implementan el MC
	Año	Universo de unidades susceptibles de implementar	Unidades implementando	Promedio de puntaje	Banda de madurez	Unidades inscritas	Unidades ganadoras	Promedio de puntaje	
Guarderías	2019	130	130	374	Desarrollo	47	2	454	Consolidado 2%
	2020	129	130	406	Consolidado	14	6	629	Mejorado 5%
	2021	128	126	426	Consolidado	37	3	456	Consolidado 2%
Subdelegaciones	2019	133	102	526	Consolidado	64	11	545	Consolidado 11%
	2020	133	102	531	Consolidado	35	12	621	Mejorado 12%
	2021	133	97	544	Consolidado	46	12	559	Consolidado 12%

De lo anterior podemos concluir que, a pesar de que el número de Guarderías que implementan es mayor al de las Subdelegaciones toda vez que para las primeras, la implementación es un asunto de obligatoriedad, son más las subdelegaciones que logran inscribirse al Premio IMSS a la Competitividad; en 2021 el porcentaje de unidades ganadoras es 400% mayor en las Subdelegaciones que implementan voluntariamente, a diferencia de las Guarderías que lo hacen de manera obligatoria. Asimismo, como es posible observar, el promedio de puntaje de competitividad en las Subdelegaciones es mayor al promedio de las Guarderías, en el mismo periodo (559 vs 456 puntos, respectivamente).

#### Referencias

- Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo. (2017). El clima organizacional y su correlación con la calidad en el servicio en una institución de educación de nivel medio, Vol. 8 Núm. 15.
- Camisón Zornoza César González Cruz Tomás F & Cruz Ros S. (2007). Gestión de la calidad: conceptos enfoques modelos y sistemas. Pearson Educación (p 267)
- Camisón Zornoza César González Cruz Tomás F & Cruz Ros S. (2007). Gestión de la calidad: conceptos enfoques modelos y sistemas. Pearson Educación (p 275)
- Sánchez, M. (2005). Liderazgo en la Gestión de Calidad. Editorial Arequipa. Ediciones Monografías (p. 6).



RP

A.

V.

g.



DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

Con respecto a la aseveración: **“...diseñe e implemente una estrategia de mediano y largo plazo, que garantice la mejora e innovación de los procesos, la transformación de la gestión directiva en un desempeño integral y efectivo y, con ello, ofrecer procesos y servicios acordes a las necesidades y expectativas de las y los usuarios de la Norma ...”**

Se informa que en 2021 el área normativa responsable del Modelo identificó la necesidad de mejorar los esquemas de comunicación y difusión entre los diferentes OOAD y Unidades Operativas del Instituto, con la finalidad de impulsar un mayor y mejor conocimiento de los beneficios que resultan de implementarlo, tales como: incremento de la productividad, mejora del clima organizacional, reducción de costos, eficacia y estandarización de los procesos, desarrollo del conocimiento organizacional, mayor satisfacción de la derechohabiencia, entre otros. En este contexto se han implementado diversas estrategias encaminadas al cumplimiento de dos objetivos principales:

- Que los cuerpos directivos de las unidades cuenten con mayores elementos e información sobre el Modelo, para que a su vez decidan implementarlo, y de esta forma ampliar la cobertura de implementación.
- Que el personal de las Coordinaciones de Competitividad que fungen como asesores, así como el talento humano de las unidades que actualmente implementan el Modelo, cuenten con mayores competencias para mejorar su desempeño y, por tanto, las unidades maduren su nivel de competitividad.

A continuación, se describen las estrategias en mención:

- **Estrategia de acompañamiento en campo a las Coordinaciones de Competitividad y unidades implementadoras del Modelo;** esta estrategia es impulsada desde la Dirección General con el propósito de tener una interacción más cercana que permita a nivel normativo, tener un mayor acercamiento para la atención de compromisos que respondan a las necesidades de la operación en las unidades. En el marco de esta estrategia, a la fecha se han visitado casi 50 unidades en 11 OOAD. Para 2023, una vez que los tiempos administrativos lo permitan, se continuará con estas visitas en campo en el resto de los OOAD.
- **Fortalecimiento del proceso de asesoría normativa.** Con el propósito de transitar de una relación de seguimiento y monitoreo, predominantemente cuantitativa, establecida a través de la Plataforma Virtual de Competitividad entre el área normativa y el personal asesor, hacia una interlocución personalizada que impulse el análisis conjunto y cualitativo de la operación y los retos que enfrentan las unidades asesoradas. En este orden de ideas, la estrategia consiste en el desarrollo de sesiones periódicas virtuales en las que el asesor de la Coordinación de Competitividad y el normativo revisan de manera conjunta los aspectos que consideren necesarios sobre la implementación, el desarrollo de los programas operativos, las dudas sobre el marco normativos, el seguimiento de prácticas competitivas, entre otros temas.





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

- **Encuentros trimestrales de competitividad.** Con el propósito de transformar la gestión directiva se estableció una estrategia de escucha activa y permanente entre las Coordinaciones de Competitividad, la Coordinación de Modernización y Competitividad, la Coordinación Técnica de Competitividad Institucional y sus Divisiones, con el fin de identificar de manera conjunta las mejoras e innovaciones que pueden presentarse en las diferentes unidades que implementan el Modelo y en los propios procesos que se coordinan en la CMC. A la fecha se han realizado tres encuentros en los meses de mayo, septiembre y diciembre de 2021.
- **Estrategia de colaboración para el seguimiento de planes de mejora en unidades evaluadas por la Dirección de Operación y Evaluación.** En la búsqueda por la alineación de procesos en el IMSS, la Unidad Evaluación de Órganos Desconcentrados y la Unidad de Integridad y Transparencia, trabajan de manera conjunta con el fin de dar puntual seguimiento a las acciones de mejora establecidas a partir de los procesos de evaluación encabezados por la UEOD. La principal fortaleza que se identificó para el desarrollo de esta estrategia es el perfil y las capacidades del personal adscrito a las Coordinaciones de Competitividad, así como su interacción con las unidades operativas que deben cumplir las acciones de mejora señaladas. En este contexto las Coordinaciones de Competitividad tienen la oportunidad de articular las principales acciones de los planes de mejora de la UEOD, con los programas operativos regulados desde el MC, así como de fungir como interlocutores para la transversalización de estrategias entre los jefes de servicios que integran el cuerpo de gobierno de los OOAD.
- **Desarrollo de prácticas competitivas institucionales.** Las transformaciones institucionales conllevan un esfuerzo permanente y continuo de aplicación de estrategias, cuyos resultados no se obtienen en el corto plazo. El Modelo Institucional para la Competitividad, impulsa y promueve que las prácticas de gestión inmersas en cada uno de sus componentes, aplicadas por las unidades implementadoras, se desarrollos y consoliden en el tiempo, hasta alcanzar un nivel madurez orientado a la mejora; asimismo, plantea la identificación de buenas prácticas y prácticas competitivas que se originaron a partir de ideas creativas o prácticas de gestión aplicadas en la operación, que han logrado madurar y por lo tanto tienen tal impacto favorable en los procesos y servicios institucionales, que pueden ser susceptibles de ser incluidas en la normatividad. En tal sentido, para continuar con esta estrategia de transferencia de conocimiento, así como robustecer los mecanismos y criterios de documentación y validación de las posibles prácticas competitivas, en 2022, se actualizó el procedimiento para la identificación, documentación, evaluación, registro, reconocimiento, difusión y seguimiento de las prácticas competitivas del IMSS.

**Conclusión:**

Una vez analizado el estudio del arte sobre las premisas para la implementación de un sistema de gestión, se confirma que el contexto adecuado para el impulso del MC en el IMSS se da en aquellos casos en los que las unidades cuentan con un entorno laboral adecuado y recurso humano (prioritariamente directivo) comprometido con esta metodología de trabajo. Un ejemplo empírico



*R.  
F.  
R.  
M.*



GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

de esta aseveración es que las unidades que implementan el modelo de manera obligatoria tienen niveles de competitividad inferiores a aquellas en las que su implementación es voluntaria, incluso, la participación en el Premio IMSS es mayor en subdelegaciones que en guarderías.

Por otro lado, se evaluó la pertinencia de implementar de manera obligatoria el MC en las unidades operativas del Instituto, concluyendo además que esta modalidad es operativamente inviable, toda vez que el IMSS no cuenta con la capacidad instalada. Lo anterior se debe a diferentes factores, entre los que destacan:

- i. Falta de capacidad instalada de los recursos humanos para asesoramiento y seguimiento de la implementación del MC en los diferentes OOAD.
- ii. Falta de recursos financieros para la movilidad del personal que garantice y facilite las actividades de asesoría y seguimiento a la implementación del MC en las unidades.
- iii. Falta de capacidad instalada de los recursos humanos del nivel central para llevar a cabo las acciones de monitoreo, seguimiento y formación para el personal de las Coordinaciones de Competitividad.

De esta manera se pone a consideración del equipo auditor, que la presente pre recomendación se dé por atendida, una vez expuestos los resultados de la evaluación realizada con respecto a la eficiencia en el esquema voluntario de implementación del MC en el IMSS.



**1. Precisiones y comentarios a los hallazgos**

	Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
1.	"I. Marco normativo que reguló el Modelo Institucional para la Competitividad en 2021 Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad En 2021, el IMSS dispuso de la "Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad" (Norma de implementación)...".	25	7	Para el análisis regulatorio de la implementación del MC es de relevancia diferenciar entre las normas que aplicaron para el ejercicio de implementación de 2021, "Norma que establece las disposiciones para la implementación y mantenimiento del MC", validada y registrada en junio de 2016 y la Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad, validada y registrada en octubre de 2021, por lo que se hace la precisión de que no existe una "Norma de implementación" como se menciona en el paréntesis del párrafo citado.	
2.	b. Definió al MC con ocho criterios (Planeación, Derechohabiencia y Población usuaria, liderazgo, procesos, talento humano, conocimiento organizacional e innovación, responsabilidad social y evaluación) y seis principios [Enfoque al usuario, liderazgo, estratégico, resultados competitivos, personal comprometido, creatividad e innovación y compromiso social]....	26	1	En este párrafo se abordan los criterios y principios del modelo combinando las dos normas; por lo que se precisa que para el año auditado, los criterios y principios que aplicaron para el proceso de implementación, fueron los que se establecían únicamente en la norma de 2016.	
3.	d. Estableció que el mecanismo de medición del MC sería mediante la evaluación de cinco tipos de "bandas de madurez":  - Diseño: Cumplimiento parcial de los requerimientos del MC, con un rango de 0 a 200 puntos.  - Desarrollo: Indicadores hacia el cumplimiento de estándares	26	3	El mecanismo de medición al que se hace referencia, son las bandas de madurez que se incluyeron en el numeral 7.6 Puntaje de bandas de madurez en la norma validada y registrada en octubre de 2021. No obstante, se precisa que para el proceso de implementación auditado, las bandas de madurez que se utilizaron fueron las que se mencionan en el numeral 8.4 Puntaje de bandas de madurez, de la norma de 2016.	





