

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

ACUERDO 5.1344.2014 de la Junta Directiva por el que se aprueba el Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2014-2018.

Al margen un logotipo que dice: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.- Secretaría General y Secretaría de la Junta Directiva.- SG/SJD/370/2014

Lic. Sebastián Lerdo de Tejada C.
Director General del Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Presente

En sesión ordinaria celebrada por la Junta Directiva el día de hoy, 29 de abril del 2014, en cumplimiento con los artículos 22 y 29 de la Ley de Planeación y los lineamientos para dictaminar a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, con fundamento en los artículos 214, fracción II de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y 13, fracciones II inciso b) y XXI, del Estatuto Orgánico del Instituto, se aprobó mediante el Acuerdo 5.1344.2014 el siguiente

Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2014-2018

INDICE

Marco Normativo
Diagnóstico
Seguros para la Protección Social
Seguro de Riesgos del Trabajo
Seguro de Invalidez y Vida
Aseguramiento de la Salud
Impactos de la transición demográfica
Capacidad instalada en los servicios en salud
Pensiones
La Administración de Fondos para el Retiro
Prestaciones y Servicios Sociales
Venta de productos básicos de consumo y medicamentos
Turismo Social
Créditos hipotecarios
Préstamos personales para fortalecer la capacidad adquisitiva
Servicios sociales
Gestión Administrativa y Desarrollo Institucional
Antecedentes y Elementos de Alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
Alineación a las Metas Nacionales
Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción
Indicadores
Transparencia
Bibliografía
Ligas de Interés
Glosario, Siglas y Acrónimos

MARCO NORMATIVO

El artículo 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que le corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y sustentable, fortalezca la soberanía y la democracia, fomente el crecimiento económico y el empleo, una más justa distribución del ingreso y la riqueza, así como permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos y grupos sociales.

Por su parte, el artículo 26, Apartado A, señala la obligación del Estado para organizar un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que le dé rumbo e independencia a la democratización política, social y cultural de la nación. Asimismo, determina la pre-eminencia del Plan Nacional de Desarrollo como el instrumento rector de la acción al que se sujetarán obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal.

Los artículos 1o. y 4o. de la propia Constitución le dan plena vigencia y una nueva dimensión a los derechos humanos, al incorporar a esta esfera de tutela al derecho a la protección de la salud, al derecho a una alimentación nutritiva, al derecho a acceder a una vivienda digna, al derecho a la cultura, al derecho de la niñez a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral, al derecho a la cultura física y a la práctica del deporte. Por su parte, el apartado B del artículo 123 define las bases conforme a las cuales se organiza la seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado.

La reforma a la Constitución Política recientemente aprobada en diversos artículos, 6o., 73o., 78o., 89o., 105o., entre otros, colocan en rango constitucional la transparencia y la rendición de cuentas, definiendo con precisión a los sujetos obligados, así como el órgano responsable de tutelar el derecho al acceso a la información y determinar las obligaciones del Congreso de la Unión en la materia, cuyo impacto fortalecerá la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

En el ámbito funcional, con base en los artículos 1o. y 9o. de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, las dependencias y entidades federales conducirán sus actividades en forma programada con base en las políticas y prioridades de la planeación nacional del desarrollo.

En términos de lo dispuesto por los artículos 17, 22 y 24 de la Ley de Planeación, corresponde a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal elaborar sus programas sectoriales, institucionales y especiales en congruencia con lo que establezca el Plan Nacional de Desarrollo vigente.

El Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 20 de mayo de 2013, establece cinco metas nacionales y tres estrategias transversales para llevar a México a su máximo potencial. Las metas nacionales consideradas son: *México en Paz*, *México Incluyente*, *México con Educación de Calidad*, *México Próspero* y *México con Responsabilidad Global*. De manera simultánea y concurrente, se actuará con base en tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno y Perspectiva de Género, a través de un programa especial.

Por su parte, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria en su artículo 24o. establece que la programación y presupuestación del gasto público que realicen las dependencias y entidades públicas federales deberán enfocarse a dar cumplimiento a los objetivos, políticas, estrategias, prioridades y metas con base en indicadores de desempeño, contenidos en los programas que se derivan del PND.

La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado constituye la norma básica de la actuación y presencia del Instituto como instrumento fundamental en la política social del país y establece las determinaciones en materia de seguridad social para sus derechohabientes.

Los artículos 3, 4 y 157 de esta Ley, estipulan los veintiún seguros, prestaciones y servicios, que se otorgan a los trabajadores en activo del Estado, a los pensionados y sus familiares, así como las modalidades del sistema integral de crédito, los cuales son administrados a través del propio Instituto y de sus órganos desconcentrados, de conformidad con los artículos 5, 103, 167 y 196.

Por su parte, el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado, en su artículo 4, define los ámbitos internos de actuación de las unidades administrativas, así como, en congruencia con el artículo 209 de la Ley, de los órganos de gobierno que lo integran.

El presente Programa Institucional del ISSSTE 2014-2018 está alineado a las metas nacionales establecidas en el PND, así como a los objetivos, estrategias y líneas de acción establecidas en los programas transversales que de él emanan: el Programa para Democratizar la Productividad, el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, y el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, publicados el 30 de agosto de 2013 en el DOF.

Las políticas públicas y programas del ISSSTE se articularán con los Programas Sectoriales de Desarrollo Social, de Salud, de Turismo y de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, aprobados para el período 2013-2018.

Dicha alineación se hará de forma concurrente en la esfera de su competencia, para complementar la acción de gobierno del Poder Ejecutivo Federal y fortalecer los principales servicios que el Instituto les otorga a sus derechohabientes.

DIAGNÓSTICO

Desde su entrada en operación en 1960, el Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ha desempeñado un papel estratégico en la conformación de un sistema de protección social en favor de los trabajadores que le sirven al Estado mexicano.

Ha atravesado por distintas etapas a lo largo de su historia, que lo han llevado a desarrollar un papel determinante como instrumento de la política social del Gobierno de la República.

De acuerdo a su Anuario Estadístico 2013, al cierre de diciembre de 2012, brindaba cobertura a más de 12.4 millones de derechohabientes entre trabajadores en activo, jubilados, pensionados y sus familiares, lo que representó alrededor del 11 por ciento de los mexicanos. En dicho período, contaba con poco más de 870 mil pensionados o jubilados, de los cuales alrededor del 16.1 por ciento tenían edades superiores a los 60 años.

En 2007, se reformó la Ley del ISSSTE para modificar el esquema pensionario y poder transitar de un sistema de reparto a uno nuevo de capitalización con cuentas individuales, a través del cual se buscó sanear parcialmente la difícil situación financiera del Instituto.

En el marco de la nueva Ley, el régimen obligatorio descansa en dos pilares: la seguridad social (seguros) y las prestaciones y servicios (beneficios sociales) para su población amparada. En conjunto, la cobertura institucional del ISSSTE abarca 21 seguros, prestaciones y servicios, como lo establecen los artículos 3o. y 4o. de su Ley.

Seguros para la Protección Social

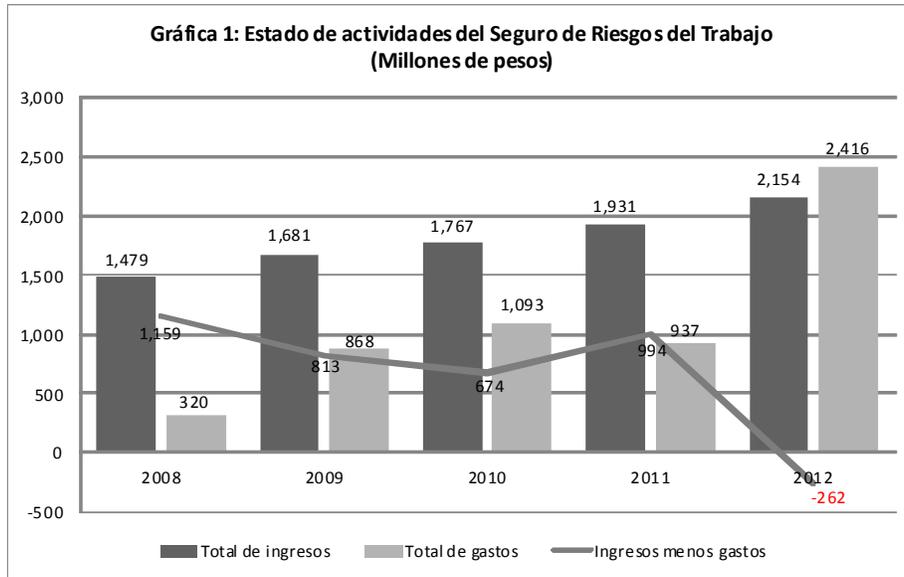
Un sistema de seguridad social basado en principios de equidad y justicia debe proteger a los individuos a lo largo de su ciclo de vida, incluso desde la etapa pre-natal y hasta después de su deceso. Es reconocer al ser humano como sujeto central de los sistemas de seguridad social, lo que le dará un rostro de mayor inclusión y cohesión a la propia sociedad.

Seguro de Riesgos del Trabajo

Tiene como objetivo proteger el ingreso de los trabajadores y sus familiares en caso de eventualidades como accidentes, enfermedades o muerte resultado de su actividad laboral.

En este caso, el empleador asume en su totalidad la responsabilidad del riesgo, por lo que las aportaciones o financiamiento sólo provienen de aportaciones patronales que actualmente representan el 0.75 por ciento del sueldo básico del trabajador y el trabajador no requiere un mínimo de años cotizados. En el caso de las prestaciones en especie, como asistencia médica, hospitalización, prótesis, ortopedia y rehabilitación, serán cubiertas por el Seguro de Salud. Tanto las prestaciones económicas como en especie aseguran coberturas en caso de incapacidad parcial, temporal o definitiva para los trabajadores del Estado.

