



DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO K012

“PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA SOCIAL DE ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL”

Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica

Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria

Noviembre 2019





DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO K012

“PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA SOCIAL DE ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL”

1. Antecedentes	4
2. Identificación, definición y descripción del problema.....	5
2.1 Definición del problema.....	5
2.2 Estado actual del problema.....	5
2.3 Evolución del problema.....	9
2.4 Experiencias de atención.....	10
2.5 Árbol del problema.....	10
3. Objetivos.....	11
3.1 Árbol de Objetivos.....	11
3.2 Determinación de los objetivos del programa.....	12
3.3 Aportación del programa a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024 y de la Institución.....	12
4. Cobertura.....	14
4.1 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque potencial.	14
4.2 Identificación y caracterización de la población o área del enfoque objetivo.	15
4.3 Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo.....	15
4.4 Frecuencia de actualización de la población o área de enfoque potencial y objetivo.....	16
5. Análisis de alternativas.....	17
6. Diseño del programa propuesto o con cambios sustanciales.	19
6.1 Modalidad del programa.....	19
6.2 Diseño del programa.....	19
6.2.1. Prevenciones para la integración y operación del padrón de beneficiarios.	23
6.3 Matriz de indicadores de resultados.....	25
7. Análisis de similitudes o complementariedades.....	27
8. Presupuesto.....	28
8.1 Impacto presupuestario y fuentes de financiamiento.....	28







1. Antecedentes

La Ley General de Desarrollo Social y el Estatuto Orgánico del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) tienen por objeto normar y coordinar la evaluación de las Políticas y Programas de Desarrollo Social que ejecuten las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF).

En ese sentido, y con base en los Lineamientos Generales para la elaboración de diagnósticos emitidos por la Secretaría de Desarrollo Social (SeDeSol) y los elementos mínimos a considerar en la elaboración de diagnósticos de programas nuevos, emitido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), así como en la Metodología de Marco Lógico (MML), el presente documento describe el diagnóstico del problema, así como la identificación y cuantificación de las poblaciones que atiende el Programa presupuestario K012 “Proyectos de Infraestructura Social de Asistencia y Seguridad Social” (Pp K012).

Este documento es resultado de las aportaciones realizadas por las Unidades Responsables (UR) de la operación del Programa presupuestario K012, la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica adscrita a la Dirección de Prestaciones Médicas y la Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria adscrita a la Dirección de Administración del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS o Instituto), y la Unidad de Evaluación, representada por la Coordinación Técnica Programática y de Evaluación de Desempeño (CTPED) del IMSS.

En el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) para el Ejercicio Fiscal 2016, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) emprendió una revisión de objetivos y alcances de los Programas presupuestarios de la APF con el objetivo de identificar posibles complementariedades, similitudes o duplicidades, a fin de llevar a cabo fusiones, re sectorizaciones o eliminaciones de los programas, en aras de mejorar la eficiencia y la eficacia de la ejecución del gasto público.

Por tal motivo, se define la población potencial del Programa presupuestario K012 “Proyectos de Infraestructura Social de Asistencia y Social” (Pp K012), son todos los derechohabientes inscritos en el IMSS.

El Programa presupuestario K012 “*Proyectos de Infraestructura Social de Asistencia y Social*” (Pp K012), está clasificado programáticamente bajo la modalidad “K” Proyectos de Inversión, debido a que está encaminado a dar una mayor oportunidad en la atención curativa, quirúrgica, hospitalaria y de rehabilitación a los derechohabientes.





2. Identificación, definición y descripción del problema.

2.1 Definición del problema.

El problema identificado y que se atiende por las coordinaciones responsables, es:

Falta de infraestructura que responda a las necesidades de atención médica de la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

2.2 Estado actual del problema.

Se han establecido cuatro puntos como los más significativos para nuestra área de competencia institucional, sin embargo no excluyen la presencia de otros factores que al ser ajenos a nuestra competencia no se han incluido; los cuales son:

- a. Población.
- b. Incidencias.
- c. Rezago en la necesidad de Infraestructura.
- d. Senescencia de la infraestructura.

a. Población.

Para el año 2019 en el mes junio, la DIR reporta una población adscrita al IMSS de 58, 3353,628 derechohabientes y de Población adscrita a Médico familiar de 51, 033,361, con una tasa de crecimiento anual de 3.35 %.

b. Incidencias.