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
<p>institucionales, con un rango de 201 a 400 puntos.</p> <p>- Consolidado: Cumplimiento de estándares institucionales, locales y sectoriales; evaluación para la mejora; aplicación sistemática y sistemática de los requerimientos del MC, con un rango de 401 a 600 puntos.</p> <p>- Mejorado: Alto desempeño en estándares nacionales e internacionales; desarrollo de mejoras, innovaciones y prácticas competitivas, con un rango de 601 a 800 puntos.</p> <p>- Referencial: Referente por su desempeño y resultados; primeros lugares en ranking nacional y posicionamiento internacional, con un rango de 801 a 1000 puntos.</p>				
<p>4. d. El incremento de seis a nueve principios (Transformación institucional; enfoque a la derechohabiente y población usuaria...) En el caso de estos nueve principios y de los ocho criterios que prevalecieron del marco normativo anterior, se identificó que están diseñados por un conjunto de actividades y procesos genéricos que las unidades deben realizar para dar cumplimiento a cada criterio y principio, sin que se establecieran los responsables, los medios de verificación, las evidencias y las acciones de forma clara, específica y concreta, que permitieran su eficaz implementación.</p>	26	14	<p>El marco regulatorio sí establece responsables, medios de verificación, evidencias y acciones de forma clara, específica y concreta, lo cual se encuentra establecido en las herramientas de apoyo a las que se hace referencia en el numeral 8.1.11 y 8.1.12 de la norma de 2016, como son la guía de implementación del MC, cédula de autodiagnóstico aplicable en 2021; así como las referidas en las Disposiciones Generales, en el numeral 7.1.6 de la norma de 2021 como lo son la cédula de evaluación y la Guía técnica para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad.</p>	<p>4.1. Guía técnica de implementación 2022 4.2. Cédula de evaluación inicial criterio 3.Liderazgo HCZ58_EMP. 4.3. Programa Operativo HCZ58_EMP Criterio Liderazgo. 4.4. Cédula de evaluación mediante la cual se verifican los documentos que sustentan la implementación.</p> <p><i>RF</i> <i>f</i> <i>V</i> <i>PH</i></p>



Descripción del resultado		Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
				<p>La descripción de los criterios y principios en la norma vigente hace referencia a las prácticas de gestión que deben implementar las unidades para mejorar su gestión y desempeño. La especificidad regulatoria está establecida en las herramientas de apoyo.</p>	
5.	Con la revisión del marco normativo que reguló el proceso del MC, se observó lo siguiente: a. Mostro deficiencias en el diseño, al no definir riesgos estratégicos, tácticos, y operativos del proceso, los niveles de autorización, los controles preventivos y correctivos vinculados a los riesgos y el resguardo de evidencia documental suficiente y competente.	27	6	<p>Los riesgos estratégicos, tácticos y operativos del proceso de implementación, no se incluyen en la normatividad del MC, dado que éste es un documento que regula y define disposiciones generales y específicas sobre cómo se lleva a cabo el proceso de implementación en los niveles normativos, de Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD), Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y operativo, así como la descripción de las prácticas de cada criterio que compone el Modelo.</p> <p>Sin embargo, para el IMSS es una prioridad la identificación y mitigación de riesgos asociados a los procesos de implementación del Modelo y del Premio IMSS a la Competitividad; es por ello que, como parte de las herramientas de trabajo de las áreas normativas responsables de estos procesos, se cuenta con una matriz de riesgos que es determinante para la toma de decisiones.</p> <p>Aunado a esto, la CMC busca que las unidades que adoptan el Modelo de Competitividad operen sus procesos bajo una perspectiva de identificación y mitigación de riesgos; lo anterior puede ser verificado en la Norma del MC de 2016, en la disposición general 8.1.8, en la 8.3.2. de los principios del MC, mediante el cual se requiere, como parte del diagnóstico</p>	<p>5.1. Programa operativo prototipo planeación</p> <p>5.2. Matriz de riesgos y problemas de la CTCI.</p>


 DR  
 f.e  
 W



GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
			situacional de la unidad que implementa el MC, asimismo en la norma del Modelo de reciente actualización, en los numerales 5.24, 7.3.4 fracciones VI y VII, 11, 12, 13, 4.1, 4.3, así como en la Guía técnica para la implementación del Modelo en lo correspondiente a los criterios de Planeación y Procesos.	
6. Con la revisión del marco normativo que reguló el proceso del MC, se observó lo siguiente: b. Careció de parámetros, alcances, secuencia lógica de actividades, criterios de validación y de metodologías de revisión claras, específica y concretas, libres de sesgos y de discrecionalidad.	27	8	El marco normativo que reguló el proceso del MC sí contó con parámetros, alcances, secuencia lógica de actividades, criterios de validación y de metodologías de revisión claras, específica y concretas, libres de sesgos y de discrecionalidad, como se puede verificar en los numerales 7.4.1, que hace referencia al Plan Integral de Implementación, en el que se registran las actividades relacionadas con la instrumentación de cada uno de los criterios del MC, con objetivos claros y alcanzables, acciones focalizadas, ordenadas y realizables; en el numeral 3 se establece el ámbito de aplicación de la norma, en el 7.6 las bandas de madurez como el parámetro de medición y en el numeral 8.2 se hace referencia a las evaluaciones inicial, interna y externa para medir el avance y resultados de la implementación del MC, por medio de la herramienta denominada cédula de evaluación, y el detalle de su aplicación, se puede apreciar en la Guía técnica de implementación vigente.	4.1 Guía técnica de implementación 2022. 6.1 Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad Clave 03-001-002. 6.2 Plan Integral de Implementación del HGZ 58 Estado de México Poniente. 6.3 Cédula de evaluación inicial HGZ 58 Estado de México Poniente.

QR  
F.  
V.G.



	Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
7.	Con la revisión del marco normativo que reguló el proceso del MC, se observó lo siguiente: c. No definió un marco lógico y secuencial de los criterios, documentar los procesos de implementación y mantenimiento del MC, por las unidades, los asesores y las áreas responsables a nivel central y delegacional.	27	9	<p>La norma de 2016 y la norma de 2021, sí cuentan con un marco secuencial. La primera ordenaba sus criterios para la implementación de acuerdo con las prioridades institucionales que les ocupaban en aquel momento; mientras que la actual atiende a una lógica de planeación estratégica y gestión de proyectos iniciando con el Criterio 1 Planeación y cerrando la secuencia con el Criterio 8 Resultados que busca evaluar el proceso de gestión.</p> <p>Por otro lado los procesos de implementación sí se documentaron de forma digital a través de la plataforma virtual de competitividad, mediante el autodiagnóstico anual, que para el ejercicio 2021, se llevó a cabo a finales de 2020 e inicios de 2021, la ratificación de unidades a implementar a nivel nacional, el registro y avance del programa de asesoría y el registro y cumplimiento de programas operativos de implementación. Desde el ámbito de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada y operativo, los responsables de esta documentación y mantenimiento fueron las Coordinaciones Delegacionales de Competitividad y los cuerpos de gobierno de las unidades implementadoras.</p>	7.1. Programa Operativo_HGZ 58. 7.2. Ratificación de la unidad. 7.3. Plan integral de implementación del HGZ 58 EMP. 7.4. Programa anual de asesoria_HGZ 58. 7.5. Evaluacion servicio asesoria.
8.	Con la revisión del marco normativo que reguló el proceso del MC, se observó lo siguiente: d. No definió un proceso integral, metódico, específico, claro y detallado con base en el	27	10	<p>El marco normativo que reguló la implementación del MC en 2016 sí contaba con una herramienta que permitía a las unidades realizar un autodiagnóstico para obtener su banda de madurez.</p>	8.1. Cédula de evaluación 2022-2023. 6.3 Cédula de evaluación inicial HGZ 58 Estado de México Poniente. 8.2. Video tutorial para la aplicación de la cédula de evaluación inicial e interna.



Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
cual las unidades y los asesores determinaran en qué nivel de la Banda de Madurez les correspondía, ni cómo debía ser requisitada para su comprobación en el proceso de evaluación.			<p>En la actualización del marco normativo de 2021 si se encuentra definido un proceso integral, metódico, específico, claro y detallado a partir del cual las unidades puedan conocer su banda de madurez.</p> <p>Con la finalidad de fortalecer el proceso de evaluación, se diseñó una cédula de evaluación con una descripción pormenorizada de la documentación, funcionamiento y resultados que deben sustentar la implementación del sistema de gestión.</p> <p>Como actividad de seguimiento y regulación de este proceso se diseñó un video tutorial difundido a través de correo electrónico y la Plataforma Teams en el cada canal de Coordinación Delegacional de Competitividad y en las diferentes sesiones que cada enlace normativo rea liza con el personal asesor de la CDC asignada.</p>	<p>8.3. Correo del 18 de octubre de 2022 mediante el cual se solicitó la realización de la evaluación inicial e interna del periodo correspondiente a 2022-2023 y se difunde el video tutorial.</p>
<p>9. Con la revisión del marco normativo que reguló el proceso del MC, se observó lo siguiente:</p> <p>e. No reguló el proceso de elaboración de los autodiagnósticos, reportes de retroinformación, las evaluaciones, planes de mejora, planes integrales de implementación, así como los entregables de las asesorías.</p>	27	11	<p>Sí se regularon los procesos de elaboración de autodiagnóstico, el reporte de retroinformación, las evaluaciones, el plan de mejora, planes integrales de implementación y los entregables de las asesorías.</p> <p>En las disposiciones generales de la norma de 2016, específicamente en los numerales 8.15. y 8.1.10. Asimismo, el detalle de su ejecución y los entregables se regulan en la actividad 28, del numeral "6. Descripción de actividades" del Procedimiento para la asesoría técnica en la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad "MC" y/o modelos de</p>	<p>4.1. Guía técnica de implementación 2022</p> <p>8.2. Video tutorial para la aplicación de la cédula de evaluación inicial e interna.</p> <p>8.3. Correo del 18 de octubre de 2022 mediante el cual se solicitó la realización de la evaluación inicial e interna del periodo correspondiente a 2022-2023 y se difunde el video tutorial.</p> <p>8.1. Cédula de evaluación 2022-2023.</p> <p>9.1. Procedimiento de asesoría para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad.</p> <p>9.2. Programa anual de asesoría.</p>