La gráfica 1 muestra la evolución del Seguro de Riesgos del Trabajo para el período comprendido del 2008 al 2012, año en el que registra un déficit de 262 millones de pesos como consecuencia de que la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento de este seguro tuvo un incremento de mil 396 millones de pesos para hacer frente al compromiso de devolución a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público las aportaciones de acuerdo al artículo 19o. de la Ley del ISSSTE.



Fuente: ISSSTE Informe Financiero y Actuarial (IFA) 2013.

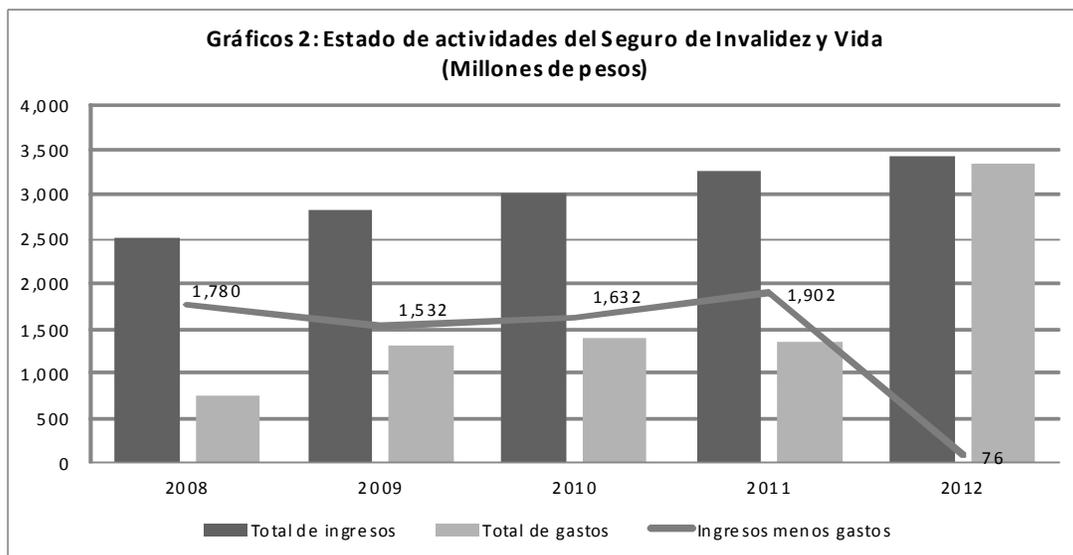
Seguro de Invalidez y Vida

Tiene como objetivo proteger el ingreso de los trabajadores y sus familias en casos de accidentes, enfermedades o muerte por causas ajenas a su actividad laboral. Dicha protección se establece mediante el otorgamiento de una pensión al trabajador o a sus beneficiarios. Por su naturaleza, y a diferencia del Seguro de Riesgos del Trabajo, el otorgamiento de este seguro requiere de tiempo de espera que va de tres a cinco años para que pueda otorgarse.

En caso de la contingencia de invalidez transitoria, el seguro otorga al trabajador una pensión temporal provisional por dos años pagada con cargo a las Reservas del Instituto.

En caso de invalidez definitiva, se otorga, también, una pensión definitiva que comienza a partir del día siguiente del término de la pensión temporal y permanece vigente hasta que el pensionado cumple sesenta y cinco años y veinticinco años de servicio.

La gráfica 2 muestra la tendencia mantenida por este seguro entre los últimos 5 años, en donde destaca el crecimiento sostenido de los gastos que casi llegaron al 98 por ciento del total de ingresos en 2012.



Fuente: ISSSTE Informe Financiero y Actuarial (IFA) 2013.

Aseguramiento de la Salud

En la visión de una Sociedad de Derechos y Libertades, la salud es una condición esencial en el desarrollo integral de las personas a lo largo de todo el ciclo de vida. Forma parte del capital humano para permitir a cualquier individuo, con independencia de su condición social, de género, económica o laboral, desarrollar todo su potencial y acceder a los mayores niveles de bienestar social.

La Constitución Política, en su artículo 4o., establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En términos formales, México está considerado entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con mayor cobertura en los servicios primarios de salud (atención hospitalaria especializada, atención médica ambulatoria, estudios de laboratorio e imagenología, fisioterapia, medicamentos y cuidado dental) al 100 por ciento de su costo¹. En términos reales, el acceso efectivo y garantizado a servicios de salud con calidad y calidez es todo un desafío, ya que el Sistema Nacional de Salud (SNS) se encuentra fragmentado en múltiples subsistemas, que ofrecen derechos y servicios diferenciados a diversos grupos de la población. Además, las brechas sociales mantienen patrones de exclusión, ya que, como ejemplo, en 2012 uno de cada cuatro mexicanos no contaba con acceso en algún esquema de salud².

A ello hay que agregar la transición demográfica del país que tiende al envejecimiento de la población nacional, como resultado del aumento en la esperanza de vida (74.2 años en 2012) y de la disminución de la tasa bruta de natalidad (2.2 hijos por mujer en 2012), de acuerdo a cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Nacional de Población (CONAPO). La incorporación creciente de la mujer a la actividad laboral es otro elemento que cobra relevancia en el SNS. De acuerdo con el Censo Económico 2009 del INEGI, la participación de la mujer representó el 40 por ciento de la fuerza laboral, mientras que en 1980 fue alrededor de 20 por ciento.

Este conjunto de cambios sociales, junto con estilos de vida poco saludables, han provocado una transición epidemiológica y una mutación de las enfermedades transmisibles hacia las no transmisibles (enfermedades crónico-degenerativas), con un alto impacto financiero en las instituciones de salud, ya que requieren atención médica especializada, períodos de hospitalización prolongados y tratamientos terapéuticos más costosos.

Impactos de la transición demográfica

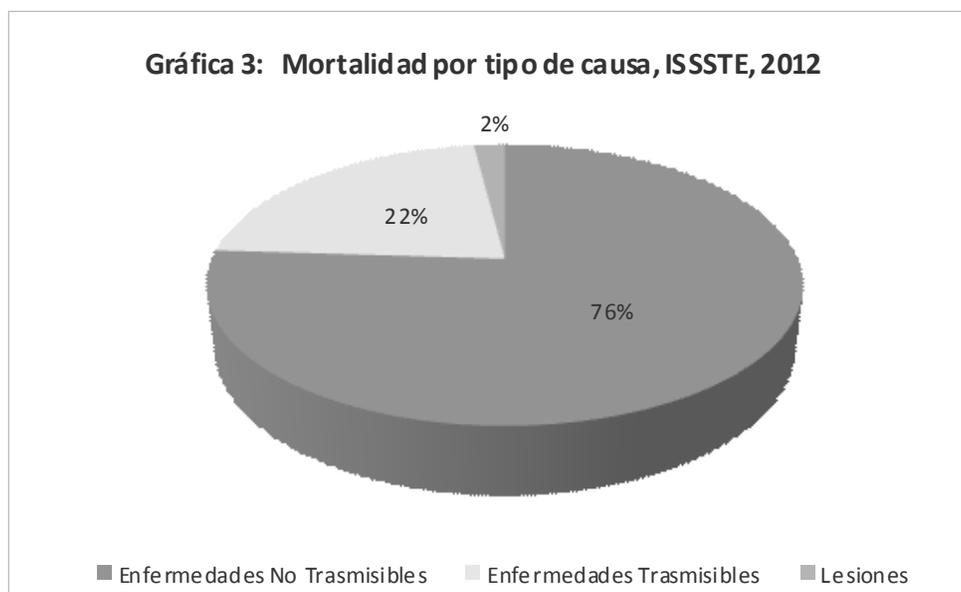
La provisión de los servicios de salud del Instituto comprende la atención médica preventiva, la atención médica curativa y de maternidad, la rehabilitación física y mental, la atención por riesgos del trabajo y los cuidados de salud tras el retiro laboral, todos ellos financiados con cargo al Seguro de Salud. Es la prestación con mayor demanda por parte de la derechohabiente, cuya operación requiere del monto de recursos más importantes en la Instituto.

La evolución demográfica del país se refleja en el perfil de los derechohabientes del Instituto. Más de la mitad de sus trabajadores afiliados y derechohabientes son mujeres, que demandan mejores servicios y acciones afirmativas de inclusión con perspectiva de género. Y el envejecimiento de su derechohabiente, el 16.1% de sus afiliados son adultos con 60 años o más, tiene implicaciones en la duración, costo y recurrencia de los tratamientos médicos.

La gráfica 3 muestra como las enfermedades no transmisibles fueron la causa del 76 por ciento de la mortalidad en el Instituto en 2012.

¹ OECD, Health Working Papers No. 50, Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries, 2010.

² Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.



Fuente: ISSSTE, Informe Financiero y Actuarial (IFA) 2013.

En 2012, cinco enfermedades crónico-degenerativas representaron un gasto médico total de 9 mil 586.6 millones de pesos, el 20 por ciento del gasto corriente del Seguro de Salud, con 5.8 millones de consultas y 55 mil egresos hospitalarios.

Cuadro 1 : Consultas, egresos hospitalarios y gasto médico por componente en el ISSSTE, 2012

P a d e c i m i e n t o	C a s o s		G a s t o m é d i c o		
	(m i l e s)		(m i l l o n e s d e p e s o s d e 2 0 1 2)		
	C o n s u l t a s e s t i m a d a s	E g r e s o s h o s p i t a l a r i o s	G a s t o e n c o n s u l t a s	G a s t o H o s p i t a l a r i o	T o t a l
Enferm edades card iovasculares	1,062	17	999.5	2,260.10	3,259.60
D i a b e t e s t i p o 2	2,051	14	1,929.30	401.3	2,330.60
I n s u f i c i e n c i a r e n a l c r ó n i c a	1,136	17	1,069.20	1,111.60	2,180.90
H i p e r t e n s i ó n a r t e r i a l	1,285	3	1,208.70	161.4	1,370.10
O s t e o a r t r o s i s	271	4	255.6	189.4	445.1
T o t a l	5,807	55	5,462.40	4,124.00	9,586.50

Fuente: ISSSTE, Informe Financiero y Actuarial (IFA) 2013.