Según la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales a través de la División de Control de Seguros, como responsable de la implantación, operación y seguimiento del Plan de Atención de Emergencias y Desastres, tanto de las Unidades Administrativas como Médicas en el IMSS, generados por los sismos de septiembre de 2017, teniendo diversas afectaciones en los inmuebles de las Delegaciones de Puebla, Morelos, Estado de México, Oaxaca, Chiapas, Veracruz y Ciudad de México como las más afectadas, con un total de 756 inmuebles dañados, sin omitir el resto de la infraestructura hospitalaria de respaldo, de acuerdo a lo indicado en la siguiente tabla:





Número de inmuebles afectados por los sismos de 2017

Inmuebles Afectados	
DF Sur	89
DF Norte	88
Puebla	67
Morelos	51
Nivel Central	25
Veracruz Sur	67
Estado de México Poniente	59
H. General La Raza	2
Oaxaca	28
Chiapas	27
Estado de México Oriente	81
Resto de delegaciones y UMAES	172
TOTAL	756

Fuente: Elaboración propia con datos CARI

c. Rezago en la necesidad de Infraestructura.

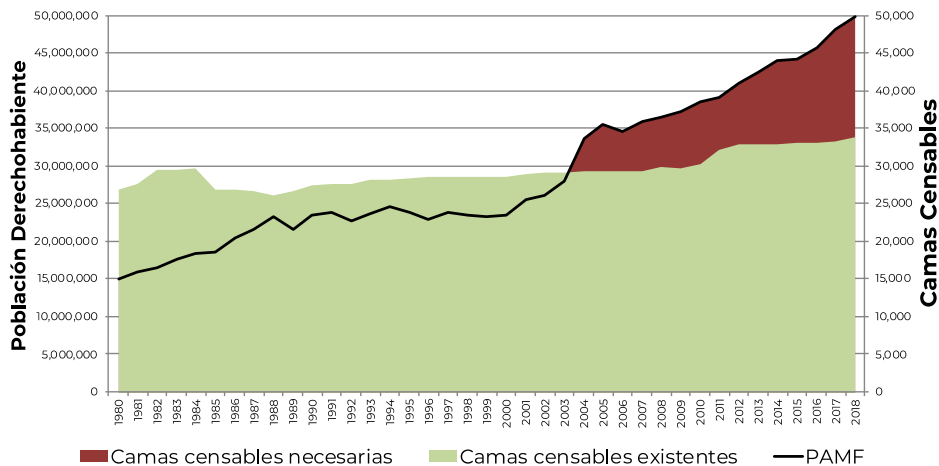
Se consideran los siguientes puntos relevantes:

- Crecimiento de la población con poco crecimiento de infraestructura.

El número de unidades de atención médica no ha crecido de la manera como se ha incrementado la población derechohabiente.

En la siguiente gráfica (Gráfico 1) es posible observar el crecimiento constante de la población derechohabiente (PDH), así como el bajo incremento de las camas censables del instituto, por lo que, a partir del año 2003, se rebasa el punto de equilibrio y las camas censables dejaron de ser suficientes para la PDH existente.

Camas censables respecto a la población adscrita a Médico Familiar 1980-2018



Fuente: Elaboración CTIM con datos de: Informes de Gobierno anuales, IFU.





o Carencia de terrenos viables.

La viabilidad de contar con predios que cuenten con las condiciones adecuadas para el desarrollo de los inmuebles institucionales, los cuales deben cumplir con los siguientes elementos:

- Superficie para el desarrollo de la infraestructura requerida en la localidad.
- Deben estar contemplados dentro de los planes o Programas de Desarrollo Urbano, Municipales, Estatales o Federales.
- Ubicarse a una distancia mayor a 1,500 metros de rastros, pesquerías, depósitos de basura, plantas de tratamiento, depósitos de combustibles, químicos o productos inflamables.
- Estar a una distancia mayor a 500 metros de ductos en los que fluyan combustibles (gasoductos, oleoductos, etc.), instalaciones industriales de alta peligrosidad, bares, cantinas y centros de reunión que pudieran afectar la imagen Institucional y operación del inmueble.
- Contar con infraestructura urbana (banquetas, guarniciones y calles o vialidades pavimentadas) y de servicios públicos (agua potable, drenaje, alcantarillado, energía eléctrica, telefonía, alumbrado público, transporte público y recolección de basura).
- Ser preferentemente rectangulares.
- Contemplar al menos dos frentes.
- Con topografía plana, con una pendiente menor al 5% en cualquier sentido.
- Que no sean depresiones, márgenes de ríos o arroyos, planicies de inundación y abanicos aluviales.
- Para las costas de Baja California, Nayarit, Jalisco, Colima, Guerrero, Oaxaca, Tabasco y Chiapas, deben ser predios que se ubiquen a 10 msnm o a 1 km. de distancia de la línea costera.
- Estar fuera de fallas geológicas activas o inactivas, así como zonas de peligro de deslizamientos del suelo y donde haya existido o exista explotación de minas.
- Ubicarse fuera de los límites de influencia de campos de aviación.
- Estar fuera de áreas de relleno o depósitos provenientes de residuos (desechos) industriales, sanitarios, químicos, petroleros, escombros, basura y cementerios.
- Alejados del radio de afectación de operación o desastre provocados por industrias que operen productos radioactivos.
- Tenga una superficie menor de un 5 a 10 % de masas arbóreas.