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN GENERAL

Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
			<p>gestión de calidad 2016, en el cual se indica que el asesor de la CTCCI o de la CDC, asesorará a la Unidad asignada en la elaboración de sus programas operativos que integran el programa integral de implementación, y generará la minuta de asesoría conforme a las políticas 4.22, 4.23, 4.27, 4.47 y 4.50 del mismo procedimiento y registrará las evidencias en la Plataforma virtual de competitividad.</p> <p>Asimismo en la actualización de la norma en octubre de 2021, se encuentra regulado el requerimiento de la elaboración por parte de las unidades implementadoras de un plan integral de implementación, en el numeral 5.34, mismo que operó a partir de enero de 2022.</p> <p>Además en los numerales 5.19, 5.20 y 5.21 las evaluaciones inicial, interna y externa como actividades que permiten determinar el nivel de madurez de las unidades implementadoras.</p> <p>El registro de la evidencia de las asesorías brindadas continúa realizándose en la plataforma virtual de competitividad tal y como lo establece el procedimiento de asesoría vigente.</p> <p>También se diseñaron videos tutoriales difundidos a través de correo electrónico y teams en cada canal de CDC y en las diferentes sesiones que cada enlace normativo tiene con el personal asesor de la CDC asignada.</p>	<p>RR</p> <p>JK</p>



7

W

Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
10. Con la revisión del marco normativo que reguló el proceso del MC, se observó lo siguiente: f. La falta de homologación y armonización entre cada instrumento normativo por las modificaciones de la estructura orgánica del IMSS, al no existir congruencia entre las unidades administrativas, participantes definidas en el RIIMSS, Manual de organización, las normas, los procedimientos y las guías del MC.	27	12	Para la implementación del MC existen tres clasificaciones de tipo de unidad de acuerdo a los procesos y servicios a su cargo, estas son unidades sociales, médicas y administrativas, las cuales están definidas operativamente tanto en la norma de 2016 como en la de 2021. La última reforma al RIIMSS data del 2012, sin embargo, se cuenta con los acuerdos del HCT que avalan y formalizan los cambios estructurales.	
11. Con la revisión del marco normativo que reguló el proceso del MC, se observó lo siguiente: g. No definió la forma de cómo las asesorías por parte de los responsables del MC coadyuvarán en los enfoques transversales de las Direcciones Normativas encargadas de la normatividad, el SCII, el PTAR y las encuestas de clima organizacional y la forma de llevarla a cabo está definida a través del marco normativo de 2016 y el vigente, toda vez que para impulsar el cumplimiento de los diferentes objetivos y programas institucionales se da acompañamiento a través de los requerimientos especificados en la norma y en sus herramientas de apoyo. Además a través del criterio talento humano, se establece un método para evaluar la satisfacción del talento humano, considerando la realización de los programas de transformación que atienden los resultados de encuesta de clima y cultura organizacional. Asimismo uno de los factores que determinan el nivel de competitividad de una unidad es el cumplimiento y mejora de sus procesos sustantivos, razón por la cual el área responsable del MC solicita los indicadores normativos prioritarios y complementarios que deberán atender las unidades médicas, sociales y	27	13	La forma de cómo las asesorías por parte de los responsables del MC coadyuwan en los enfoques transversales de las Direcciones Normativas encargadas de la normatividad, el SCII, el PTAR y las encuestas de clima organizacional y la forma de llevarla a cabo está definida a través del marco normativo de 2016 y el vigente, toda vez que para impulsar el cumplimiento de los diferentes objetivos y programas institucionales se da acompañamiento a través de los requerimientos especificados en la norma y en sus herramientas de apoyo. Además a través del criterio talento humano, se establece un método para evaluar la satisfacción del talento humano, considerando la realización de los programas de transformación que atienden los resultados de encuesta de clima y cultura organizacional. Asimismo uno de los factores que determinan el nivel de competitividad de una unidad es el cumplimiento y mejora de sus procesos sustantivos, razón por la cual el área responsable del MC solicita los indicadores normativos prioritarios y complementarios que deberán atender las unidades médicas, sociales y	6.1 Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad Clave 03-001-002. 11.1 Oficios de solicitud de indicadores normativos. 11.2 Indicadores normativos prioritarios y complementarios. 11.3 Programa operativo del criterio de talento humano del HGZ 58 EMP 11.4 Correo mediante el cual se solicita la participación del personal de la UIT a aplicar la Encuesta de Clima y Cultura Organizacional.





Descripción del resultado		Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
				<p>administrativas que implementen el MC y que participen en el Premio IMSS a la Competitividad, a las Direcciones Normativas, que son las responsables de coordinar y regular los procesos de las unidades médicas, sociales y administrativas.</p> <p>Finalmente a través del criterio de planeación, las unidades que implementan el MC deben de trabajar con herramientas para la prevención y atención de posibles riesgos, por lo que a través del MC se fomenta que las unidades planeen y operen con un enfoque preventivo y resolutivo, que garantice la oportunidad y calidad en el servicio.</p>	
12.	Con la revisión del marco normativo que reguló el proceso del MC, se observó lo siguiente:	28	2	<p>Las guías de implementación sí permearon a todas las unidades del IMSS incorporadas al MC, ya que eran publicadas por medio de la PVC. Por otro lado el diseño de estas Guías tenía un planteamiento que corresponde a la naturaleza por cada tipo de unidad.</p> <p>A partir de la actualización de la norma de 2021, además de articular criterios, se homologaron actividades, herramientas de apoyo y evidencia en la implementación del MC.</p> <p>Esta homologación se ve reflejada en el diseño y desarrollo de la Guía Técnica de Implementación del MC, aplicable a los tres tipos de unidad: médicas, sociales y administrativas implementadoras del modelo, la cual fue publicada en la Plataforma Virtual de Competitividad para la consulta de las Coordinaciones</p>	4.1. Guía técnica de implementación 2022.



	Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
13.	II. Unidades incorporadas al Modelo Institucional para la Competitividad en 2021 Con los datos proporcionados, se comprobó que: c. El IMSS determinó inadecuadamente la banda de madurez de 17 unidades, ya que no correspondió con el puntaje obtenido con la banda de madurez asignada; y 151 unidades no acreditaron el puntaje del resultado de evaluación de 2021, aun cuando se les determinó una cierta banda de madurez; lo anterior, bajo el argumento de que dichas unidades no ratificaron la implementación para el ejercicio 2022.	28	11	Delegacionales de Competitividad y unidades.	Esta observación se comentó con el equipo evaluador durante el periodo de entrevistas y quedó asentado en el Acta número 021/CP2021 de la Auditoría 160/2021.
14.	II. Unidades incorporadas al Modelo Institucional para la Competitividad en 2021 Con los datos proporcionados, se comprobó que: d. 64 unidades correspondieron a Coordinaciones y Jefaturas adscritas a 34 OOAD Estatales, lo que provocó el incremento inadecuado en el número de unidades incorporadas al MC, al no ser unidades medibles para el modelo y que contrastó con los mismos registros en donde se identificaron nueve sedes delegacionales consideradas por la CMC en lo individual para la medición de unidades incorporadas.	28	12	Esta Coordinación Normativa desconoce el criterio que el equipo auditor utilizó para determinar que hubo "un incremento inadecuado en el número de unidades incorporadas al MC, al no ser unidades medibles para el modelo y que contrastó con los mismos registros en donde se identificaron nueve sedes delegacionales consideradas por la CMC en lo individual para la medición de unidades incorporadas". La norma MC 2016, no definía el concepto de unidad, ni existía alguna disposición que limitara la implementación a ningún tipo de unidad o área institucional. Por lo que respecta a la norma 2021, con el objetivo de brindar establecer un universo claro de unidades susceptibles de implementar así como buscar un mejor	6.1 Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad Clave 03-001-002. 14.1 Oficio 317 con fecha 7 de diciembre 2021, dirigido a los Titulares de los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada. 14.2 Oficio 09 52 1153 Correo electrónico Ratificación de Unidades implementación MC.



Descripción del resultado		Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
				<p>impacto de la implementación del MC en las unidades se determinó en el numeral 7.1.11 Tabla 1 Clasificación de unidades. Es importante señalar que este universo fue determinado por cada una de las áreas normativas responsables, de los distintos tipos de unidades que considera la norma en mención. El universo susceptible de implementar se le dio a conocer a los Titulares de los 35 Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada, por medio de oficio con fecha del 7 de diciembre de 2021.</p>	
15.	II. Unidades incorporadas al Modelo Institucional para la Competitividad en 2021 Con los datos proporcionados, se comprobó que: f. En el "Reporte ejecutivo de Desempeño de Unidades en el Proceso de Implementación del MC, 2021", la CMC informó que 855 unidades implementaron el modelo, cifra que no correspondió con las 860 unidades incorporadas al MC en el "Informe de Avance y Resultados 2021 del PIIMSS 2020-2024". Lo anterior denotó que el Instituto presentó deficiencias en la rendición de cuentas al no generar información veraz, íntegra y oportuna en materia de competitividad.	29	2	<p>La normatividad que regula el proceso de implementación del MC y Premio no contiene dentro de sus documentos definidos el "Reporte ejecutivo de Desempeño de Unidades en el Proceso de Implementación del MC, 2021".</p> <p>Referente a el "Informe de Avance y Resultados 2021 del PIIMSS 2020-2024", página 101, que a la letra dice "En 2021, un total de 919 unidades implementaron el MC, de las cuales 522 eran médicas, 193 sociales y 204 administrativas...)", por lo que no se detecta la cifra de 860 unidades reportadas a las que se hace referencia en el documento.</p> <p>Asimismo es de relevancia señalar que las unidades pueden iniciar la implementación o darse de baja del proceso en el momento que lo decidan, como lo señala el numeral</p>	<p>6.1 Norma para la implementación del Modelo Institucional para la Competitividad Clave 03-001-002.</p> <p>15.1 Informe de Avance y Resultados 2021 del PIIMSS 2020-2024.</p>



	Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
				7.1.12 de la norma de 2021, que a la letra dice "La unidad que decida implementar un sistema de gestión, podrá iniciar su proceso en cualquier momento del año, debiendo notificarlo oficialmente a la CDC o CTCCI, según corresponda", por lo cual los reportes emitidos podrán variar en el tiempo.	
16.	El equipo auditor determinó que los instrumentos definidos para el Premio IMSS vigentes en 2021, contaron con la definición de las disposiciones generales y los requisitos para la participación de las unidades médicas, sociales y administrativas; no obstante, se identificó que los instrumentos carecieron de parámetros, alcances, secuencia de actividades, criterios de validación, metodologías de revisión claras, específicas y concretas; así como, la alineación de los criterios normativos y de evaluación al MC, tampoco establecieron la información generada durante las diferentes etapas, ni el resguardo de la documentación.	33	2	<p>Los instrumentos definidos para el Premio IMSS vigentes en 2021 sí contaron con parámetros, alcances, secuencia de actividades, criterios de validación, metodología de revisión clara, específica y concreta; asimismo, se alineó con los criterios normativos y de evaluación del MC, se estableció la información generada durante las diferentes etapas, y se resguardó la documentación.</p> <p>Para establecer el nivel de competitividad de las unidades participantes en el certamen, los equipos evaluadores, en 2021 se basaron en la Herramienta de evaluación y la Guía de evaluación 2021 para unidades médicas, sociales y administrativas, que describe la metodología con un alcance para realizar la evaluación documental y visita de verificación.</p> <p>En lo relativo a la secuencia de actividades, la Norma de 2016, señala claramente las etapas del proceso, (autodiagnóstico del MC o plan de mejora, visita de verificación de autodiagnóstico del MC, inscripción de unidades y evaluadores al certamen, informe organizacional, evaluación</p>	<p>16.1 Herramienta de Evaluación Premio 2021. 16.2 Guía para la elaboración de documentos de participación del Premio IMSS a la Competitividad 2021. 16.3 Calendario Premio IMSS 2021. 16.4 Base de datos unidades Evaluación Final 2019-2021. 16.5 Base de evaluadores 2021. 16.6 Guía de evaluación 2021 para unidades médicas, sociales y administrativas.</p> <p>RF AG QG IP</p>





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN GENERAL

Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
			<p>documental, sesión de la Junta Técnica de Competitividad, visita de verificación, sesión de la Junta Directiva de Competitividad y Premiación) asimismo, las actividades vinculadas con éste se establecen específicamente en el calendario del Premio 2021.</p> <p>La información generada en las etapas del certamen puede ser consultada durante el año en el que se opera, en la plataforma virtual de competitividad, y al concluir este periodo, se consolida en una base de datos de Excel administrada y resguardada en la Coordinación Técnica que administra el proceso.</p> <p>En la actualización de la Norma de 2021 y del Procedimiento de 2022, se especifican detalladamente las etapas del proceso (preinscripción de unidades al certamen, inscripción de unidades e inscripción de evaluadores, evaluación documental de la modalidad Premio IMSS y de la modalidad Distintivos Águila, sesión de la Junta Técnica de Competitividad, visita de verificación, sesión de la Junta de Competitividad y premiación) y responsables de su ejecución.</p> <p>Para evaluar la implementación del Modelo en las unidades participantes del certamen 2022, se empleó la misma herramienta que las unidades utilizaron para la evaluación inicial e interna, lo anterior con el fin de</p>	<p>2</p>



13

R.  
f.  
J.  
M.

Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
			alinearla con los criterios normativos y de evaluación del MC.	
17. Para los procesos de evaluación documental y ejecución de las visitas de verificación, procesos medulares del certamen, se verificó que la CMC se auxilió del "Padrón Nacional de Evaluadores" del certamen 2021, que se integró de servidores públicos voluntarios adscritos en las diversas unidades del IMSS, de todos los niveles, estados, áreas y categorías, quienes fueron los encargados de revisar la parte documental y ejecutar las visitas de verificación. Con las pruebas de recorrido, se comprobó lo siguiente:  b. El IMSS acreditó planes de cursos propedéuticos y de capacitación en materia de MC y Certamen de Premio IMSS, realizados en 2021 y proporcionó los perfiles de puestos, los cuales indicaron las competencias requeridas de forma genérica (el nivel académico, las características personales, las necesidades de conocimiento y comprensión básicas, y las habilidades y experiencia). No obstante, los perfiles no establecieron las expectativas de competencia profesional, los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada sobre los puestos y los demás cargos institucionales para ayudar a la institución a lograr los objetivos en materia de MC, por lo que no se atendió lo previsto en el artículo segundo, disposición 9, Norma general Primera, numerales 3 y 4 del Acuerdo de Control Interno.	34	6	Los perfiles de los evaluadores sí establecieron las expectativas de competencia profesional, los estándares de conducta y las responsabilidades asignadas, de conformidad con lo establecido en:  - El numeral 8.6.3.2 de la Norma 2016, y en los incisos a y b, del "Capítulo F. Participación de evaluadores" de las Bases de participación del certamen 2021. - El Código de ética y confidencialidad es referido en el numeral 8.6.5.4 de la Norma 2016, así como en el numeral 7.6.2.6 de la norma vigente, cuyo marco de referencia es el Código de ética de las personas servidoras públicas del Gobierno Federal. - En lo relativo a las responsabilidades y autoridad de los evaluadores, éstas se estipulan en los numerales 8.6.7.3 y 8.6.7.5 de la Norma 2016, así como en el apartado F inciso a de las Bases 2021, "En qué consiste ser evaluador", para el caso de la Norma vigente esto se encuentra establecido en los numerales 7.6.3.2, 7.6.3.3, 7.6.3.4, 7.6.3.5 y 7.6.3.6.	17.1 Norma para que las unidades médicas, sociales y administrativas participen en el Premio IMSS a la Competitividad, clave 0503-001-003, registrada el 07 de octubre de 2021. 17.2 Convocatoria Bases Premio 2021. 17.3 Código de Ética 2021.



Descripción del resultado		Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
				Es importante destacar que ante la calidad de participación voluntaria de los evaluadores en el certamen, las actividades que desarrollan en este proceso no corresponden a las funciones de un puesto estructural del Instituto.	
18.	Para los procesos de evaluación documental y ejecución de las visitas de verificación, procesos medulares del certamen, se verificó que la CMC se auxilió del "Padrón Nacional de Evaluadores" del certamen 2021, que se integró de servidores públicos voluntarios adscritos en las diversas unidades del IMSS, de todos los niveles, estados, áreas y categorías, quienes fueron los encargados de revisar la parte documental y ejecutar las visitas de verificación. Con las pruebas de recorrido, se comprobó lo siguiente:  d. Que la asignación de los evaluadores fue conforme a la demarcación territorial y la experiencia de los evaluadores en materia del MC y el Premio IMSS; sin embargo, el IMSS no consideró los perfiles o áreas de conocimiento de los evaluadores para validar a las unidades médicas, sociales y administrativas participantes. Lo anterior, se comprobó con las unidades revisadas, en donde se identificó que algunos evaluadores de unidades médicas tenían más conocimiento de la gestión en unidades administrativas o sociales a las que estaban adscritos.	34	8	<p>Si se consideraron los perfiles o áreas de conocimiento de los evaluadores para validar a las unidades médicas, sociales y administrativas participantes, lo anterior, de conformidad con lo señalado en el numeral 8.6.5.2 de la norma de 2016 y el numeral 7.1.19 de la norma vigente.</p> <p>De acuerdo con la normatividad aplicable se determina que, la integración de los equipos de evaluación deberá contar con un evaluador águila conforme a lo descrito en el Apéndice B, de la segmentación de evaluadores, de la norma del Premio IMSS vigente y uno o dos, evaluadores con categoría de Jaguar o Lince de acuerdo con la disponibilidad de personal voluntario.</p>	16.5 Base de evaluadores 2021. 17.1 Norma para que las unidades médicas, sociales y administrativas participen en el Premio IMSS a la Competitividad, clave 0503-001-003, registrada el 07 de octubre de 2021. 18.1 Padrón de evaluadores 2022. 18.2 Bases de participación 2021, Premio IMSS a la Competitividad.
19.	Para los procesos de evaluación documental y ejecución de las visitas de verificación,	34	9	Las herramientas de evaluación utilizadas para el certamen del Premio IMSS y	16.6 Guía de evaluación 2021 para unidades médicas, sociales y administrativas.



Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
<p>procesos medulares del certamen, se verificó que la CMC se auxilió del "Padrón Nacional de Evaluadores" del certamen 2021, que se integró de servidores públicos voluntarios adscritos en las diversas unidades del IMSS, de todos los niveles, estados, áreas y categorías, quienes fueron los encargados de revisar la parte documental y ejecutar las visitas de verificación. Con las pruebas de recorrido, se comprobó lo siguiente:</p> <p>e. Que las herramientas de evaluación utilizadas para el certamen del Premio IMSS y Distintivos carecieron de parámetros específicos y de una metodología para definir el puntaje otorgado a las unidades; toda vez, que el evaluador con base en su experiencia determinó la ponderación asignada de las unidades participantes. Adicionalmente, las cédulas de evaluación no contaron con firmas autógrafas de quienes las elaboraron y validaron; la veracidad, integridad, confiabilidad y suficiencia de la información y documentación que sustentó las revisiones, evaluaciones y validaciones dependieron únicamente del criterio de los evaluadores, sin que se pudiera comprobar la intervención de las oficinas centrales y las OOAD responsables de la asignación del Premio IMSS, que pudieran conformar un proceso mínimo de revisión, verificación y potencial corrección, en caso de errores u omisiones que acreditara la supervisión y validación del certamen.</p>			<p>Distintivo sí contaron con parámetros específicos, así como con una metodología para definir el puntaje otorgado a las unidades.</p> <p>La metodología para el establecimiento de puntajes se encuentra señalada en la Guía de Evaluación 2021, a través de la cual, se indica que se deben identificar las características de las unidades, con base en lo señalado en las Tablas de evaluación.</p> <p>El mecanismo mediante el cual se documenta la evaluación de las unidades y que contiene la firma de cada integrante del equipo evaluador, es el acta de evaluación misma que encontraba regulada en el numeral 4.1 del Procedimiento del Premio IMSS 2018; en la Norma 2021 en el numeral 7.6.6.8 se establece que el equipo evaluador debe elaborarla con el fin de dejar documentada la evaluación de la unidad participante.</p> <p>En lo relativo a la instancia que determina el puntaje para que las unidades resulten ganadoras, se precisa que la instancia responsable es la Junta Directiva de Competitividad, como lo señala el numeral 8.6.8.2 de la norma del Premio IMSS 2016, así como los numerales 7.5.2.3 inciso a) y 7.6.7.2 inciso a) de la norma vigente; se precisa también que "...las oficinas centrales y las OOAD..." no son "...responsables de la</p>	<p>17.1 Norma para que las unidades médicas, sociales y administrativas participen en el Premio IMSS a la Competitividad, clave 0503-001-003, registrada el 07 de octubre de 2021.</p> <p>19.1 Actas de evaluación de la escuela de enfermería, almacén delegacional DF Norte, escuela de enfermería Ciudad Oberón, Subdelegación Coatzacoalcos, UMF 44 Durango, UMF 68 Sonora.</p> <p><i>go</i> <i>+</i> <i>V</i> <i>jen</i> <i>m</i></p>