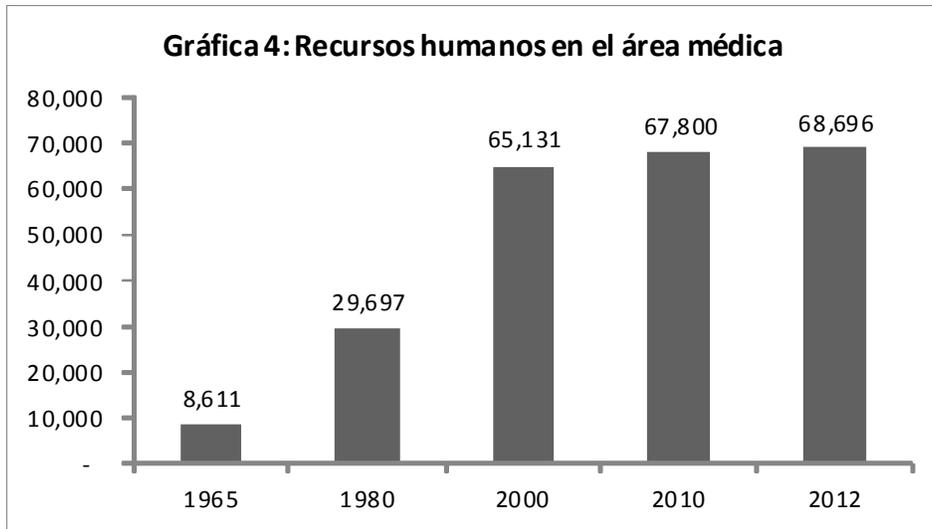
Los tres primeros padecimientos que aparecen en la tabla superior, enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y la insuficiencia renal crónica, concentraron el 81.3 por ciento de las erogaciones del Seguro de Salud.

De acuerdo al Informe Financiero y Actuarial (IFA) 2013, se estima que el gasto médico para la atención de estas cinco enfermedades de alto impacto financiero crecerá a una tasa real anual promedio de 2.7 por ciento hasta el año 2050.

En 2012, el gasto total del Seguro en Salud ascendió a 49 mil 488 millones de pesos, y registró un déficit de 2 mil 471 millones de pesos.

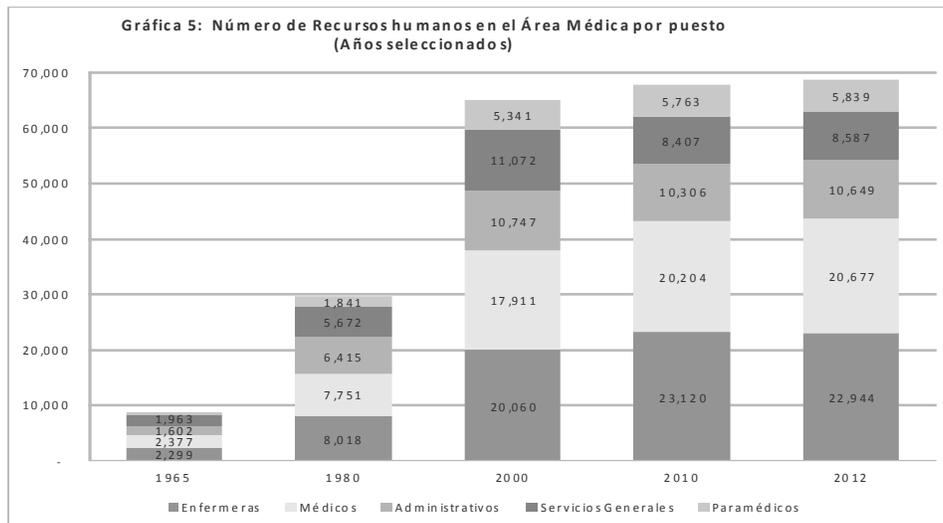
Capacidad instalada en los servicios en salud

En materia de recursos humanos, los servicios de salud ocupan a cerca del 70 por ciento de la fuerza laboral del ISSSTE. La gráfica 4 muestra la evolución del personal de salud, entre 1965 (cinco años después de la entrada en operación del Instituto) y el 2012.



Fuente: ISSSTE, Informe Financiero y Actuarial (IFA) 2013.

La distribución de los recursos humanos por tipo de puesto no ha respondido a las necesidades operativas para satisfacer la demanda de servicios. La gráfica 5 muestra como para el período 2010-2012, el crecimiento de los recursos humanos fue desigual: mientras que el personal administrativo creció un 3.3 por ciento, el personal de servicios generales 2.1 por ciento, médicos 2.3 por ciento, paramédicos 1.3 por ciento y las enfermeras disminuyeron un 0.76 por ciento.



Fuente: ISSSTE, Anuarios Estadísticos Institucionales diversos años.

Del total de médicos, cerca del 62 por ciento son especialistas y el 38 por ciento restante son médicos generales. Las cinco principales áreas de especialidad de los médicos del ISSSTE, por cada 100 mil derechohabientes, son: Cirugía 10.7 por ciento; Internistas 9.1 por ciento; Gineco-obstetricia 8.5 por ciento; Pediatría 7.0 por ciento y Odontología 5.7 por ciento. Esta situación muestra las asimetrías en la capacidad operativa para atender con eficiencia las necesidades de servicio que demandan los derechohabientes del Instituto, y que se traduce en márgenes de productividad desiguales entre las áreas troncales y los niveles de atención del Instituto. A ello hay que agregar la concentración geográfica y de horario de atención del personal de salud.

En 2012, la infraestructura de los servicios de salud estaba integrada por un total de 1 mil 179 unidades, con una antigüedad promedio de 26.5 años y la siguiente distribución por nivel de atención.

Cuadro 2: Total de unidades médicas del ISSSTE en 2012

	Número de Unidades	Antigüedad Promedio (años)
Total	1 179	26.5
Prim er Nivel	1 048	22.7
Segundo Nivel	118	27.2
Tercer Nivel	13	31

Fuente: ISSSTE, Informe Financiero Actuarial 2013

Entre 2006 y 2012, los derechohabientes del ISSSTE crecieron a una tasa promedio anual de 2.4 por ciento, y las camas censables en servicio a sólo el 1.0 por ciento. Esta brecha generó presiones para atender la demanda de ingreso hospitalario, que se reflejó incluso en la utilización de las salas de urgencias, lo que se tradujo en mayores niveles de insatisfacción en la percepción de los usuarios.

El cuadro 3 muestra la evolución de la infraestructura y de recursos humanos entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el ISSSTE entre 2008 y 2012. En el caso de los recursos humanos, el ISSSTE ha declinado, con excepción de los médicos, en el número de enfermeras y trabajadores de salud, frente a una demanda creciente de servicios.

Cuadro 3: Infraestructura médica y de recursos humanos (Datos por cada 1,000 derechohabientes amparados)

	2008		2010		2012	
	ISSSTE	IMSS	ISSSTE	IMSS	ISSSTE	IMSS
Número de consultorios	0.51	0.30	0.53	0.30	0.51	0.31
Número de quirófanos ^{1/}	0.03	0.02	0.03	0.02	0.03	0.02
Número de médicos	1.61	1.33	1.68	1.33	1.66	1.26
Número de enfermeras	1.93	1.84	1.93	1.85	1.84	1.80
Número de trabajadores de la salud	5.65	5.81	5.65	5.78	5.52	5.58

Fuente: ISSSTE, Anuario Estadístico. Varis Años.
IMSS, Memoria Estadística 2012.Nota: ^{1/} Quirófanos, hace referencia a los espacios físicos que el Instituto tiene instalados.

Si bien el Instituto tiene una red médica amplia en el país, las asimetrías en la productividad entre los tres niveles de atención, el estado en que se encontraban los puntos de primer contacto con los derechohabientes en las unidades médicas y la obsolescencia de inmuebles y equipos, terminaron afectando las capacidades resolutivas de los servicios.

Ello generó el desplazamiento de los derechohabientes entre el nivel de atención primaria hacia los de especialidad, lo que explica el congestionamiento y retraso en la atención oportuna y parte de las quejas de su insatisfacción y de las recomendaciones de los Órganos Autónomos, como la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

En ese sentido, los resultados operativos de la gestión de los servicios de salud desde la visión de los derechohabientes del Instituto, están por debajo de otras instituciones de salud comparables.

El cuadro 4 compara resultados operativos del Instituto con el IMSS. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 26.1 por ciento de los usuarios del ISSSTE reportaron estar insatisfechos contra 22.8 por ciento en el IMSS. Los tiempos de espera para recibir consultas en el ISSSTE son altos y el abasto de medicamentos declarado por derechohabientes es menor que en el IMSS: 66.0 por ciento versus 86.1 por ciento.