- Que estén ubicados lo más cercano posible al centro de la población, localidad o ciudad, a la que se prestara el servicio.
- Los predios seleccionados deben estar validados por la SEMARNAT.

d. Senescencia de la infraestructura.

Debido a que son unidades que se encuentran en operación con más de 25 y 30 años., desde la Instauración del IMSS en 1943 ha contado con diversos inmuebles que inicialmente eran donaciones o comodato, en lo que se desarrollaba la infraestructura institucional, aunado a que los nuevos estándares constructivos, operativos y administrativos han evolucionado, los inmuebles con más de 25 años no son operables y teniendo una gran deficiencia en la atención que se proporciona a los derechohabientes.

Actualmente el Instituto cuenta con 1,811 Inmuebles, de los cuales 284 son Hospitales y 1,516 son Unidades de Medicina Familiar y 11 son unidades de apoyo. Más del 70% de los inmuebles tienen más de 30 años en operación.





2.3 Evolución del problema.

Población:

Inversión de la pirámide poblacional.

En consecuencia positiva de la atención médica a los derechohabientes y al seguimiento de los indicadores de oportunidad, calidad, eficiencia, entre otros; la inversión de la pirámide poblacional, ha generado una disminución de los nacimientos, y aumento en el número de años promedio, como esperanza de vida reportado en 77.12 años (INEGI, 2016).

La población potencial que deberemos atender, en base a una proyección establecida en un análisis de los cinco años previos; es decir del 2014 al 2019.

Con diferencias significativas en su crecimiento, en la media, presenta un crecimiento promedio 3.35 % anual; como se observa en las siguientes tablas:

Población derechohabiente del IMSS 2014 a 2019 y proyección a 2024

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019(*)
Población	51,945,265	53,465,191	53,300,386	55,279,492	56,547,124	51,033,361

(*) Población Adscrita a Unidad de Medicina Familiar,

Fuente: Reporte Dirección de Incorporación y Recaudación, junio 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019.

Por instrucciones de la Dirección de Prestaciones Médicas, la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica, realiza su análisis y proyección con las cifras de población derechohabiente emitidas por la Coordinación de Administración de Recursos Institucionales (CARI), cuyas cifras son:

Año	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Población	49,002,044	48,971,175	50,349,306	51,008,183	51,651,040	52,275,065

Inclusión de grupos a la derechohabiencia.

El IMSS ha incluido grupos a la derechohabiencia; tales como:

- Población estudiantil.
- Trabajadoras del hogar.
- Afiliación independiente.
- Atención de la emergencia obstétrica.
- Desarrollo de centros de trabajo no identificados.
- Inclusión de población inmigrante a los centros laborales.





2.4 Experiencias de atención.

La necesidad de infraestructura física de unidades médicas para atender a la población usuaria de estos servicios se ha acentuado en los últimos años. Esto debido a que el número de unidades médicas que brindan esta atención no ha crecido al ritmo que lo ha hecho la población. En el año 2004 se tenía un total de 1,784 unidades médicas en servicio; sin embargo, para 2018 este número aumentó a tan solo 1,800 unidades, lo que representa un crecimiento promedio anual de 0.06% durante ese periodo; en contraste, en este mismo lapso, la población derechohabiente aumentó en 2.9% en promedio en cada año.

En promedio anual, en 2004 se atendían 18,771 usuarios por unidad médica, este indicador aumentó a 27,154 en 2018, lo que representa un incremento de 37% en la demanda de atención en las unidades médicas.

El número de unidades médicas por 1,000 derechohabientes usuarios se redujo en 31% al pasar de 0.053 en 2004 a 0.037 en 2018.

El estancamiento en el crecimiento del número de unidades médicas propicia que se incremente el diferimiento en la atención médica, que aumente el tiempo de estancia en los servicios de urgencias (al no contar con camas disponibles para hospitalizar a los pacientes que lo requieren), que se incrementen las complicaciones de los padecimientos por la falta de atención oportuna; que se aumenten las infecciones nosocomiales, entre otras complicaciones.

2.5 Árbol del problema.

El árbol de problemas, en base a la Metodología del Marco Lógico establecido en la Guía para el Diseño de la Matriz de Indicadores para Resultados; se construyó el siguiente Árbol de Problemas en conjunto la Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria y la Coordinación de Infraestructura Médica, para definir el problema como se indica a continuación:

ÁRBOL DEL PROBLEMA				
EFECTOS	Desigualdad en el acceso a los servicios de salud			
	Insatisfacción del derechohabiente.			
	Inoportunidad en la atención a la salud.		Aumento de complicaciones médicas.	
PROBLEMA	Infraestructura médica insuficiente e inadecuada para el derechohabiente			
CAUSAS	Aumento de la población.	Incidencias.	Rezago en el fortalecimiento de infraestructura.	Senescencia de la infraestructura.
causa raíz 1	Inversión de la pirámide poblacional.	Sismos.	Carencia de terrenos viables.	Unidades de más de 30 años.
causa raíz 2	Inclusión de grupos a la derechohabiencia.	Sustitución de inmuebles no institucionales.	Priorizar el Desarrollo de Nueva Infraestructura.	Conservación insuficiente.