Descripción del resultado		Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
				asignación del Premio IMSS...”, por lo cual, su comprobación resulta improcedente.	
20.	Para los procesos de evaluación documental y ejecución de las visitas de verificación, procesos medulares del certamen, se verificó que la CMC se auxilió del “Padrón Nacional de Evaluadores” del certamen 2021, que se integró de servidores públicos voluntarios adscritos en las diversas unidades del IMSS, de todos los niveles, estados, áreas y categorías, quienes fueron los encargados de revisar la parte documental y ejecutar las visitas de verificación. Con las pruebas de recorrido, se comprobó lo siguiente:  f. La CMC no contó con los mecanismos de seguimiento de los 49,089.6 miles de pesos que otorgó a las unidades ganadoras, tampoco acreditó los informes trimestrales del avance del ejercicio de los recursos.	34	10	<p>La CMC sí cuenta con los mecanismos de seguimiento de los 49,089.6 miles de pesos que otorgó a las unidades ganadoras, así como de los informes trimestrales del avance del ejercicio de los recursos.</p> <p>De conformidad con lo establecido en el numeral 8.7.1 de la Norma 2016 y 7.7.3 de la norma vigente, trimestralmente las unidades ganadoras informan los avances del ejercicio del recurso del reconocimiento económico, asimismo, y con base en la información remitida, se consolida el informe trimestral, el cual se encuentra normado en la actividad 104 del Procedimiento para administración del Premio IMSS 2022.</p>	<p>17.1 Norma para que las unidades médicas, sociales y administrativas participen en el Premio IMSS a la Competitividad, clave 0503-001-003, registrada el 07 de octubre de 2021.</p> <p>20.1 Procedimiento para la administración del Premio IMSS a la Competitividad, clave 0507-003-001, registrado el 15 de febrero de 2022.</p> <p>20.2 Seguimiento trimestral el ejercicio del recurso 2021 (carpeta con información del seguimiento anual).</p>
21.	IV. Unidades ganadoras del Premio IMSS y distintivos seleccionadas para revisión.  Con la finalidad de verificar el proceso de premiación y el resguardo de la información y documentación del certamen, el equipo auditor seleccionó 11 unidades ganadoras del certamen (5 en la modalidad de Premio IMSS y 6 en la modalidad de Distintivo Águila) de las 51 unidades galardonadas en el certamen de 2021. Los hallazgos fueron los siguientes:  c. 5 unidades (Hospital General de Zona Número 58 "Las Margaritas"; Unidad de	35	1	<p>Efectivamente los informes organizacionales son análogos en cuanto a su estructura y heterogéneos en cuanto a su contenido, lo cual no podría ser distinto toda vez que la información depende del contexto de cada unidad.</p> <p>En el numeral 8.6.4 de la norma del premio 2016, se establecen las características de los informes organizacionales; asimismo, la Guía para la elaboración de documentos 2021, establece de manera pormenorizada sus componentes, esto con el propósito de proporcionar elementos que permitan a los</p>	<p>16.2 Guía para la elaboración de documentos de participación del Premio IMSS a la Competitividad 2021.</p> <p>17.1 Norma para que las unidades médicas, sociales y administrativas participen en el Premio IMSS a la Competitividad, clave 0503-001-003, registrada el 07 de octubre de 2021.</p>



Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
Medicina Familiar Número 64 Córdoba; Centro Vacacional "Atlixco Metepec", Guardería Ordinaria G-0035 "Sevilla" y Subdelegación de Aguascalientes) ganaron el Premio IMSS, IMSS Oro y Platino y las cuales presentaron informes organizacionales. Con la revisión de los informes, se verificó que fueron análogos en cuanto a la estructura, al incluir datos de la unidad, antecedentes, servicios otorgados, organigrama, descripción del sistema de gestión implementado, el mapa de gestión, el propósito del criterio, la implementación y los resultados de los ocho criterios del MC. Sin embargo, no fueron homogéneos en su contenido, hecho que se comprobó con los resultados de los criterios, en los que se presentaron de forma indistinta entre cada informe, ya se describieron mediante reportes financieros, fotografías, índices de indicadores y resultados de encuestas; lo que denotó áreas de oportunidad por parte de los responsables del proceso en el diseño e implementación de la información y documentación que debió incluir cada informe.			equipos evaluadores, contar una visión general de la construcción del sistema de gestión de calidad de cada unidad.	
22. IV. Unidades ganadoras del Premio IMSS y distintivos seleccionadas para revisión.  Con la finalidad de verificar el proceso de premiación y el resguardo de la información y documentación del certamen, el equipo auditor seleccionó 11 unidades ganadoras del certamen (5 en la modalidad de Premio IMSS y 6 en la modalidad de Distintivo Águila) de	35	3	La CMC sí resguardó la evidencia documental de la información registrada por los evaluadores referente a las calificaciones.  Con respecto a la validación el equipo evaluador determina la banda de madurez en la que se encuentra la unidad participante, derivado del análisis, del	22.1 Correo electrónico de solicitud de respaldo de información 2021. 22.2 Respaldo PVC Base Premio IMSS 2021.





DIRECCIÓN GENERAL  
Unidad de Integridad y Transparencia  
Coordinación de Modernización y Competitividad

	Descripción del resultado	Página	Párrafo	Precisión-comentario	Evidencia documental complementaria a la entregada al equipo auditor en el marco de la presente auditoría
	<p>las 51 unidades galardonadas en el certamen de 2021. Los hallazgos fueron los siguientes:</p> <p>e. Concerniente a las 11 Actas de Evaluación, se identificó que éstas fueron el resultado de las visitas de verificación virtual, en las que el grupo de evaluadores determinó las calificaciones de los 8 criterios establecidos en el MC e incluyeron una descripción genérica de los motivos que originaron la calificación asignada. Al respecto, se comprobó que la CMC no validó, ni resguardó la evidencia documental de la información registrada por los evaluadores referente a las calificaciones; además, mediante entrevista a ocho evaluadores de las OOAD de Chihuahua y Chiapas se comprobó que no resguardaron evidencia documental que acreditara lo reportado a nivel central e indicaron que las herramientas de evaluación utilizadas, al requisitarse en la plataforma, son borradas una vez que el certamen finaliza. Por lo tanto, la trazabilidad del certamen careció de los elementos de veracidad, transparencia, integridad, confiabilidad y suficiencia.</p>			<p>informe organizacional o del informe de mejora según corresponda, así como toda la información proporcionada por la unidad en la visita de verificación y en apego a la metodología de la evaluación establecida en la Guía de evaluación 2021 para unidades médicas, sociales y administrativas, por lo que la CMC no es responsable de validar el contenido de esos documentos.</p> <p>La información generada en el certamen se resguarda en la plataforma virtual de competitividad durante el año en curso, una vez concluido este periodo, la información se migra a una base de datos de Excel resguardada por la Coordinación Técnica a cargo del proceso, que pueden ser consultados para conocer la información histórica del proceso.</p> <p>Por lo anterior, sí es posible realizar la trazabilidad del certamen, con base en los criterios de veracidad, transparencia, integridad, confiabilidad y suficiencia.</p>	

ER  
f. R  
f. M



En respuesta a la reunión de presentación de resultados finales y observaciones preliminares, el IMSS por conducto de la Dirección Jurídica y por medio de los oficios números 095280614B30/01/0005/2023 del 6 de enero de 2023, 09 9001 600 020/005/2023, 099001 6C2200/CEPF/DPAP/001/23, y 0952179073/ 0109 /2023 del 5 de enero de 2023, respectivamente, manifestó lo siguiente:



GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN JURÍDICA

Unidad de Asuntos Consultivos y de Atención a órganos Fiscalizadores  
Coordinación de Atención a Órganos Fiscalizadores  
División de Atención a Órganos Fiscalizadores

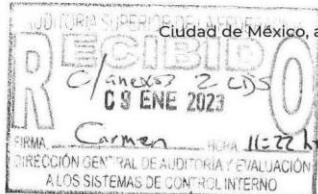
2CD'S  
1leg

"2023 Año de Francisco Villa, el revolucionario del pueblo".

Of. N° 0952 8061 4B30/01/0005/2023

Ciudad de México, a 6 de enero de 2023

L.C. Maribel Mercedes Cortes Cruz  
Directora de Auditoría y Evaluación a los  
Sistemas de Control Interno "B"  
Auditoría Superior de la Federación (ASF)  
Presente



Hago referencia al Acta de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares número 028/CP2021, de fecha 16 de diciembre de 2022, así como a su Anexo 2 y a las Cédulas de Resultados Finales, notificadas mediante el oficio número DGAESCI/285/2022 del 2 de diciembre de 2022, con motivo del desarrollo de la Auditoría número 160, denominada "Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social" correspondiente a la revisión de la Cuenta Pública 2021.

En este sentido, con fundamento en la fracción V, del artículo 2; inciso e), de la fracción II, del artículo 3; la fracción XXII, del artículo 75 y el artículo 84, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social (RIIMSS), numeral 7.1.2.2.1 del Manual de Organización de la Dirección Jurídica, y en mi carácter de Enlace Operativo de este Instituto, me permito enviar la documentación que se indica a continuación, integrada por la Dirección de Finanzas.

Resultado atendido	Número de oficio	Anexo
Resultado 1. "Planeación Estratégica del IMSS".	Oficio número 09 9001 600 020/005/2023, de fecha 05 de enero de 2023, firmado por el Lic. Iván Javier Morales de la Cruz, Coordinador Homólogo Normativo y Enlace en la Dirección de Finanzas.	3 hojas 1 CD
Argumentaciones a las 5 recomendaciones y documentación soporte de los 36 hallazgos.	Oficio número 09 5217 9073/0109/2023, de fecha 05 de enero de 2023, firmado por la Mtra. Gabriela Zepeta Mejía, Titular de la División de Mejora Continua de Procesos de Incorporación y Recaudación.	61 hojas 1 CD

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,

Lic. Lázaro Ramírez Ibáñez  
Enlace Operativo

C.C.P  
Michel J. Luna Velázquez.- Titular de la Unidad de Asuntos Consultivos y Atención a Órganos Fiscalizadores.- Presente (\*)  
Lic. Salim Arturo Orci Magaña.- Titular del Órgano Interno de Control en el IMSS.- Presente/FEDERACIÓN  
Lic. Iván Javier Morales de la Cruz.- Coordinador Homólogo Normativo en la Dirección de Finanzas.- Presente (\*)

(\*) Envío por sistema.  
(f) La copia de conocimiento se entrega en físico.