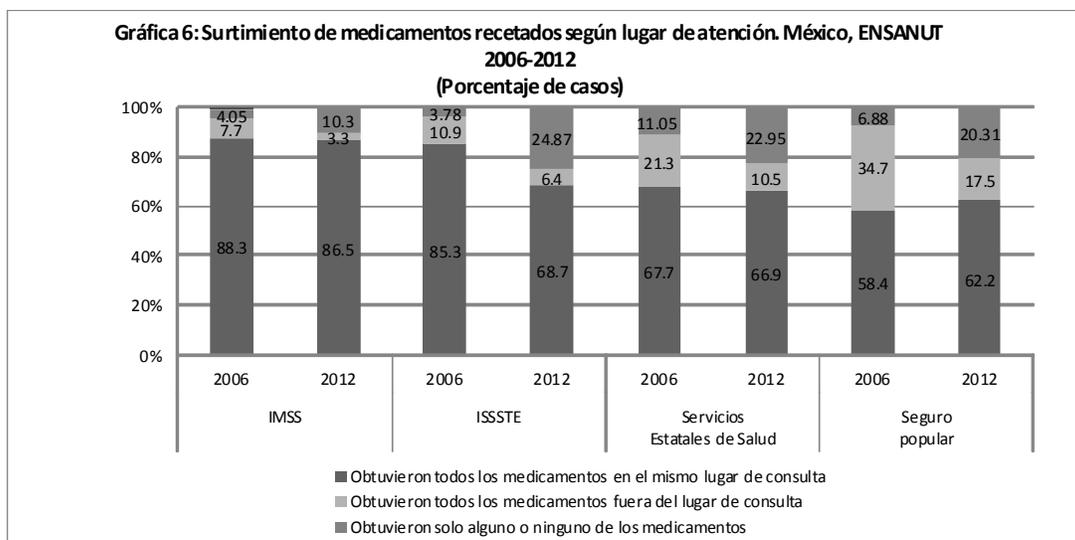
Cuadro 4: Comparación de resultados operativos del ISSSTE con IMSS

Satisfacción	Usuarios que reportan baja satisfacción (porcentaje)	
	IMSS ^{1/}	ISSSTE
	22.8	26.1
Tiempo de espera	Tiempo de espera para recibir consulta (promedio en minutos)	
	IMSS	ISSSTE
	75.1	64.8
Días de estancia	Días de estancia (promedio en días)	
	IMSS	ISSSTE
	4.5	4.6
Abasto	Abastecimiento de medicamentos (porcentaje)	
	IMSS	ISSSTE
	86.1	66.0

Fuente: EN SANUT 2012; Informe al Ejecutivo Federal, IMSS, 2011-2012; Secretaría de Salud, Observatorio del desempeño hospitalario 2011

Nota: 1/ Elaboración Propia con base en la información de la EN SANUT 2012.

Una comparación del surtimiento de medicamentos recetados por institución, en el período comprendido entre el 2006 y el 2012, muestra las diferencias de abasto oportuno que impactaron en el bienestar de los derechohabientes. La gráfica 6 muestra como el porcentaje de los derechohabientes del ISSSTE que obtuvieron todos los medicamentos en el mismo lugar de consulta disminuyó, del 85.3 por ciento en 2006 a 68.7 por ciento en 2012.



Fuente: ENSANUT 2012.

El costo y manejo deficiente de los medicamentos de alta especialidad, así como las condiciones en las que se prestaban los servicios integrales también se reflejaron en mayores erogaciones, las cuales crecieron a una tasa media anual del 6.8 por ciento en términos reales, casi el doble que el gasto total de salud del país que registró un incremento del 3.8 por ciento real, entre el período comprendido entre 2008 y 2012. Ello explica una parte de los resultados deficitarios del Seguro de Salud en los últimos cinco años, y que en 2012 representaron un déficit de 2 mil 471 millones de pesos.

En la perspectiva de un ISSSTE cercano y seguro que antepone la atención al derechohabiente, se deberá de construir un modelo de gestión de los servicios con calidad, calidez, cobertura y capacidad resolutive. El nuevo enfoque deberá centrarse en la medicina preventiva, la eficiencia operativa en las áreas de servicio, el mejoramiento de la infraestructura y de la capacidad resolutive. Se deberá contar con sistemas de información robustos, a fin de avanzar en la convergencia de una red de servicios que intercambie servicios para satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

Este cambio en el modelo de gestión constituye la piedra angular para la participación del ISSSTE en el objetivo de asegurar el acceso a los servicios de salud previsto en el PND 2013-2018. Como parte de la estrategia, se debe contemplar, en el tiempo, los mecanismos e instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones de salud. De igual forma, se deberán definir las modalidades de acceso efectivo y con calidad, el cuadro inicial de servicios, el financiamiento y la portabilidad de coberturas, así como la regulación efectiva de procesos y la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas.

Pensiones

En 2012, el gasto anual en pensiones ascendió a más de 110 mil millones de pesos. Esta obligación del instituto con sus pensionados ha podido cumplirse, con la llamada Cuota Social en términos de los artículos 6 y 102 de la Ley, con transferencias del Gobierno Federal.

En este contexto, el Instituto deberá de implementar acciones que permitan alcanzar una operación sostenible en un marco macroeconómico de salarios reales bajos que, a su vez, no permite los incrementos requeridos de cuotas y aportaciones, ni prolongar aún más la edad de jubilación para lograr equilibrio en las finanzas del Instituto. Ello muestra la importancia de mantener una base demográfica sana de afiliados para evitar presiones en los seguros y mayores costos operativos que desequilibren las finanzas del Instituto.

La tendencia al envejecimiento natural de la derechohabencia incidirá directamente en un mayor gasto pensionario, por lo que la introducción de controles en la Base de Datos Única de Derechohabientes (BDUD) le dará certeza, eficiencia y agilidad a los procesos de otorgamiento de beneficios pensionarios en favor de los derechohabientes.

El pago oportuno de las rentas pensionarias tiene un efecto directo en la percepción de los jubilados y pensionados. Las ineficiencias en los procesos de otorgamiento y cálculo de los beneficios pensionarios, además de un acto reprobable por su injusticia e iniquidad, le representó al Instituto un daño patrimonial al tener que cumplir sentencias en su contra.

Los compromisos derivados de la Ley para otorgar una pensión garantizada y mantener la cobertura de los pensionados al 2008, han hecho que se multiplique el gasto global del Instituto en ese rubro. Como se observa en el cuadro 5, el gasto total en concepto de Pensiones y Jubilaciones en 2012 llegó a representar poco más del 55.3 por ciento de los ingresos totales. En términos reales, las pensiones crecieron de forma sostenida por arriba de los ingresos totales, entre 2007 y 2012, lo que obligó a las transferencias gubernamentales. Respecto del gasto programable del Instituto, representaron casi el 65 por ciento al cierre del 2012.

Cuadro 5: Pensiones y Jubilaciones e Ingresos Totales del ISSSTE
(Millones de pesos)

AÑO	Pensiones y Jubilaciones	Tasa de crecimiento real ^{1/}	Ingresos Totales	Tasa de crecimiento real ^{1/}	Estructura Porcentual
2007	51,940.64	-	111,178.50	-	46.72
2008	62,458.99	17.12	124,050.10	14.56	50.35
2009	75,118.13	23.7	150,619.60	18.05	49.87
2010	91,178.93	20.42	176,505.20	18.12	51.66
2011	100,723.86	11.09	189,093.50	6.53	53.27
2012	110,647.22	10.12	202,859.30	7.02	54.54

Nota: 1/ Deflactado con el INPC, Segunda quincena de diciembre de 2010 = 100.

Fuente: Elaboración propia con base a datos de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Primer Informe de Ejecución del PND 2013-2018 para el INPC.

La Administración de Fondos para el Retiro

La reforma a la Ley del ISSSTE en 2007 planteó un nuevo esquema pensionario para los trabajadores al servicio del Estado basado en un esquema de cuentas individuales. Con esta Ley se dio origen al PENSIONISSSTE, como órgano desconcentrado del Instituto.

PENSIONISSSTE es la única Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE) de naturaleza pública, con un claro objetivo social y sin fines de lucro, que ofrece administrar los recursos de los trabajadores otorgando seguridad jurídica y operativa. Dentro de sus objetivos está la administración de las cuentas y la inversión de los recursos.

En el periodo comprendido entre 2008 y 2011, los activos administrados por el PENSIONISSSTE crecieron a una tasa promedio anual del 31 por ciento. Sin embargo, en 2012, al abrirse a la competencia con las AFORES los activos administrados disminuyeron de febrero a mayo en un 11.8 por ciento.

En 2012 el PENSIONISSSTE registró a un 1 millón 16 mil 028 trabajadores bajo el régimen de cuenta individual, 2.1 por ciento del total de trabajadores en el Sistema ubicándolo en el onceavo lugar en cuentas individuales administradas. Asimismo el Fondo ocupó la séptima posición en activos administrados con un monto de 100 millones 199 mil pesos. De acuerdo con la CONSAR este Fondo obtuvo el margen de operación del 77 por ciento el más alto del sector.

Entre las ventajas competitivas del producto PENSIONISSSTE se encuentran: la comisión más baja, altos rendimientos nominales en cada una de sus Sociedades de Inversión de Fondos para el Retiro (SIEFORES), distribuir entre sus afiliados la reinversión del remanente de operación.

Cuadro 6: Comisiones y Rendimientos de las Siefores en México 2012
(Porcentaje)

N o .	Afore	Comisión ^{1/}	Rendimiento para trabajador según clasificación ^{1/}			
			SB1	SB2	SB3	SB4
			60 años y mayores	Entre 46 y 59 años	Entre 37 y 45 años	36 años y menores
1	Afirm e Bajío	1.5	8.9	8.1	8.6	8.9
2	Azteca	1.5	10.0	10.0	11.2	11.1
3	Banamex	1.3	10.6	13.3	14.9	16.9
4	Bancomer	1.3	12.0	13.4	14.8	16.8
5	Coppel	1.6	7.9	9.4	10.3	10.6
6	Hbursa	1.2	5.8	5.6	6.3	6.6
7	Invercap	1.6	13.6	12.9	14.1	18.2
8	Methlife	1.5	11.1	13.0	14.9	16.9
9	Pensionissste	1.0	13.8	15.4	16.6	17.2
10	Principal	1.5	10.5	12.3	14.0	15.8
11	Profuturo GNP	1.4	12.2	14.1	15.5	17.8
12	SURA	1.3	12.9	15.6	17.6	19.7
13	XXIBanorte	1.3	11.0	12.5	13.9	16.2
Promedio Ponderado			11.7	13.0	14.5	16.5

Nota: 1/1/ A diciembre de 2012.

FUENTE: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR):

<http://www.consargob.mx/>, consultada 29 de enero de 2014.

Los retos que el PENSIONISSSTE deberá de enfrentar ante la competencia abierta son: mantener el desempeño de sus Siefores en los primeros lugares de la industria; retener, expandir y atraer cuentahabientes; fortalecer y ampliar la red de servicios a través de apertura de oficinas de atención con estándares de calidad, robustecer la estrategia comercial con una fuerza de ventas capacitada y contar con un techo presupuestal suficiente para cumplir con los proyectos que permitan elevar la competitividad del órgano desconcentrado.