Fuente: Elaboración propia





3. Objetivos.

3.1 Árbol de Objetivos.

Se ha definido como objetivo de este programa presupuestario:

Planear la infraestructura médica a nivel nacional, priorizando la inversión con una visión integral para garantizar en cada proyecto el cumplimiento de los requerimientos del Área Médica, que les permita otorgar adecuadamente los servicios de atención a la salud y satisfacer las necesidades de los derechohabientes.

Para ello se identificarán las condiciones de la infraestructura médica actual, en proporción a la necesaria, en base al objetivo establecida en el “Diagnóstico y Plan de Trabajo de la Dirección de Prestaciones Médicas 2018 -2024” para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El objetivo es contar con infraestructura médica suficiente y adecuada para atender las necesidades de salud de los derechohabientes.

ÁRBOL DE OBJETIVOS				
EFFECTOS	Acceso efectivo a los servicios de salud.			
	Satisfacción del derechohabiente.			
	Oportunidad en la atención a la salud.		Disminución de complicaciones médicas.	
PROBLEMA	Infraestructura médica suficiente y adecuada para el derechohabiente			
CAUSAS	Aumento de la infraestructura en proporción de las necesidades de la población.	Identificara inmuebles de riesgo.	Fortalecimiento y construcción de nueva infraestructura.	Sustitución de infraestructura a no vigente.
causa raíz 1	Identificación y atención oportuna al derechohabiente.	Reemplazo de inmuebles en riesgo.	Compra o recepción en donación de terrenos viables.	Remodelación de unidades viables de actualizar.
causa raíz 2	Planear el ingreso de nuevos grupos de derecho habientes.	Sustitución de inmuebles no institucionales.	Priorizar el Desarrollo de nueva Infraestructura.	Diseñar y Desarrollar el plan de conservación de inmuebles.

Fuente: Elaboración propia





3.2 Determinación de los objetivos del programa.

- Caracterizar y dimensionar la infraestructura médica necesaria para responder a las necesidades de la población derechohabiente.
- Identificar y atender de manera oportuna de las enfermedades crónicas degenerativas Planeación de la inclusión de nuevos grupos de derechohabientes.
- Identificar y reemplazar inmuebles en riesgo.
- Priorizar de manera fundamentada el desarrollo de nueva infraestructura.
- Reducir el rezago en la necesidad de infraestructura física.
- Considerar la compra de terrenos viables en donde no sea posible obtener donación de terrenos que cumplan con los criterios técnicos y normativos institucionales.
- Consolidar la infraestructura hospitalaria disponible y en operación, realizando las ampliaciones y remodelaciones necesarias.
- Sustitución de la infraestructura no vigente.
- Diseñar y Desarrollar el Plan de conservación de inmuebles.

3.3 Aportación del programa a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024 y de la Institución.

El Programa presupuestario K012 “Proyectos de Infraestructura Social de Asistencia y Social”, está alineado al Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024 en el Eje Rector, objetivo y líneas de acción descritas en la siguiente tabla.

De conformidad con su misión, el Instituto Mexicano del Seguro Social es el encargado de garantizar el derecho a la protección de la salud a los derechohabientes, en concurrencia con las entidades federativas del país, contribuyendo al desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud y el acceso universal a servicios integrales de alta calidad que respondan a las expectativas de la derechohabiencia, ofreciendo oportunidades de avance profesional, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos y una amplia participación ciudadana.

Para el PPEF 2020 la Estructura Programática considera este Programa presupuestario sin modificaciones en su estructura programática.

A nivel de Fin el objetivo del programa es contribuir al bienestar social e igualdad mediante el desarrollo de infraestructura médica suficiente y adecuada, lo cual es consistente con las metas y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019 - 2024, como se detallan en el Cuadro siguiente:





Alineación del programa K012 al Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024

Ramo/sector	Finalidad (FI)	Función (FU)	Sub Función (SF)	Actividad Institucional (AI)	Programa Presupuestario	Denominación
GYR Instituto Mexicano del Seguro Social.	2 Desarrollo Social.	3 Salud.	2 Prestación de servicios de Salud a la Persona.	4 Oportunidad en la atención curativa, quirúrgica, hospitalaria y de rehabilitación.	K012.	Proyectos de infraestructura social de asistencia y seguridad social.

Fuente: Elaboración propia





4. Cobertura.

4.1 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque potencial.

Se define la población potencial como los derechohabientes inscritos en el IMSS, esta población se encuentra adscrita al mes de Junio del 2019 a Unidad de Medicina Familiar, en una de las 36 delegaciones del país.