LR/IMSS/ECAG

Ref. 3694, 015, 015 y Acta 028/CP2021.



Paseo de la Reforma No. 476, Piso 7, Aia Oriente, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México  
Tel. 55 5238 2700, Ext. 10724, 10761. [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)



2023  
Año de  
Francisco  
VILLA



GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN DE FINANZAS

Coordinación Homóloga Normativa

Of N° 09 9001 600 020/005/2023

Ciudad de México, a 05 de enero de 2023.

**Lic. Guillermina Rivera Rendón**  
Titular de la Coordinación de Atención  
A Órganos Fiscalizadores  
Presente

Hago referencia al "Acta de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares" No. 028/CP2021, de fecha 16 de diciembre del 2022, correspondiente a la auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social", así como a su Anexo 2 y las "Cédulas de Resultados Finales", notificadas mediante el oficio No. DGAESCI/285/2022 del 2 de diciembre de 2022, suscrito por el Lic. José de J. Sosa López, Director General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno en la Auditoría Superior de la Federación (ASF).

Sobre el particular, en mi carácter de enlace de la Dirección de Finanzas, adjunto copia del oficio No. 099001 6C2200/CEPF/DPAP/001/23 del 5 de enero del presente, así como un disco compacto, mediante los cuales la **División de Políticas de Asignación Presupuestal adscrita a la Coordinación de Estrategia y Planeación Financiera**, en su ámbito de competencia, proporciona información y hace diversas precisiones en relación con el **Resultado 1 "Planeación Estratégica del IMSS"**, en específico para aclarar lo señalado en las pruebas de fiscalización "B. Programa Sectorial de Salud 2020-2024", en particular la parte de su segundo párrafo en el que se indica "...el IMSS no acreditó la vinculación del PIIMSS 2020-2024 con el PSS 2020-2024...", contenido en la página 3 de la "Cédula de Resultados Finales", y la descripción del resultado 1 contenido en la página 1 del Anexo 2 del Acta No. 28/CP2021; así como en relación con la prueba de fiscalización "D. Gobernanza en materia de planeación estratégica en el IMSS", descrita en el mismo resultado, en específico sobre lo indicado en los párrafos primero, segundo y tercero del apartado "Seguimiento del PIIMSS 2020-2024, contenidos en la página 7 de la "Cédula de Resultados Finales".

Mucho agradeceré enviar copia del acuse de recibido mediante el cual se entrega la información a la ASF, a los correos institucionales: [ivan.moralesc@imss.gob.mx](mailto:ivan.moralesc@imss.gob.mx); [gabriela.martinezch@imss.gob.mx](mailto:gabriela.martinezch@imss.gob.mx); [mancel.flores@imss.gob.mx](mailto:mancel.flores@imss.gob.mx); y [rocio.salazar@imss.gob.mx](mailto:rocio.salazar@imss.gob.mx).

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**Atentamente,**

**Lic. Iván Javier Morales De la Cruz**  
Coordinador Homólogo Normativo y  
Enlace en la Dirección de Finanzas

Anexos: Los que se indican

17:57  
C/CD  
Anexo 5  
.../Copias al reverso

Gobernador Tiburcio Montiel No. 15, 3er. Piso, Col. San Miguel Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C. P. 11850, Tel. (55) 5238 2700, Ext. 18782, Directo 5207-4503 [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)





GOBIERNO DE  
MÉXICO



202200001  
DIRECCIÓN DE FINANZAS  
Unidad de Riesgos Financieros y Actuariales  
Coordinación de Estrategia y Planeación Financiera  
División de Políticas de Asignación Presupuestal

Of. N° 099001 6C2200/CEPF/DPAP/001/23

Ciudad de México, a 05 de enero de 2023

**Lic. Iván Javier Morales de la Cruz**

Coordinador Homólogo Normativo y  
Enlace de la Dirección de Finanzas.  
Presente

50000  
Diego Y 1/60  
15:38

Hago referencia al correo electrónico remitido por personal a su cargo, el día 29 de diciembre de 2022, relativo al Acta de Presentación de Resultados Finales y Observaciones Preliminares No. 28/CP2021 (archivo "1. Foja 1 a 8 y Credenciales.pdf"), celebrada el pasado 16 de diciembre del 2022, con motivo de la auditoría 160, denominada "Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social", así como las Cédulas de Resultados Finales (I) y el Anexo 2 del acta de referencia.

Asimismo, me refiero a lo descrito en el Resultado 1 "Planeación Estratégica del IMSS", prueba de fiscalización "B. Programa Sectorial de Salud 2020-2024" de la "Cédula de Resultados Finales" y el Anexo 2 del Acta 28/CP2021, en particular los párrafos que se describe a continuación:

**"B. Programa Sectorial de Salud 2020-2024**

"[...]

Al respecto, el IMSS no acreditó la vinculación del PIIMSS 2020-2024 con el PSS 2020-2024

[...]"

**"DESCRIPCIÓN**

**1. Planeación Estratégica**

"Con el resultado de las pruebas de fiscalización realizadas, el equipo auditor comprobó que, en 2021, el IMSS contó con el PIIMSS 2020-2024 en el que estableció los objetivos, las metas, las estrategias y las acciones puntuales para los procesos sustantivos, el cual guardó congruencia con los objetivos, las estrategias y las acciones puntuales previstas en el PND 2019-2024, sin embargo, no se vinculó con el Programa Sectorial de Salud..."

Al respecto, en el tramo de responsabilidad de la División de Políticas de Asignación Presupuestal, se aclara que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una entidad

Teléfono 21, segundo piso, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México  
Tel. 55 5238 2700, Ext. 12200. [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx) !!





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN DE FINANZAS  
Unidad de Riesgos Financieros y Actuariales  
Coordinación de Estrategia y Planeación Financiera  
División de Políticas de Asignación Presupuestal

paraestatal no sectorizada, por lo que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante correo electrónico de fecha 25 de mayo de 2020 (se adjunta en el anexo 1 para referencia), solicitó la publicación del Programa Institucional del IMSS (PIIMSS) 2020-2024 a más tardar el 15 de junio de 2020, razón por la cual dicho Programa Institucional se publicó el 18 de junio de 2020, en tanto que el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) fue publicado hasta el 17 de agosto de 2020.

Adicional a lo anterior, en lo que respecta a lo señalado en el Resultado 1, prueba de fiscalización "D. Gobernanza en materia de planeación estratégica en el IMSS", en específico el párrafo siguiente:

***"D. Gobernanza en materia de planeación estratégica en el IMSS***

[..]

*Seguimiento del PIIMSS 2020-2024*

*Concerniente al seguimiento del cumplimiento de los objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y acciones puntuales del PIIMSS 2020-2024, se verificó que la División de Proyectos de Gestión Presupuestal realizó la elaboración, integración, registro y publicación del Informe de Avance y Seguimiento del Programa Institucional del IMSS en 2021, la referida área lo integró con los reportes emitidos por cada Dirección Normativa a nivel central y los cuales, a su vez, se alimentaron por los reportes emitidos por los OOAD y las unidades administrativas, médicas y sociales, sin que la División de Proyectos de Gestión Presupuestal verificara la integridad de la información ..."*

Se considera importante precisar que el área que realizó la elaboración, integración, registro y publicación del Informe de Avance y Seguimiento del Programa Institucional del IMSS en 2021 fue la División de Políticas de Asignación Presupuestal, no así la División de Proyectos de Gestión Presupuestal, indicada en el párrafo que antecede, asimismo, en el párrafo tercero del apartado "Seguimiento del PIIMSS 2020-2024" de la "Cédula de Resultados Finales", se señala que son 113 las acciones puntuales, no obstante, se aclara que el PIIMSS 2020-2024 se conforma con 114 acciones puntuales.

Finalmente, en cuanto a lo observado en el segundo párrafo de la prueba de fiscalización "D" de referencia, el cual se transcribe para mayor referencia:

Toledo 21, segundo piso, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México  
Tel. 55 5238 2700, Ext. 12200. [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN DE FINANZAS  
Unidad de Riesgos Financieros y Actuariales  
Coordinación de Estrategia y Planeación Financiera  
División de Políticas de Asignación Presupuestal

*"...El Instituto proporcionó el documento denominado 'Relación de las áreas normativas (responsables de atención) y de los objetivos, estrategias, acciones puntuales, metas y parámetros del PIIMSS 2020-2024' que incluyó la matriz integrada con los objetivos prioritarios, el enfoque poblacional, las estrategias prioritarias, el área responsable, las acciones puntuales; así como, las metas y los parámetros; sin embargo, la IMSS no acreditó la información relacionada con los reportes de avances registrados en el SISEG-PPND... (sic)"*

Con la finalidad de aclarar lo señalado por la ASF, se remite mediante un disco compacto la información correspondiente a los reportes de avances registrados en el SISEG-PPND (anexo 2).

Lo anterior, se hace de su conocimiento, a fin de aclarar los resultados conforme lo señalado en el presente oficio.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente.

**Mtra. Beatriz Paola Rosales Zárate**  
Titular de la División

Anexos: Los indicados.

C.c.p. Mtro. Marco Aurelio Ramírez Corzo.- Titular de la Dirección de Finanzas. Para su conocimiento. (\*)  
Mtra. Mónica Alejandra Montano López. - Titular de la Unidad de Riesgos Financieros y Actuariales. Para su conocimiento. (\*)  
Act. Francisco Zarco Espinosa - Titular de la División de Información Directiva. Mismo fin. (\*)

(\*) Se envían copias a través del SICGC.

Tejedo 21, segundo piso, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México  
Tel. 55 5238 2700, Ext. 12200. [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx). II





GOBIERNO DE  
MÉXICO

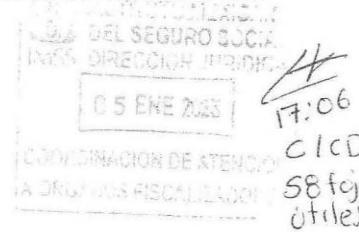


DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN  
Coordinación de Servicios Administrativos y de Mejora Continua de  
Procesos de Incorporación y Recaudación  
División de Mejora Continua de Procesos de Incorporación y  
Recaudación

Oficio N° 09 52 17 9073/ 0109 /2023

Ciudad de México, 5 de enero de 2023.