Prestaciones y Servicios Sociales

A través de este segundo pilar de su ámbito de actuación, el ISSSTE contribuye a garantizar los derechos constitucionales de los trabajadores del Estado y de sus familias.

Por mandato de su Ley, el Instituto debe promover acciones que favorezcan al apoyo asistencial de su derechohabiente a lo largo de su ciclo de vida y la de sus familiares, a la protección del poder adquisitivo, la orientación hacia patrones racionales y sanos de consumo, a cuidar y fortalecer la salud física y mental, la integración familiar, social y el desarrollo futuro del trabajador.

Como parte de su cobertura social, otorga prestaciones y despliega programas dirigidos a grupos de derechohabientes que les permitan acceder a una vivienda digna, satisfacer las necesidades de la niñez, disponer de oportunidades de acceso a la cultura y de espacios para la práctica del deporte y la recreación. Brinda seguridad patrimonial a los trabajadores a través del otorgamiento de préstamos personales y créditos hipotecarios, así como por el acceso a bienes de consumo en condiciones favorables.

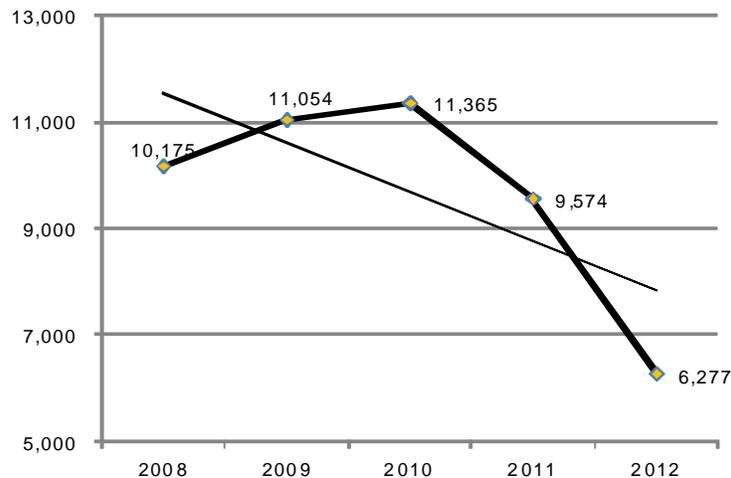
Venta de productos básicos de consumo y medicamentos

De conformidad con el Artículo 123 Constitucional, Apartado B, fracción XI, le corresponde al Instituto operar tiendas económicas para beneficio de los trabajadores.

A través de la red comercial del SUPERISSSTE integrada por 250 tiendas y 88 farmacias abiertas a todo el público, este órgano administrativo desconcentrado tiene presencia nacional con aproximadamente 90 por ciento de sus tiendas y farmacias ubicadas fuera del Distrito Federal. Sin embargo, se estima que sólo el 3 por ciento de la derechohabiente del Instituto realiza compras en los establecimientos de la red, por lo que su participación en el mercado detallista es de sólo el 1 por ciento.

Entre 2010 y 2012, las ventas disminuyeron un 17 por ciento en promedio al año, como se muestra en la gráfica 7. En consecuencia, el déficit operativo aumentó un 14 por ciento anual, hasta llegar a alcanzar los 1 mil 519 millones de pesos, aun considerando las transferencias y ayudas registradas en 2012.

**Gráfica 7: Comportamiento de ventas SUPERISSSTE
(Millones de pesos)**



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe Financiero y Actuarial 2013.

Esta recurrencia deficitaria ha tenido un doble impacto para el Instituto: en primer término, en la propia estructura financiera y rentabilidad de SUPERISSSTE y, en segundo término, en la dependencia de recursos financieros provenientes de una misma fuente que comparte con las estancias infantiles. Esa dependencia en transferencias externas, limitan al propio Instituto de posibilidades de expansión de otros servicios sociales.

El análisis de la operación realizado en 2013 mostró brechas operativas y de gestión alejadas de las mejores prácticas. Cada tienda hacía sus pedidos de compra, de manera individual, sin una estrategia central definida para aprovechar economías de escala y negociar promociones y descuentos con proveedores. El resultado fue una mezcla inadecuada de productos que ofrecer al público, aunado a problemas de sobre inventario o desabasto, además de una menor eficiencia en la venta promedio y en venta por metros cuadrados respecto de formatos similares de la competencia.

Considerando los retos en términos de sostenibilidad financiera que enfrenta el Instituto, en 2013 el modelo de gestión de Superissste fue objeto de revisión respecto de su misión social, alcance y beneficios para los derechohabientes y contribución a las estrategias del Gobierno de la República en localidades con condiciones de marginalidad.

Se estableció un plan de reestructuración compuesto por tres elementos que fue aprobado por su propio Órgano de Gobierno y la Junta Directiva del Instituto en dicho año. En primer término, se acordó redimensionar la red comercial bajo criterios de rentabilidad social para atender de mejor manera las necesidades de la derechohabiente. En segundo lugar, establecer las prácticas, criterios y estándares operativos mínimos para detener las pérdidas operativas y mejorar el nivel de servicio en las tiendas. Y en tercer término, a mediano plazo, replantear la visión y propuesta de valor de Superissste basada en un nuevo modelo operativo con un desempeño y servicio eficientes para los derechohabientes.

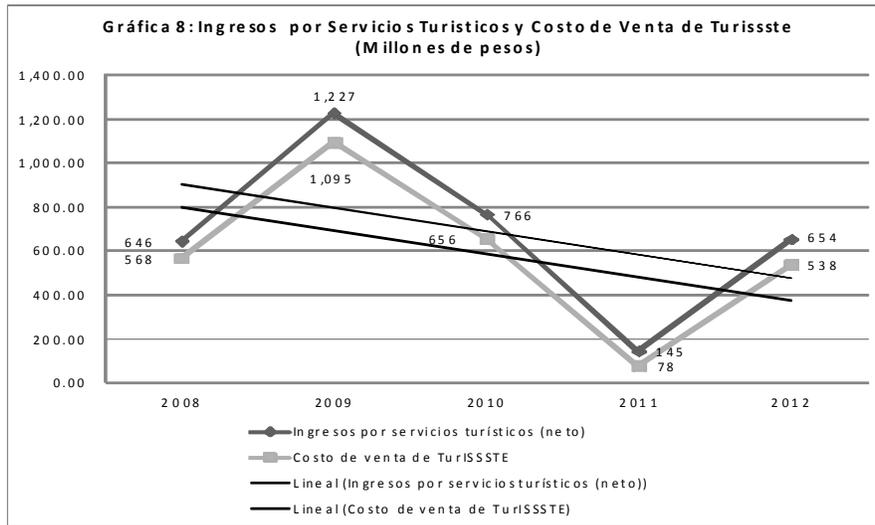
Turismo Social

El turismo es un medio para preservar la riqueza natural y cultural del país, así como una fuente generadora de empleo y de derrama económica en las comunidades receptoras. También es un instrumento de inclusión y cohesión para la sociedad mexicana, al promover una oferta de turismo social fundada en precios accesibles, con opciones de recreación y esparcimiento para los distintos grupos que buscan esquemas alternativos.

Por mandato de su Ley, el ISSSTE está obligado a la prestación de servicios turísticos a precios módicos. El Sistema de Agencias Turísticas Turissste, como órgano administrativo desconcentrado del Instituto, tiene por misión el desarrollo de acciones en favor del turismo social y de oportunidades de recreación y descanso para los trabajadores del Estado.

Cuenta con 36 agencias turísticas, de las cuales 6 se encuentran en el Distrito Federal, y 30 en el resto de la República Mexicana. Atiende anualmente a más de 1.5 millones de derechohabientes, aproximadamente 12 por ciento de la población del ISSSTE. Sin embargo, el estado de su infraestructura física y tecnológica actual limita el contacto con los derechohabientes. A diferencia de la gran mayoría de las agencias privadas, Turissste no ofrece servicios de venta en línea a través de Internet.

La gráfica 8 muestra la evolución de la estructura financiera de Turisssste en los últimos 5 años. Asimismo, se observa una tendencia a la baja de ingresos y costos a partir de 2009, reflejo de un decremento en sus actividades. Destaca la aguda caída del año 2011, cuando dejó de atender a población abierta y a ofrecer servicios a grupos y convenciones por recomendación de una auditoría.



Fuente: Elaboración propia con datos del Informe Financiero y Actuarial 2013.

Al cierre de 2012, la cartera vencida del Turisssste era de alrededor de 400 millones de pesos, el 20 por ciento de sus ventas, y adolecía de una estrategia para reducirla.

En 2013, se inició la revisión del modelo de servicio del órgano desconcentrado de acuerdo a su misión social. Los principales retos para Turisssste son eliminar en el mediano y largo plazos la amenaza de déficit, el recuperar su posición en el turismo social y modernizar su infraestructura, operativa y tecnológica, en particular en cuanto a la oferta diversificada de servicios turísticos se refiere.

Hay que ampliar los puntos de contacto con los derechohabientes, fortalecer el control financiero para mejorar el desempeño y recuperar cartera vencida.

Como parte de la Política Nacional Turística propuesta por el Titular del Poder Ejecutivo Federal, y de la Meta Nacional de un México Próspero, en 2013 el Turisssste diversificó su oferta turística e impulsó el programa "Todos a Viajar" para fortalecer las acciones de gobierno en materia de turismo social.

Créditos hipotecarios

Una dimensión de los sistemas modernos de protección social es la de contribuir al fortalecimiento de la seguridad patrimonial de sus afiliados, a través del otorgamiento de créditos hipotecarios en condiciones favorables para acceder a una vivienda digna.