La definición de esta población se encuentra en el artículo 6 de la Ley del Seguro Social, estableciendo la seguridad social en dos tipos:

Régimen obligatorio:

Impone al patrón a afiliar a sus trabajadores al IMSS su financiamiento es tripartito, porque las contribuciones provienen de los patrones, el Estado y los propios trabajadores, sus ramos de aseguramiento son riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y guarderías y prestaciones sociales.

El artículo 11, de la LSS establece que los seguros comprendidos en el régimen obligatorio son:

I. Riesgos de trabajo.

II. Enfermedades y maternidad.

III. Invalidez y vida.

IV. Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

V. Guarderías y prestaciones Sociales.

Régimen voluntario:

Por su parte, el régimen voluntario permite incorporar al régimen obligatorio a los trabajadores en industrias familiares y a los trabajadores independientes, como los profesionales, comerciantes, artesanos y trabajadores no asalariados, a los trabajadores domésticos, ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios, entre otros.

Las prestaciones médicas institucionales han contribuido a mejorar la salud a través de campañas, pláticas y dando atención médica a población trabajadora, pensionados y jubilados.



4.2 Identificación y caracterización de la población o área del enfoque objetivo.

Régimen ordinario: Son los derechohabientes adscritos en el IMSS, aquellos en que el patrón está obligado a afiliar a sus trabajadores; su financiamiento es tripartito, debido a que las aportaciones provienen de los patrones, los trabajadores y el Estado.

Régimen voluntario: En este se incorporan los trabajadores en industrias familiares o independientes, así como los profesionales, comerciantes, artesanos y trabajadores no asalariados, trabajadores domésticos, ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios, entre otros

4.3 Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo.

La población objetivo para este trabajo, se establece en el reporte de Población Adscrita del mes de junio del 2019, publicado regularmente por la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).

Población adscrita a la unidad y a médico familiar por Delegación en el 2019

Número	Delegación	Población adscrita a la Unidad	Población adscrita a Medico Familiar
1	Aguascalientes	912,928	818,236
2	Baja California	2,258,012	2,003,910
3	Baja California Sur	501,831	444,993
4	Campeche	374,324	317,534
5	Coahuila	2,386,299	2,224,111
6	Colima	437,999	397,269
7	Chiapas	885,778	718,089
8	Chihuahua	2,468,532	2,193,792
10	Durango	883,153	783,021
11	Guanajuato	2,755,371	2,417,676
12	Guerrero	746,474	625,244
13	Hidalgo	880,331	758,928
14	Jalisco	4,828,863	4,352,617
15	Edo Méx Oriente	4,647,322	4,129,301
16	Edo Méx Poniente	2,368,949	2,109,955
17	Michoacán	1,543,205	1,335,347
18	Morelos	795,117	729,712
19	Nayarit	552,993	498,802
20	Nuevo León	4,096,646	3,607,956
21	Oaxaca	753,372	607,710
22	Puebla	1,983,516	1,587,561
23	Querétaro	1,361,913	1,190,330
24	Quintana Roo	997,819	878,363
25	San Luis Potosí	1,303,062	1,183,988
26	Sinaloa	1,853,887	1,615,384
27	Sonora	1,800,905	1,594,852
28	Tabasco	736,061	611,601
29	Tamaulipas	2,066,235	1,907,037
30	Tlaxcala	459,942	393,254
31	Veracruz Norte	1,670,716	1,427,525
32	Veracruz Sur	1,168,445	100,8311





33	Yucatán	1,129,739	988,386
34	Zacatecas	635,781	545,468
35 / 36	D.F Norte	2,579,020	2,076,836
37 / 38	D.F. Sur	3,528,374	2,950,262
TOTAL		58,353,628	51,033,361

Fuente: DIR

4.4 Frecuencia de actualización de la población o área de enfoque potencial y objetivo.

La población se actualiza por la DIR mensualmente, cuya publicación se puede encontrar en la página del IMSS, cuya liga es:

<http://datos.imss.gob.mx/mapas-interactivos>





5. Análisis de alternativas

Adecuar la infraestructura a las necesidades de la población.

- Identificación y atención oportuna de las enfermedades crónicas degenerativas:

Esta actividad es ampliamente trabajada por la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel (CAISPN) de manera colaborativa con la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica (CVE) cuyo seguimiento se genera a través de los indicadores de desempeño, contenidos en diversos documentos médicos y administrativos, como el Manual Metodológico de Indicadores Médicos (MMIM) que se publica anualmente por la DIS, trabajado de manera colaborativa por las Unidades, Coordinaciones y Divisiones de la Dirección de Prestaciones Médicas.

Identificar inmuebles en riesgo.