Lic. Guillermina Rivera Rendón  
Titular de la Coordinación de Atención a Órganos Fiscalizadores  
Presente.



Hago referencia al oficio DGAESCI/285/2022 mediante el cual el Director General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno en la Auditoría Superior de la Federación (ASF), remitió las cédulas de resultados finales y observaciones preliminares derivados de la Auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza del Instituto Mexicano del Seguro Social", con motivo de la revisión de la Cuenta Pública 2021.

Sobre el particular, con fundamento en el Numeral 8.6.1 del "Manual de Organización de la Dirección de Incorporación y Recaudación" (DIR), en mi calidad de enlace de la DIR del Instituto Mexicano del Seguro Social, mucho le agradeceré enviar al Ente Fiscalizador, las argumentaciones de las 5 recomendaciones y la documentación soporte de cada uno de los 36 hallazgos resultantes de la Auditoría antes referida, así como un CD que contiene la evidencia de los 36 hallazgos determinados por la ASF.

Cabe señalar que, el Titular de la Dirección General de Auditoría y Evaluación a los Sistemas de Control Interno de la ASF, Lic. José de Jesús Sosa López manifestó en la reunión celebrada el pasado 13 de diciembre de 2022 no tener inconveniente en que la DIR ajustara las recomendaciones así como los mecanismos de atención (actividades y productos), de tal forma que la normatividad permeara a la operación descentralizada.

Es así que se presenta una introducción al tema de recaudación de cuotas obrero patronales, así como los argumentos y cambios que se consideran necesarios para las cinco recomendaciones formuladas por la ASF que son competencia de la DIR.

Tokio 80 piso 3, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México  
Tel. 55 5238 2700, [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)





GOBIERNO DE  
MÉXICO



DIRECCIÓN DE INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN  
Coordinación de Servicios Administrativos y de Mejora Continua de  
Procesos de Incorporación y Recaudación  
División de Mejora Continua de Procesos de Incorporación y  
Recaudación

Sin otro particular por el momento, le envío un cordial saludo.

Atentamente.



Mtra. Gabriela Zepeta Mejía  
Titular de la División de Mejora Continua  
de Procesos de Incorporación y Recaudación

Con copia:

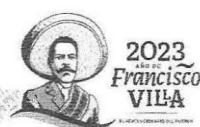
LC. Víctor Alfonso Rodríguez Reyes.- Coordinador de Servicios Administrativos y de Mejora Continua de Procesos de Incorporación y Recaudación. Presente.

Anexos: Disco compacto que contiene:

- A. Presentación del tema "32D. Opinión de cumplimiento IMSS".
- B. Presentación del tema "Reporte personalizado de Cotización al IMSS".
- C. Presentación del tema "Herramienta de planeación estratégica DATA DIR".
- D. Presentación del tema "Monitoreo de subcontratación con migración de trabajadores".
- E. Presentación del tema de la Cobranza y Fiscalización "Analítica Avanzada de Cobranza y Fiscalización".
- F. Archivo titulado "Matriz de 36 hallazgos con argumentos", que contiene los argumentos de aclaración de los 36 hallazgos competencia de la Dirección de Incorporación y Recaudación, derivados de la Auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza".
- G. Carpeta denominada "Soporte de 36 Hallazgos" que contiene el soporte documental de los argumentos de aclaración de los 36 hallazgos competencia de la Dirección de Incorporación y Recaudación, derivados de la Auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza".

MGSL

Tokio 80 piso 3, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México  
Tel. 55 5238 2700. [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)



## Hallazgos detectados por la ASF en la Auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza"

Nº.	Hallazgo detectado por ASF	Argumentos y aplicaciones	Soporte documental	
			Matriz de resultados preliminares, derivados de la Auditoría 160, denominada "Control Interno y Gobernanza"	Strategias para el desarrollo de visitas domiciliarias
1	<p>De los 11 elementos de fiscalización registrados por la DIR y las Subdelegaciones, sólo los correspondientes a la orden de visita notificada, el acta final y el acta por el cual están definidos las "estrategias para el Desarrollo de Visitas Domiciliarias" vigentes en 2021, mientras que los restantes al conciliado con liquidación, la conclusión por comprobación fiscal, y pendiente de la visita final, ejerciendo anticipada y el visto en proceso se encuentran registrados en el marco interno del IMSS, situación que reflejó áreas de oportunidad en el ejercicio de las visitas y provocó inconsistencias en la información reportada para la toma de decisiones, propiciando costos de posible discusión y pérdida de la certeza fiscal del inspectador. El ejercicio de los actos de fiscalización, incluido en el documento "Evaluación del Desempeño Operativo de la Resultaduración 2021", que consideró en su determinación las visitas con diligencia con estatus "concluida por autocorrección", "concluida por liquidación" y "concluida por liquidación solo multa".</p>	<p>En el Marco del Modelo Integral de Fiscalización, específicamente en la etapa de seguimiento a los actos de fiscalización a través de las herramientas de control y seguimiento se señala que: Las etapas de los estatus del acto de fiscalización que contiene la herramienta SIS, apoyan el seguimiento del desarrollo de los actos de fiscalización, a efecto de que éste se realice conforme a la normatividad establecida. Las estrategias para el desarrollo de visitas domiciliarias indican las situaciones concretas que se presentan en el desarrollo éstas. En ese sentido se detallan las siguientes:</p> <p>a) El <b>número 6.39</b> punto e de las estrategias para el desarrollo de visitas domiciliarias hablan del levantamiento de la última acta parcial (invierte el formato respectivo anexo e la estrategia).</p> <p>b) El <b>número 6.50</b> refiere al levantamiento del acta final y que cuando el patrón pague las diferencias, incluyéndolas a los impuestos o irregularidades detectadas, se dará por concluido el acto final (anexo formato DIR_VISITA_38 anexo a las estrategias), ahora bien en otro párrafo se señala: En virtud de que ha conseguido en su totalidad las obligaciones fiscales... en ese sentido se infiere que el efecto de corregir fiscal si está contemplado en las estrategias.</p> <p>c) Los <b>números 6.52 al 6.56</b> refieren la emisión de la resolución determinativa de créditos fiscales y en el formato de resolución DIR_VISITA_25 (anexo a las estrategias) se encuentra el asortido para la liquidación de multa, por lo que es factible emitir una resolución solo por la multa al cargo del patrón.</p>		
2	<p>La Subdelegación de Tlaxcala Guadalupe, manifestó que la DIR realizó las actualizaciones de las revisiones que se registran en el "Sistema Integral de Seguimiento" al número determinado "Seguimiento integral para el Control de Actos de Fiscalización", por lo que indicó que todas las revisiones concluidas en 2021 se regularizaron con ese estatus en el sistema, situación que no fue congruente con los estatus determinados por las Subdelegaciones de Jalisco 1 y Jalisco 2.</p>	<p>La DIR no realiza actualizaciones de las revisiones en los sistemas de seguimiento (SIS-MCAF) y no invierte a los subdelegaciones con que éstas deben regir las conclusiones de los actos, ya que no tiene facultades para ello y con las actualizaciones quienes tienen con las actuaciones y el expediente de cada revisión. Conforme al Modelo Integral de Fiscalización, las herramientas de apoyo son alimentadas por los órganos coherentes del Instituto quienes están facultados para llevar a cabo la ejecución de los actos y realizar el registro de las actuaciones realizadas en las herramientas de seguimiento y control. El tipo de conclusión que deben ultimarse es constituida por criterio de confidencialidad que en la herramienta SIS existe el antecedente de que con forma 142/2021 la subdelegación celebró Comité de Seguimiento y Evaluación de Resultados en el que se señala que el patrón se auge a la autocorrección y paga las multas detectadas por lo que la subdelegación deberá realizar la modificación en SISAC, seguidamente al proceso de revisión de institución, proporcionando el soporte necesario para justificar el cambio. Adicionalmente con fecha 04 de Octubre de 2021, se emitió la Recomendación Circular 18/2021, se emitió un Cheque list con 8 artículos, dafe del proceso de fiscalización para confrontar con la documentación reporte y en su caso corregir las inconsistencias que se detecten en el registro del desarrollo de los actos en la herramienta de control y seguimiento.</p> <p>Adicionalmente, es importante señalar que el SISAF ha diseñado para entender, sistematizar y transparentar el control y seguimiento su punto a punto de todos los actos de fiscalización en una sola herramienta.</p>		Recomendación operativa 18/2017
3	<p>La Subdelegación de Jalisco 1 no proporcionó los expedientes de 2 visitas domiciliarias que resultaron a los patrones <b>[REDACTADO]</b></p> <p>En el argumento de que los patrones no venían con la conclusión de la visita domiciliaria, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 de la LS, interpelarán al jefe de fiscalizado ante el Tribunal Federal de Justicia Administrativa, en cuya medida, se observó que la DIR registró esos actos de fiscalización con el estatus como "Concluida con Liquidación".</p>	<p>En el Marco del Modelo integral de Fiscalización, en la fase de Conclusión correspondiente a los resultados obtenidos de la Programación y Ejecución, en particular a la regularización y al resarcimiento de los derechos de los trabajadores, a la corrección fiscal y a la liquidación, se manifiesta que se conforma con los artículos 42, primer párrafo, fracción II y 42 del Código Fiscal de la Federación (CF), la Visita Domiciliaria concluye con el levantamiento del Acta Final y, en su caso, se emite la Resolución Determinante de Créditos Fiscales (Liquidación), siendo ésta la última situación de clausura o registrada del acto de fiscalización.</p> <p>Posterior a tal hecho, y de conformidad con lo dispuesto por los artículos 25, de la Ley Federal de los Derechos del Contribuyente y 50, cuarto párrafo del (FD), de aplicación supletoria de conformidad con lo dispuesto en los artículos 3, segundo párrafo y 271 de la Ley del Seguro Social, los patrones pueden interponer medios de defensa, tales como:</p> <p><b>RECURSO DE INCONFORMIDAD</b></p> <p>Los patrones pueden interponer el (o) ojetos) final(es), dentro de los 15 días hábiles siguientes a aquél en que surta efecto la que surta efecto la notificación de la Resolución, mediante Recurso de Inconformidad ante el H. Consejo Consultivo Delegacional competente del propio Instituto, conforme a lo previsto en términos de los artículos 254 de la Ley del Seguro Social y 1, 2, 3, 4, 5 y 6 del Reglamento del Recurso de Inconformidad.</p> <p><b>RECURSO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO</b></p> <p>Podrá promover directamente ante la Sala Regional del Tribunal Federal de Justicia Administrativa competente en su domicilio fiscal, Juicio Contencioso Administrativo, en la vía tradicional, a través del sistema de litisca en linea, dentro del plazo de 30 días hábiles siguientes, contados a partir de aquél en que surta efecto la que surta efecto la notificación de la resolución, de acuerdo con lo previsto en los artículos 15, párrafos primero y tercero, fracción I, inciso a), y 36-A de la Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo en combinación con el artículo 29 de la Ley del Seguro Social.</p> <p>Por lo anterior, conforme las disposiciones fiscales citadas, el último estatus que se registra es los controles del acto de fiscalización (visita domiciliaria) en "Concluida con Liquidación", cuando se hayan obtenido los resultados y se han ejecutado las sanciones y se han hecho efectivas las multas establecidas por el patrón.</p>		a) Ley del Seguro Social b) Ley Federal de los Derechos del Contribuyente c) Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo d) Reglamento del Recurso de Inconformidad e) Código Fiscal de la Federación

Informe Individual del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2021

Hallazgos detectados por la ASF en la Auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza"



Informe Individual del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2021

Hallazgos detectados por la ASF en la Auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza".