El Fondo de la Vivienda del ISSSTE (Fovissste) es uno de los instrumentos de política social del Estado mexicano para garantizar el derecho constitucional a una vivienda para los trabajadores que le prestan sus servicios. Este órgano desconcentrado tiene por mandato administrar y operar el sistema de financiamiento destinado a la adquisición, reparación, ampliación o mejoramiento de las viviendas de los derechohabientes del Instituto.

Constituye la segunda institución hipotecaria del país, detrás del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit), con un total de 64 mil 284 créditos y un importe superior a los 32 mil 454 millones de pesos en 2012. Es también uno de los principales emisores de bonos con colocaciones que en ese mismo año representaron cerca de 73 mil millones de pesos. Ello le ha permitido duplicar, a partir de 2005, su cartera de créditos a los trabajadores del Estado con menores ingresos, a través de la emisión de certificados bursátiles. Ofrece condiciones más favorables que otras opciones en el mercado, con tasas bajas, plazos de hasta 30 años y un mínimo de 18 meses de aportación para ser elegible por sorteo.

En 2012, registró un índice de cartera vencida del 11.3 por ciento, equivalente a 16 mil 94 millones de pesos, casi el doble que la del Infonavit. De continuar esa morosidad en ascenso, enfrentará serios problemas para cubrir las bursatilizaciones realizadas con garantía de pago a través de la recuperación crediticia.

Los principales retos que el Fovissste deberá de enfrentar en los próximos años tienen que ver con el sostenimiento de su programa de financiamiento, en donde cerca de la mitad de los requerimientos del flujo de su programa de crédito se cubre con el pago de hipotecas. En cuanto al modelo operativo, durante el 2013 se revisó el esquema de asignación de créditos vía sorteos que no se centra necesariamente en necesidades de vivienda, así como los procesos de cobranza fuera de nómina o cambio de centro de trabajo, capacidades de financiamiento y de repago.

Como parte de la Política Nacional de Vivienda del Gobierno de la República, en 2013 el Fovissste amplió su programa nacional de créditos para apoyar la reducción del rezago habitacional e instrumentar un nuevo mecanismo de seguridad social para la adquisición de vivienda destinada a policías federales.

Préstamos personales para fortalecer la capacidad adquisitiva

De conformidad con el artículo 157 de su Ley, el ISSSTE cuenta con un fondo específico destinado al otorgamiento de préstamos personales a mejores tasas que las que subsisten en el mercado, con el que contribuye a elevar la capacidad adquisitiva de los trabajadores y pensionados. Dichos préstamos varían en monto, tipo de amortización e intereses, y se otorgan a trabajadores con al menos 6 meses de antigüedad laboral.

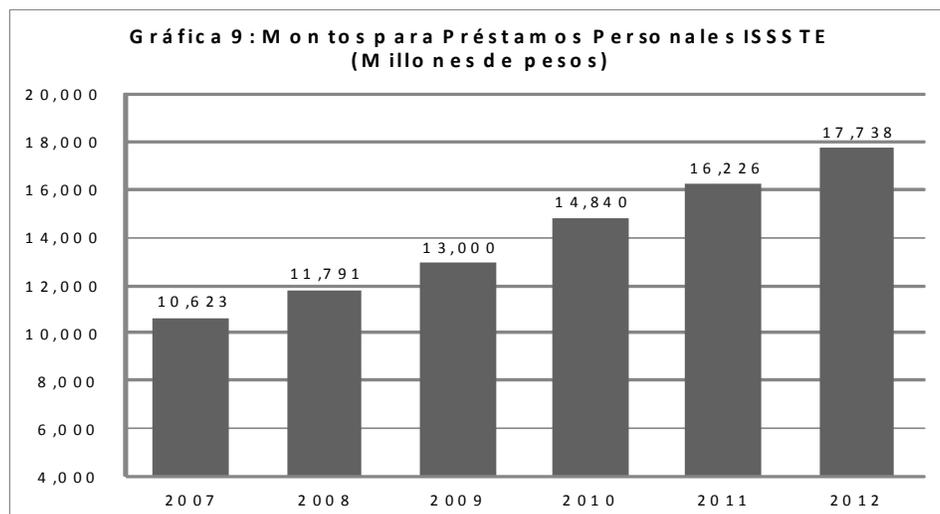
Se destinan a propósitos diferenciados, ya sea adquisición de bienes de consumo duradero, turismo social o aquellos extraordinarios para damnificados por desastres naturales, entre otros.

El crecimiento en el otorgamiento de crédito ha sido constante, lo que llevó al ISSSTE a posicionarse en el 2012, como la tercera institución en préstamos de nómina con más de 17 mil 738 millones de créditos.

Sin embargo, al cierre de 2012, el desfase y desvinculación del proceso de otorgamiento y de recuperación del crédito hizo evidente la necesidad de iniciar un proceso hacia la automatización y adoptar medidas para eliminar registros manuales y retrasos en las órdenes de descuento de los acreditados.

Se detectaron deficiencias en la operación, casos de usurpación de identidad y falsificación de formatos para préstamos, así como trámites presenciales y tiempos de respuesta variados que afectaron la percepción de los derechohabientes.

El ritmo de crecimiento sostenido que registró el Programa de Préstamos Personales del ISSSTE, como lo muestra la gráfica 9, exige ahora la adopción de acciones de mejora, seguridad y certeza de la información para abatir riesgos, recuperación oportuna y de daño patrimonial.



Fuente: Elaboración propia con base en el Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012 del ISSSTE.

Servicios sociales

Comprende al conjunto de actividades culturales, deportivas y recreativas que busquen propiciar la integración social y familiar y elevar los niveles y la calidad de vida de los derechohabientes. Típicamente estas actividades consisten en espectáculos, concursos, exposiciones, talleres, cine, conferencias, visitas guiadas, recreación e iniciación al deporte, los programas para promover un envejecimiento digno y favorable, así como los servicios funerarios.

También incluye a las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDIS), que al finalizar el 2012 se encargaron de brindar cuidados a 35 mil 97 infantes, de los cuales 24 mil 159 niños fueron atendidos en 123 estancias propias y 11 mil 818 en 120 subrogadas, cifras que representan un incremento marginal del 0.2 por ciento respecto del 2011.

Esta infraestructura resulta insuficiente para atender la demanda, lo que motiva listas de espera de padres de familia para acceder a esta prestación.

La otra vertiente de las acciones de cuidado se refiere a los adultos mayores, en donde al finalizar el 2012 se estimó que los programas del ISSSTE orientados a promover un envejecimiento activo, digno y saludable sólo cubren aproximadamente a 200 mil adultos mayores, aproximadamente a poco más del 23 por ciento de los jubilados y pensionados a esa fecha. La curva de envejecimiento de su derechohabencia genera presiones adicionales para el tratamiento de formas de discapacidad vinculadas a la edad, insuficiencia de infraestructura, capacidad institucional, personal médico y paramédico especializado en temas geriátricos y en cuidados de largo plazo. Esta situación exigirá a partir de ahora una atención prioritaria para el ISSSTE en favor de estos grupos vulnerables.

Los otros servicios sociales, como hospedaje en dos hoteles y balnearios, los servicios funerarios e incineración en 11 unidades, 58 centros culturales, 43 bibliotecas, 103 talleres para pensionados y jubilados y 63 centros de capacitación, entre otros, forman parte de esta línea de atención del ciclo de vida que también atiende el ISSSTE.

En el marco de las acciones de inclusión y protección social, el ISSSTE deberá de invertir en infraestructura, en capacidades operativas y humanas para brindar servicios sociales y culturales con calidad, equidad y calidez. Se requerirá direccionar recursos y hacer más eficiente el gasto para cubrir las necesidades de los padres y madres que dejan en custodia temporal a los infantes que asistan a las EBDIS, incorporar a niños con discapacidad, abatir el rezago hasta eliminar las listas de espera que priven a los padres y madres de ejercer un derecho legítimo.

El Instituto tendrá que re-orientar y mejorar sus programas de prestaciones y servicios para que cubran las necesidades actuales y futuras de sus derechohabientes de manera más eficaz, optimizando recursos y celebrando alianzas con organizaciones de la sociedad civil. La inversión en actividades recreativas, culturales, deportivas y asistenciales constituye, a la larga, un ahorro en salud pública y en un beneficio de justicia social de alto impacto.

Gestión Administrativa y Desarrollo Institucional

Posicionar al ISSSTE dentro de los estándares de calidad de gestión pública con una base tecnológica que garantice eficiencia y eficacia en el cumplimiento de sus responsabilidades, constituye un imperativo para hacer de la transformación institucional el medio a través del cual se recupere el prestigio y aprecio de la derechohabencia.

En la institución laboran alrededor de 100 mil empleados, lo que lo convierte en el tercer empleador del sector público federal y el séptimo del país. Por su volumen de operaciones, es el cuarto comprador más importante del Gobierno Federal, y también es el cuarto receptor de recursos del Gobierno Federal.

Sin embargo, al finalizar el 2012 había un desequilibrio en la estructura ocupacional de las áreas encargadas de la atención directa a la derechohabencia. En los servicios de salud de los tres niveles de atención, la sobrecarga de actividades se concentró en ciertos horarios y áreas troncales, y la carencia de plazas en otros provocó sobredemanda de usuarios y baja productividad en la capacidad resolutoria de las unidades médicas.

La estructura delegacional del Instituto está conformada por 35 delegaciones, con 31 unidades a nivel estatal y 4 regionales en el Distrito Federal. Se encargan de prestar los 21 seguros, prestaciones y servicios a los derechohabientes en su ámbito de circunscripción territorial. Son responsables de ofrecer atención médica en el primer y segundo nivel, así como de los programas del Instituto y de los servicios relacionados con el fondo de la vivienda.

La interacción con las áreas centrales las obligó a desarrollar procesos operacionales poco estandarizados, con márgenes de discrecionalidad, tiempos discontinuos de respuesta y resultados desiguales. Algunas delegaciones concentran un elevado número de derechohabientes, que las somete a esfuerzos de atención por empleado muy altos. La asignación de los recursos presupuestales no se realizó con base en el universo de derechohabientes por atender o por sus necesidades de servicio. Se detectó un débil seguimiento a la recaudación de las cuotas y aportaciones en las Entidades Federativas, así como en la recuperación de los préstamos y pago de beneficios pensionarios.