- Reemplazar inmuebles en riesgo:

De acuerdo a los sismos de septiembre de 2017, se tuvieron diversas afectaciones en los inmuebles de las Delegaciones de Puebla, Morelos, Estado de México, Oaxaca, Chiapas, Veracruz y Ciudad de México como las más afectadas, con un total de 756 inmuebles dañados, sin omitir el resto de la infraestructura hospitalaria de respaldo del IMSS.

- Priorizar la sustitución de inmuebles no institucionales:

Debido a que la gran mayoría de los inmuebles arrendados no fueron edificados con el fin de ser unidades médicas se requiere la sustitución de estos en predios, implementando las nuevas tecnologías sustentables y espacios con funciones adecuadas cumpliendo con las especificaciones institucionales, nacionales e internacionales, según apliquen y con esto garantizar que los Inmuebles sean seguros promoviendo entre los trabajadores, derechohabientes y la entorno de la comunidad el cuidado a la salud, la detección oportuna de enfermedades; así como la identificación y manejo de los factores de riesgo de los derechohabientes.

Reducir el rezago en la necesidad de infraestructura física.

- Considerar la compra de terrenos viables:

Se requiere que se tenga la posibilidad de adquirir los predios para así poder contar con una mejor ubicación de estos, que cuenten con servicios e infraestructura urbana, se ubique el Inmueble que se va a desarrollar, dentro de la zona donde se requiere el servicio, reduciendo los costos y tiempo del personal que labore en él, facilitando el acceso a los derechohabientes y que la Infraestructura Institucional se desarrolle a menor costo, garantizando ahorros energéticos y operacionales.





- Priorizar de manera fundamentada el desarrollo de nueva infraestructura:

Tomando en consideración el terreno, los impactos urbanos identificados y las medidas de mitigación propuestas tendrán un Resultado Favorable para la Infraestructura Institucional considerando que una vez implementadas las normatividades correspondientes, cuenta con un amplio potencial para mejorar las condiciones de algunos factores prevalecientes, como son:

- Mejoramiento de la zona en la que se localiza el predio por lo que la construcción y operación del proyecto no modificará las condiciones naturales actuales de la zona.
- La construcción de los Inmuebles no representarán impactos negativos ambientales que sean significativos, por el contrario esta obra generará beneficios a nivel social, urbano y de servicios.
- La implementación de áreas verdes contempladas en los Inmuebles, propiciarán una armonía ambiental y visual, ofreciendo una mejor calidad de vida a los futuros trabajadores y derechohabientes.

Sustitución de la infraestructura no vigente.

- Remodelación de unidades viables de actualizar.

Tomando en consideración los inmuebles que sean susceptibles de remodelar, tendrán un Resultado Favorable para la Infraestructura Institucional considerando que ya se cuenta con la estructura inicial y los espacios internos serían los susceptibles a adecuar para cumplir con las normatividades correspondientes, debido a que se cuenta con un amplio potencial para mejorar las condiciones, como son:

- Mejoramiento de la zona en la que se localiza el predio por lo que la remodelación y operación del proyecto no modificará las condiciones actuales de la zona.
 - No representarán impactos negativos ambientales que sean significativos, por el contrario esta obra generará beneficios a nivel social, urbano y de servicios.
- Mejorar la conservación de los inmuebles.

Para contar con una buena conservación de los Inmuebles, se implementa un programa de mantenimiento anual de la Infraestructura Institucional para que se garantice que los materiales y equipos que se integren en los Inmuebles, tengan una vigencia por lo menos de 20 años en el mercado. Y así poder garantizar la integridad de los trabajadores y dar un buen servicio a los derechohabientes.





6. Diseño del programa propuesto o con cambios sustanciales.

6.1 Modalidad del programa.

El Programa presupuestario K012, "Proyectos de Infraestructura Social de Asistencia y Social", está clasificado programáticamente bajo la modalidad "K" Proyectos de Inversión, debido a que está encaminado a dar una mayor oportunidad en la atención curativa, quirúrgica, hospitalaria y de rehabilitación a los derechohabientes.

6.2 Diseño del programa.

Los indicadores definidos por la Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria (CII) y la Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica (CPIM), para este programa son:

- Tasa de consultorios por población derechohabiente del IMSS.
- Índice de camas censables.
- Índice de obras concluidas.
- Índice de Presupuesto ejercido en el período.

Tasa de consultorios de Medicina Familiar por cada mil derechohabientes.

Mide la razón del número de consultorios de Medicina Familiar en operación en las Unidades Médicas del IMSS por cada mil derechohabientes adscritos al IMSS, lo que permite conocer el número de consultorios por derechohabiente adscrito respecto a los requerimientos del Instituto. La meta es tener un consultorio para cada seis mil derechohabientes, es decir 0.167 por 1000 derechohabientes.