Hallazgos detectados por la ASF en la Auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza

Informe Individual del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2021

## Hallazgos detectados por la ASF en la Auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza"

Hallazgos detectados por la ASF en la Auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza".

Informe Individual del Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2021

#### Hallazgos detectados por la ASF en la Auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza"

## Hallazgos detectados por la ASF en la Auditoría 160 denominada "Control Interno y Gobernanza"

## **Apéndices**

### *Procedimientos de Auditoría Aplicados*

1. Comprobar que, en 2021, el IMSS contó con un plan o programa estratégico o sus equivalentes, en el que estableció los objetivos, las metas, las estrategias y las acciones puntuales para los procesos sustantivos; midió y dio seguimiento a dicho plan o programa; así como verificar que dicho documento se vinculó a la consecución de los objetivos y las metas previstos en el PND 2019-2024 y los programas sectoriales y especiales.
2. Verificar que, durante 2021, los órganos superiores, los comités y los órganos colegiados del IMSS, se rigieron bajo una normativa para su integración, funcionamiento e independencia y, evaluar en qué medida éstos sesionaron, se comunicaron e informaron para propiciar un funcionamiento eficiente y eficaz en la toma de decisiones oportuna.
3. Verificar que el IMSS contó con una metodología, procedimiento o mecanismo para evaluar el desempeño de los órganos de gobierno y los órganos colegiados, que permitiera medir el cumplimiento de las metas y los objetivos, y comprobar su implementación en el ejercicio 2021.
4. Verificar que, en 2021, el IMSS ejerció actividades de gobernanza, administró riesgos y estableció mecanismos de control efectivos en las actividades de implementación, asesoría, monitoreo, seguimiento y evaluación del Modelo Institucional para la Competitividad y Premio IMSS a la Competitividad, así como verificar en qué medida el modelo coadyuvó a consolidar la transformación de la cultura institucional de las unidades médicas, sociales y administrativas.
5. Verificar el seguimiento realizado por la DOE, en 2021, sobre los hallazgos determinados en las evaluaciones, las acciones correctivas o de mejora emitidas, así como las mejoras desarrolladas por los OOAD, las UMAE y los órganos operativos del IMSS.
6. Verificar que los actos de fiscalización de las oficinas a nivel central, delegaciones y subdelegaciones del IMSS, realizados durante 2021, contribuyeron a la regularización y determinación del cumplimiento de los patrones o sujetos obligados; así como a la identificación de los riesgos asociados y determinación de los controles preventivos, correctivos y, en su caso, punitivos por los posibles actos de presunta comisión de delitos de defraudación a los régimen del seguro social.
7. Verificar que, durante 2021, el IMSS implementó mecanismos de control que aseguraron que los procesos de recaudación, condonación, cancelación y créditos fiscales se realizaron conforme a lo establecido en la normativa vigente; así como evaluar que las actividades y la supervisión de las oficinas a nivel central, los OOAD y las Subdelegaciones fueron oportunas para el cumplimiento de los objetivos en materia fiscal.

8. Verificar que, en 2021, el IMSS ejerció actividades de gobernanza, administró riesgos y estableció mecanismos de control efectivos en las actividades de integración, registro, resolución, resguardo, vistas al OIC, así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas de las quejas médicas.
9. Verificar que, en 2021, el IMSS ejerció actividades de gobernanza, administró riesgos y estableció mecanismos de control efectivos en las actividades de integración, registro, resolución, resguardo, vistas al OIC, así como la aplicación de medidas preventivas y correctivas de las quejas y denuncias a servidores públicos o particulares por posibles faltas administrativas previstas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
10. Verificar que el IMSS, en 2021, diseñó e implementó un SCII integral y armonizado con lo previsto en el Acuerdo de Control Interno de la SFP y el Marco Integrado de Control Interno de México; así como comprobar que el sistema permeó y otorgó una seguridad razonable en el cumplimiento de los objetivos y las metas en las unidades que integraron al Instituto.

#### *Áreas Revisadas*

La Asamblea General, el Consejo Técnico; la Comisión de Vigilancia; la Dirección General; la Unidad de Integridad y Transparencia; la Secretaría General; los comités de Prestaciones Médicas, de Prestaciones Económicas y Sociales, de Innovación y Desarrollo Tecnológico, de Asuntos Jurídicos, de Administración, de Incorporación y Recaudación, de Evaluación de Órganos Desconcentrados y de Presupuesto; las direcciones de Administración, de Finanzas, Jurídica, de Incorporación y Recaudación, de Innovación y Desarrollo Tecnológico, de Prestaciones Económicas y Sociales, de Operación y Evaluación, de Planeación para la Transformación Institucional, y de Prestaciones Médicas; los Consejos Consultivos Delegacionales y las Juntas de Gobierno de las Unidades Médicas de Alta Especialidad; los órganos de Operación Administrativa Desconcentrada de Chihuahua y Chiapas; y las coordinaciones Técnicas de los Órganos Superiores de la Secretaría General, de Órganos Colegiados de la Secretaría General, de Competitividad Institucional, de Atención a Quejas y Casos Especiales, y de Evaluación de Incorporación y Recaudación.

#### *Disposiciones Jurídicas y Normativas Incumplidas*

Durante el desarrollo de la auditoría practicada, se determinaron incumplimientos de las leyes, reglamentos y disposiciones normativas que a continuación se mencionan:

1. Ley de Planeación: Art. 17, Frac. II; 24 y 26 Bis.
2. Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno: Art. Segundo, Disposición 9, Norma General Primera, Ambiente de Control, Principios 1, Mostrar actitud de respaldo y compromiso, Elementos de Control 1.01, 1.02, 1.03 y 1.06; Principio 3, Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad, Elementos de Control 3.01, 3.02, 3.03., y 4, Demostrar

compromiso con la competencia profesional, Elementos de Control 4.01, 4.02 y 4.03; Norma General Segunda, Administración de Riesgos, Principio 6, Definir Metas y Objetivos institucionales, Elementos de Control 6.01, 6.02, 6.03, 6.05; Principio 8, Considerar el Riesgo de Corrupción, Elementos de Control 8.01 y 8.02; Norma General Tercera, Actividades de Control, Principio 10, Diseñar Actividades de Control, Elementos de Control 10.01, 10.02 y 10.09, Principio 11, Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC's, Elementos de Control 11.01, 11.02, 11.03, 11.05, 11.06 y 11.07, y Principio 12, Implementar Actividades de Control, Elementos de Control 12.01 y 12.02; Norma General Cuarta, Información y Comunicación, párrafo tercero, Principio 14, Comunicar Internamente, Elemento de Control 14.04; Norma General Quinta, Supervisión y Mejora Continua, Principio 16, Realizar actividades de supervisión, Elemento de Control 16.09; Título Cuarto, Capítulo I, Numeral 32, Frac. I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII.

3. Otras disposiciones de carácter general, específico, estatal o municipal: Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social, numeral 8.1.10, funciones sustantivas 1, 3, 4 y 6.

Manual de Organización de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional, numerales 7.1.1, numerales 10, 7.1.3.2 y 7.1.3.3, función sustantiva 2.

Manual de Organización de la Dirección de Finanzas del Instituto Mexicano del Seguro Social, numeral 7.1.3.2.2, funciones 1, 2 y 3.

Manual de Organización de la Secretaría General del Instituto Mexicano del Seguro Social, numeral 14, función sustantiva 7.1 "Secretaría General".

Manual de Organización de la Unidad de Integridad y Transparencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, numerales 7.1, función 4, y 7.1.2, función 1.

Norma que establece las disposiciones para la implementación y mantenimiento del Modelo Institucional para la Competitividad, Art. 6, numeral 6.32.

Manual de Organización de la Dirección de Operación y Evaluación, apartado 5 "Políticas", política 5.6, y 7 "Funciones Sustantivas", Subapartado 7.1 "Dirección de Operación y Evaluación", Numeral 3.

Norma para elaborar, actualizar, autorizar, aprobar y registrar, los manuales de organización, los manuales de funcionamiento específico y los manuales de integración y funcionamiento de comités o comisiones del IMSS, Numerales 7.1.5, 7.1.6 y 7.1.7.

Marco Integrado de Control Interno, Componente Ambiente de Control, Principios 1, Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso, puntos de interés 1.01, 1.02, 1.03, 1.04 y 1.05; 8, Considerar el Riesgo de Corrupción; y 10, Diseñar Actividades de Control;

Componente Información y Comunicación, Principio 14, Comunicar Internamente, punto de interés 14.05.

Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, Arts. 69, Frac. XXII, Art. 71, Frac. I, 76, Frac. VII, IX y XIV, 93, Frac. IX y XII, y 120, Frac. IX y XII.

*Fundamento Jurídico de la ASF para Promover Acciones y Recomendaciones*

Las facultades de la Auditoría Superior de la Federación para promover o emitir las acciones derivadas de la auditoría practicada encuentran su sustento jurídico en las disposiciones siguientes:

Artículo 79, fracciones II, párrafo tercero, y IV, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículos 10, fracción I, 14, fracción III, 15, 17, fracción XV, 36, fracción V, 39, 40, de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.