Al finalizar 2012, se encontró un padrón inmobiliario desactualizado que estaba integrado por 1 mil 045 inmuebles, que requirió de análisis sobre sus antecedentes de propiedad o posesión, su viabilidad de uso, seguridad, funcionalidad y aprovechamiento integral. Fue necesario trabajar en un inventario actualizado de los edificios propiedad del Instituto, así como de sus características físicas para la operación cotidiana.

En este sentido, se tuvo que diseñar y ejecutar una estrategia integral que permita optimizar el uso, conservación, aprovechamiento y destino final del patrimonio inmobiliario propiedad del Instituto. Ello hará posible alinear la infraestructura inmobiliaria con la composición de la población derechohabiente, y la infraestructura médica con la demanda de salud.

Ese año, el Instituto realizaba sus procesos con cerca de un centenar de sistemas de información con distintos esquemas operativos, sin interoperabilidad, con capacidades poco robustas en materia de funcionalidad y seguridad, lo que le restó calidad y certeza a las transacciones con los derechohabientes.

La ausencia de sistemas de información robustos limitó la seguridad, la confiabilidad, certeza y calidad de los datos relacionados con la afiliación y vigencia de los derechos sobre los que se fundamentan el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios sociales que por Ley le corresponde al ISSSTE con sus derechohabientes. En función de ello, los procesos de pago de beneficios pensionarios, de otorgamiento de préstamos y su recuperación oportuna, se hicieron cada vez más complejos y dependieron de registros manuales al carecer de una misma fuente de origen de datos.

La plataforma tecnológica del Instituto no evolucionó al ritmo de las necesidades, por lo que su obsolescencia obligó a buscar alternativas a través de la tercerización de servicios sin resultados óptimos.

La escasa integración funcional de las áreas internas del ISSSTE generó problemas de comunicación y de coordinación eficiente al ejecutar, de forma aislada, los distintos programas relacionados con los seguros, prestaciones y servicios a cargo del Instituto. Los silos de operación y de información se tradujeron en mayores costos operativos, duplicidad de esfuerzos, asignación y ejercicio deficiente de recursos, y en un grado creciente de insatisfacción entre los derechohabientes por la desatención, tiempos de espera o retraso en la satisfacción de sus demandas.

De igual forma, se presentó un desfase y desarticulación con las áreas requirentes en la detección de necesidades materiales, lo que retrasó la adecuada planeación de adquisiciones y, por tanto, la oportuna realización de actividades sustantivas. Esta situación impactó la atención y satisfacción del derechohabiente en la medida que la adquisición y suministro de insumos indispensables (medicamentos y otros insumos médicos) no se realizaron a tiempo.

Esa desatención en los temas relevantes del desarrollo institucional alejó al ISSSTE de su misión original y motivó una alta insatisfacción e inconformidades en la derechohabiencia, que se tradujo en 13 recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) en 2012.

Los sistemas de control interno y de evaluación del desempeño mostraron limitaciones, ante la imposibilidad de aportar criterios de medición y seguimiento consistentes y sistematizados. Se detectó un proceso poco eficiente de diseño y agregación de indicadores, sin una visión integral y con deficiencias de formulación. La mayoría de los indicadores se centraron en medir actividades y procesos de gestión, por lo que la evaluación del desempeño institucional adoleció de un enfoque estratégico que midiera resultados y permitiera impulsar procesos de mejora continua.

La falta de vinculación entre la planeación y el proceso de programación-presupuestación, aunado a las limitantes de un presupuesto inercial, redujo los márgenes de actuación del Instituto y redundó en exceso de movimientos y adecuaciones presupuestarias. Por otro lado, se desincentivó la innovación al operar constantemente con presupuesto insuficiente para las necesidades detectadas.

En 2012, para enfrentar el déficit de operación del Instituto, se requirieron poco más de 15 mil millones de pesos como transferencias no pensionarias en el Presupuesto de Egresos de la Federación. En consecuencia, las restricciones presupuestales y la insuficiencia de ingresos suficientes obligan a una priorización de acciones centradas en la eficiencia y la sostenibilidad financiera del Instituto.

ANTECEDENTES Y ELEMENTOS DE ALINEACIÓN AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018

Durante el 2013, el Presidente de la República aprobó un conjunto de políticas y estrategias nacionales³ para priorizar la acción de gobierno y garantizar la congruencia de las políticas públicas con las metas nacionales del PND 2013-2018.

Con base en esas directrices, el ISSSTE realizó la revisión de los modelos de atención y procesos internos para fortalecer la vocación social del Instituto y asegurar la calidad, calidez, cobertura y capacidad resolutive de los seguros, prestaciones y servicios que otorga su derechohabencia.

En ese año, el Instituto adoptó un conjunto de acciones y procesos centrados en elevar la calidad de la atención al derechohabiente y de las capacidades de respuesta de las áreas de servicio.

Mejorar modelos de servicio

En materia de seguridad social, se establecieron reglas para estandarizar los procesos de otorgamiento de beneficios pensionarios, el otorgamiento de préstamos personales y su recuperación. Se logró reducir los tiempos de respuesta y los trámites presenciales, a fin de garantizar oportunidad y eficiencia en su atención.

Las prestaciones y servicios sociales se focalizaron en favor de la inclusión e igualdad de género, la atención a grupos vulnerables, y el respeto a los derechos humanos. Se creó el Centro de Estudios y Apoyo a la Mujer (CEAM), se redefinió el Centro Nacional de Atención al Envejecimiento (CENAE), y se adoptaron acciones para abatir las listas de espera e incorporar a menores con discapacidad en las EBDIS. Con la CNDH, se suscribió un convenio para realizar cursos de capacitación al personal del ISSSTE en materia de derechos humanos, no discriminación y de sensibilización para atender con calidad y calidez a los derechohabientes.

En materia de salud, se inició el tránsito de la perspectiva centrada en curación hacia la de prevención, a través del fortalecimiento del Programa PrevenIssste para la detección de enfermedades crónico-degenerativas. Se remodelaron los puntos de primer contacto (salas de espera, baños y rampas de acceso) con los derechohabientes en diversas unidades médicas. En los hospitales de alta especialidad, se introdujeron medidas para estandarizar los procesos de prescripción de medicamentos y un sistema de indicadores de desempeño para evaluar los resultados en el tercer nivel de atención.

Fortalecer las capacidades de gestión

En materia de adquisiciones, se adoptaron acciones para el fortalecimiento de las compras y cadenas de suministro. Se logró optimizar recursos mediante compras consolidadas y la revisión de condiciones para la contratación de servicios integrales, además de medidas de control sobre el suministro, distribución y uso de insumos y medicamentos.

En materia de presupuesto se modificó el enfoque para su formulación, privilegiando indicadores de desempeño y de productividad en lugar de asignaciones basadas en el comportamiento histórico e inercial.

Minimizar riesgos operativos en materia de integridad de datos

Se fortalecieron los procesos de unificación de movimientos y registros en materia de afiliación y vigencia de derechos para preservar la integridad, veracidad y seguridad de la BDUD, como fuente central de información a la que se vinculan los procesos y transacciones con derechohabientes de las áreas sustantivas y órganos desconcentrados del Instituto.

³ Se refiere a la Política Nacional de Vivienda, Turística, de Salud, a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, así como la Estrategia Nacional Digital.

Se creó un Comité Técnico de Administración de Datos Institucionales que, como órgano colegiado, se encarga de establecer los lineamientos, directrices y los criterios operativos en materia de gobierno de datos.

La estrategia de trabajar en opciones de consulta e intercambio de datos en los sistemas institucionales de información permitió iniciar un proceso de digitalización en algunos trámites y servicios, que evitan que los derechohabientes acudan a las oficinas del Instituto a realizar diversos trámites de manera presencial. El propósito es incrementar su número, a fin de acercar al ISSSTE a los centros de trabajo y hogares de los derechohabientes, evitando así su desplazamiento hacia las oficinas del Instituto.

Este conjunto de acciones en los tres frentes de actuación, le permitió al Instituto liberar capacidades, reordenar procesos y optimizar recursos en beneficio de los derechohabientes de cara a una planeación y ejecución de programas acorde a las metas, estrategias y objetivos del PND 2013-2018 y los programas que de él se derivan.

ALINEACIÓN A LAS METAS NACIONALES

En el siguiente cuadro se muestran los objetivos del Programa Institucional 2014-2018 del ISSSTE que buscan dar cumplimiento a las metas nacionales establecidas en el PND 2013-2018., en congruencia con los objetivos de diversos programas sectoriales

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del objetivo de la Meta Nacional	Objetivos de Programas Sectoriales	Objetivo del Programa Institucional
II. México Incluyente	Objetivo 2.4 Ampliar el acceso a la seguridad social.	Estrategia 2.4.1 Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales. Estrategia 2.4.2 Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población.		Objetivo 1 Fortalecer la red de servicios y cobertura en materia de seguridad social para incrementar la protección y el bienestar de las personas.
	Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud.	Estrategia 2.3.1 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. Estrategia 2.3.2 Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Estrategia 2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. Estrategia 2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	Programa Sectorial de Salud: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.	Objetivo 2 Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez.