Cuyo cálculo se podrá describir de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Número de consultorios de medicina familiar en operación en el período } t}{\text{Total de población derechohabiente adscrita en el período } t} \times 1,000$$

Para su cálculo, se consultan las fuentes oficiales del IMSS:

El numerador se toma el Inventario Físico de Unidades (IFU) el cual se encuentra a cargo de la División de Información en Salud (DIS), de la Coordinación de Planeación en Salud (CPS) y Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud (UEIPS), de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM); reportado al mes de junio del año en análisis reportado.

El denominador se toma del registro proporcionado por la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales (CARI).





Se define la tasa de consultorios de Medicina Familiar por cada 1,000 derechohabientes, ha sido establecida por la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), como un indicador de Evaluación del desempeño.

Para la programación de metas de los años 2019 y 2020, se tomaron datos para el numerador a junio de los años 2018 y 2019, para el denominador se tomaron los datos emitidos por la CARI.

Índice de camas censables por mil derechohabientes.

Mide la razón del número de camas censables en operación en las Unidades Médicas del Segundo y Tercer nivel de atención del IMSS por cada mil derechohabientes, lo que permite conocer las características en infraestructura respecto a los requerimientos del Instituto.

$$\frac{\text{Número de camas censables en operación en el período t}}{\text{Total de población derechohabiente en el período t}} \times 1,000$$

Para su cálculo, se consultan las fuentes oficiales del IMSS:

El numerador se toma el Inventario Físico de Unidades (IFU) el cual se encuentra a cargo de la División de Información en Salud (DIS), de la Coordinación de Planeación en Salud (CPS) y Unidad de Educación, Investigación y Políticas en Salud (UEIPS), de la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM); reportado al mes de junio más reciente reportado.

El denominador se toma del registro proporcionado por la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales (CARI).

La asignación de 1,000 derechohabientes usuarios adscritos a Unidad de Medicina Familiar, ha sido establecida por la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), como un indicador de Evaluación del desempeño.

Para la programación de metas de los años 2019 y 2020, se tomaron datos para el numerador a junio de los años 2018 y 2019, para el denominador se tomaron los datos emitidos por la CARI.

La población registrada para el 2019 es de 49, 002,044 derechohabientes y para el 2020 es de 49, 670,756 derechohabientes.





Índice de consultorios por población derechohabiente del IMSS.

Índice 2019

Numerador: Suma de los 7,529 consultorios de Medicina Familiar a junio del 2018, 96 consultorios autorizados en el año, más 117 consultorios en proceso, en espera de concluirse por obra nueva o ampliación al cierre del 2019, con un total de 7,742 consultorios.

Denominador: Población reportada por la CARI al 2019 de 48, 971,175 derechohabientes.

Resultado que se multiplica por 1,000; reportando un índice al 2019 de 0.158

Índice 2020

Numerador: Suma de los 7,742 consultorios de Medicina Familiar esperados al cierre del año 2019, más 107 consultorios en proceso, en espera de concluirse por obra nueva o ampliación al cierre del 2020, con un total de 7,849 consultorios.

Denominador: Población reportada por la CARI al 2020 de 49, 670,756 derechohabientes.

Resultado que se multiplica por 1,000; reportando un índice al 2020 de 0.147



Índice de camas censables.

Índice 2019

Numerador: Suma de las 33,668 camas censables de segundo y tercer nivel más 514 camas censables autorizadas a junio del 2019, no se espera autorizar más recursos por obra nueva o ampliación-remodelación al cierre del 2019, con un total de 34,182 camas censables.

Denominador: Población reportada por la CARI al 2019 de 48, 971,175 derechohabientes.

Resultado que se multiplica por 1,000; reportando un índice de 0.698

Índice 2020

Numerador: Suma de las 34,182 camas censables de segundo y tercer nivel, más 514 camas censables autorizadas a junio del 2019, más 680 camas en proceso, en espera de concluirse por obra nueva o ampliación al cierre del 2020, con un total de 34,862 camas censables.

Denominador: Población reportada por la CARI al 2020 de 49, 670,756 derechohabientes.

Resultado que se multiplica por 1,000; reportando un índice de 0.702

Índice de obras concluidas respecto al programa de obras y su equipamiento.

Mide la cantidad de Unidades Médicas que se concluyen y se ponen en operación de acuerdo a las Unidades Médicas autorizadas en el Programa Anual de Obras, lo que permite conocer el incremento de servicios médicos proporcionados, de acuerdo a los requerimientos del Instituto.

Sumatoria de obras concluidas al período t

X 1,000

Total de obras consideradas en el Programa Anual de Obras para concluir al período t

Índice de obras concluidas respecto al programa de obras.

Mide la cantidad de presupuesto ejercidos para el desarrollo de las obras Unidades Médicas, de acuerdo al presupuesto autorizado en el programa anual de obras y su equipamiento, de acuerdo a los requerimientos del Instituto.

Presupuesto ejercido al período t

X 1,000

Presupuesto programado al período t





6.2.1. Previsiones para la integración y operación del padrón de beneficiarios.

Derivado de la diversidad de poblaciones objetivo de cada uno de los componentes del Programa presupuestario K012 y de la autonomía de los sistemas de información en los que se realiza un padrón de beneficiarios de los servicios de salud, para construir una base de datos integral.





No obstante, el padrón de beneficiarios se define como el subconjunto de la población potencial que el programa público propone atender en el corto, mediano plazo o largo plazo, teniendo en cuenta las restricciones presupuestales e institucionales actuales y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en la normatividad; De esta forma, el padrón de beneficiarios del Programa presupuestario K012 son los derechohabientes que tienen acceso a seguridad social y a los servicios de salud a través de su afiliación al IMSS.





6.3 Matriz de indicadores de resultados.

Indicadores	Método de cálculo	Unidad de medida	Supuestos
FIN			
1.1 Esperanza de vida al nacer.	Se obtiene mediante la utilización de la tabla de vida actuarial del IMSS. El procedimiento de cálculo está disponible en: http://11.33.41.38:90/portal/aplicaciones .	Años	La población derechohabiente del IMSS demanda y utiliza la infraestructura médica desarrollada.
PROPÓSITO			
2.1 Porcentaje de camas censables respecto a los requerimientos del IMSS.	(Número de camas censables existentes en el período t / Número de camas censables requeridas en el período t) x 100.	Camas	La infraestructura médica se ejecuta por las empresas contratistas de manera oportuna.
2.2 Porcentaje de consultorios de medicina familiar respecto a los requerimientos del IMSS.	(Número de consultorios de medicina familiar existentes en el período t / Número de consultorios de medicina familiar requeridos en el período t) x 100.	Consultorios	
COMPONENTE			
3.1 Porcentaje de obras concluidas respecto al Programa de Obras y su equipamiento del IMSS.	(Sumatoria de obras concluidas al período t / Total de obras consideradas en el Programa Anual de Obras para concluir al período t) x 100.	Obras concluidas	Las autoridades locales otorgan los permisos necesarios para la construcción y la infraestructura necesaria para su operación. Cumplimiento oportuno de las empresas contratistas en la ejecución de obras de acuerdo a lo establecido en los contratos.
ACTIVIDAD			
4.1 Porcentaje de cumplimiento de avance físico del Programa Anual de Obras.	(Sumatoria de obras que cumplen el avance físico programado al período / Total de obras que se ejecutan de acuerdo con el Programa Anual de Obras al período t) x 100.	Inmuebles	Las empresas contratistas reportan de manera oportuna el avance físico, para cumplir con lo indicado en el programa anual de obras.
4.2 Porcentaje del avance presupuestario del Programa Anual de Obras.	(Presupuesto ejercido al período t / Presupuesto programado al período t) x 100.	Monto	Las empresas contratistas realizan estimaciones de costos adecuados, para cumplir con lo indicado en el programa anual de obras.

Fuente: Elaboración propia



Para el Programa presupuestario K012, la elección de los indicadores de desempeño, refleja una actividad conjunta de la CII (Coordinación de Infraestructura Inmobiliaria) y la CPIM (Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica).

El propósito del Programa presupuestario K012 es que los derechohabientes mejoren su bienestar social mediante el acceso a los servicios de salud, para ello el Programa presupuestario K012 ofrece la práctica de actividades de promoción de la salud preventiva y curativa.

De ello se deriva el tipo de intervención que establece el programa y se pretende dar cumplimiento a lo estipulado por la LSS en materia de las Prestaciones Médicas Institucionales, el cual es fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población.

Actualmente se cuenta con 1,812 Inmuebles, de los cuales 285 son Hospitales y 1,520 son Unidades de Medicina Familiar, entre otros.

Es importante señalar que, derivado a la diversidad de las poblaciones y objetivos de cada uno de los componentes, el programa se enfrentó a varios retos para guardar la lógica horizontal y vertical de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) de acuerdo a la Metodología del Marco Lógico.





7. Análisis de similitudes o complementariedades.

No aplica, debido a que no hay acciones similares como las que están contempladas en este Programa presupuestario (Pp) .





8. Presupuesto.

8.1 Impacto presupuestario y fuentes de financiamiento.

El artículo 6 de la LSS, establece el seguro social en dos tipos:

Régimen obligatorio, en el primero impone al patrón a afiliar a sus trabajadores al IMSS su financiamiento este es tripartito, debido a que las contribuciones provienen de los patrones, el Estado y los propios trabajadores, sus ramos de aseguramiento son riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y guarderías y prestaciones sociales. Por su parte, el régimen voluntario permite incorporar al régimen obligatorio a los trabajadores en industrias familiares y a los trabajadores independientes, como los profesionales, comerciantes, artesanos y trabajadores no asalariados, a los trabajadores domésticos, ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios, entre otros.

Régimen voluntario, Cuota anual, dependiente de la característica de contratación del servicio.