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del objetivo de la Meta Nacional	Objetivos de Programas Sectoriales	Objetivo del Programa Institucional
II. México Incluyente	Objetivo 2.2 Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.	Estrategia 2.2.2 Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población.	Programa Sectorial de Turismo: 5. Fomentar el desarrollo sustentable de los destinos turísticos y ampliar los beneficios sociales y económicos de las comunidades receptoras.	Objetivo 3 Consolidar la prestación de servicios sociales y culturales en favor de la equidad, la inclusión y el desarrollo integral de los derechohabientes.
		Estrategia 2.2.4 Proteger los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena.	Programa Sectorial de Desarrollo Social: 4. Construir una sociedad igualitaria donde exista acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos de todas las personas.	
IV. México Próspero	Objetivo 4.3 Promover el empleo de calidad.	Estrategia 4.3.2 Promover el trabajo digno o decente. Estrategia 4.3.4 Perfeccionar los sistemas y procedimientos de protección de los derechos del trabajador.	Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano: 4. Fomentar el acceso a la vivienda mediante soluciones habitacionales bien ubicadas, dignas y de acuerdo a estándares de calidad internacional.	Objetivo 4 Contribuir al mejoramiento continuo en las prestaciones del derechohabiente para incidir en la formación de un patrimonio familiar.
II. México Incluyente	Objetivo 2.4 Ampliar el acceso a la seguridad social.	Estrategia 2.4.3 Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.		Objetivo 5 Garantizar la eficiencia y sostenibilidad del Instituto para cumplir íntegramente con los seguros, prestaciones y servicios de los derechohabientes.

El Objetivo 2 “Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez”, está alineado al Programa Sectorial de Salud en casi todos sus objetivos a través de estrategias concretas de promoción, prevención y atención por grupos prioritarios; calidad en los servicios de salud, sentar las bases para un esquema de universalización de servicios; gasto eficiente y abasto de insumos médicos, entre otros.

El Objetivo 3 “Consolidar la prestación de servicios sociales y culturales en favor de la equidad, la inclusión y el desarrollo integral de los derechohabientes.”, está alineado al Programa Sectorial del Turismo, en el Objetivo 5 y específicamente la estrategia 5.5 *Crear instrumentos para que el turismo sea una actividad incluyente que brinde oportunidades para que más mexicanos viajen*. Lo anterior se refleja en estrategias de incremento de oferta de un turismo social accesible. Asimismo, este objetivo contribuye al Objetivo 4 del Programa Sectorial de Desarrollo Social, por medio de estrategias enfocadas a la atención de adultos mayores, la protección de derechos de personas con discapacidad y la promoción de acciones para garantizar la equidad de género y la no discriminación.

El Objetivo 4 “Contribuir al mejoramiento continuo en las prestaciones del derechohabiente para incidir en la formación de un patrimonio familiar”, está alineado al Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, cuyo en el Objetivo 4 establece, a través del otorgamiento de créditos para rehabilitar, ampliar o mejorar las viviendas que incidan en la oferta de soluciones habitacionales.

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

Objetivo 1. Fortalecer la red de servicios y cobertura en materia de seguridad social para incrementar la protección y el bienestar de las personas.

Relevancia del objetivo:

En armonía con lo estipulado en el artículo 123, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que garantiza el derecho a la seguridad social de los trabajadores del Estado, la Ley del ISSSTE establece la prestación de seguros de riesgos del trabajo, de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, así como de invalidez y vida.

De igual manera, el ISSSTE se alinea a lo establecido en el PND 2013-2018 que dispone otorgar una mayor cobertura a la población en materia de protección social.

A mayor eficiencia operativa, los derechohabientes gozarán de servicios y prestaciones de forma más rápida y eficaz, y se traducirá en una percepción de mayor satisfacción sobre la actuación institucional. Esta tarea de mejora continua requiere de procesos estandarizados, de fuentes de información consistentes y de reglas operativas enfocadas a las características y necesidades de los derechohabientes.

Adicionalmente, es fundamental instrumentar acciones que permitan que el rendimiento de las cuentas individuales de los trabajadores del Instituto sea el óptimo. Las condiciones de competitividad están relacionadas, a su vez, con distintas estrategias de carácter interno y de posicionamiento en el mercado.

Estrategia	1.1 Mejorar los niveles de satisfacción del derechohabiente.
Líneas de Acción.	
1.1.1	Ajustar los modelos de atención.
Estrategia	1.2 Contribuir en la construcción de una cobertura universal de servicios de seguridad social.
Líneas de Acción.	
1.2.1	Mejorar el acceso efectivo a los servicios de seguridad social en la población.
Estrategia	1.3 Garantizar la protección en materia pensionaria a los derechohabientes durante su vida laboral, retiro y muerte.
Líneas de Acción.	
1.3.1	Fortalecer la cobertura de los seguros de riesgo de trabajo, de invalidez y vida.
Estrategia	1.4 Incrementar la eficiencia en el esquema de pensiones.
Líneas de Acción.	
1.4.1	Establecer mecanismos de control para el procesamiento eficaz de los cálculos y pagos de pensiones.
1.4.2	Aumentar el número de afiliados a través de campañas publicitarias y simplificación de procesos de atención.
1.4.3	Elevar la competitividad del manejo de cuentas individuales al fortalecer las capacidades para generar rendimientos.
1.4.4	Revisar la normatividad e impulsar procesos de mejora en el otorgamiento oportuno de pensiones.
1.4.5	Potenciar el uso de sistemas para el cumplimiento oportuno de sentencias en pensiones.

Las presentes estrategias y líneas de acción consideran los programas transversales establecidos por el Poder Ejecutivo Federal, y consideran especialmente las líneas específicas que el ISSSTE habrá de retomar del Programa para Democratizar la Productividad.

Con base en lo anterior, se consideran las siguientes líneas de acción transversales:

- Promover la cobertura universal de la seguridad social, estimulando la creación de empleos formales y la flexibilidad laboral.
- Fortalecer los programas de inspección y fiscalización para promover el cumplimiento de las obligaciones en materia de afiliación a la seguridad social.

Objetivo 2. Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez.

Relevancia del objetivo:

Conforme a lo establecido en los artículos 1o. y 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la salud es un derecho humano y social que debe protegerse y garantizarse de manera efectiva y oportuna. La prestación de servicios de salud es parte de la actuación del ISSSTE, por lo que uno de los objetivos principales del presente programa es realizar acciones que garanticen el acceso a los servicios de salud con calidad, calidez, capacidad resolutive y eficacia.

Asimismo, el reto que se deriva del PND 2013-2018 es asegurar el acceso a los servicios de salud con calidad. En esta perspectiva el ISSSTE deberá participar en la reorganización del sector, que demandará: integración funcional de acuerdo a capacidades, cuadro básico para la homologación e intercambio de servicios y esquema de pagos, así como sistemas de información robustos sobre beneficiarios para hacer válida la portabilidad de coberturas.

Lograr que los servicios de salud sean otorgados con calidad y calidez requiere de esfuerzos en varios sentidos. Por un lado, reforzar la atención preventiva enfocada en las enfermedades cuya incidencia se incrementó en los últimos años y, por otra parte, incrementar la supervisión clínica en la medicina curativa al mismo tiempo que se expanden las capacidades de infraestructura y productividad de los recursos humanos. Las acciones de promoción, protección y prevención deben articularse para lograr el mejoramiento de la salud, el bienestar y satisfacción de los derechohabientes.

Estrategia	2.1	Ajustar modelos de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
Líneas de Acción.		
	2.1.1	Fortalecer programas de prevención de salud y detección temprana de enfermedades.
	2.1.2	Definir programas de atención especializada a grupos prioritarios.
	2.1.3	Reforzar la prevención de adicciones.
	2.1.4	Fomentar la salud sexual y reproductiva.
Estrategia	2.2	Impulsar el otorgamiento de servicios de salud a la población derechohabiente con calidad y calidez.
Líneas de Acción.		
	2.2.1	Liberar capacidad utilizada en procesos no indispensables.
	2.2.2	Eficientar procesos operativos para aumentar la productividad de los centros de salud.
	2.2.3	Revisar proceso de referencia y contra-referencia para direccionar demanda a otras unidades médicas.

Estrategia	2.3 Fortalecer y expandir capacidades de infraestructura y de recursos humanos del Instituto.
Líneas de Acción.	
2.3.1	Formular un plan rector de infraestructura en función de la demanda potencial y de esquemas de intercambio de servicios.
2.3.2	Ejecutar un plan rector a través de opciones de costo eficientes, que incluyan convenios con entidades públicas, subrogación, APPs, construcción de nuevos centros.
2.3.3	Desarrollar procesos de formación de capital humano que eleven el nivel de competencias y el desempeño, y colaborar con otras instituciones para su formación.
2.3.4	Redefinir procesos actuales de atención para mejorar la calidad, los tiempos y la productividad del personal de salud.
2.3.5	Optimizar la plantilla de personal en Unidades Médicas.
2.3.6	Fomentar el cambio de hábitos en los trabajadores para hacer más eficiente y satisfactorio el desarrollo de la jornada laboral.

Estrategia	2.4 Supervisar la calidad clínica.
Líneas de Acción.	
2.4.1	Crear sistemas de interacción para monitorear principales resultados y riesgos en la atención.
2.4.2	Implementar acciones para mitigar riesgos a la seguridad del paciente.
2.4.3	Actualizar y definir, en su caso, nuevos protocolos de atención para tratamientos clínicos.
2.4.4	Crear mecanismos para monitorear apego a tratamientos.

Estrategia	2.5 Mejorar la experiencia del derechohabiente.
Líneas de Acción.	
2.5.1	Fortalecer mecanismos para monitorear regularmente la satisfacción del derechohabiente.
2.5.2	Implementar acciones de mejora relacionados al entorno físico de los centros de salud.
2.5.3	Simplificar procesos que involucren atención al derechohabiente para incrementar eficiencia en la atención.
2.5.4	Optimizar la productividad y el desempeño en las Unidades Médicas de los tres niveles.
2.5.5	Mejorar los procesos de adquisición, abasto, distribución y control de uso de medicamentos.
2.5.6	Consolidar las plataformas tecnológicas para eficientar procesos.

Estrategia	2.6 Preparar al ISSSTE para un esquema de universalización de servicios.
Líneas de Acción.	
2.6.1	Coordinar entre Instituciones de Salud el alcance de los servicios, procesos y reglas de uso para la transferencia de pacientes.
2.6.2	Establecer catálogos de costos para los distintos servicios prestados por el ISSSTE.
2.6.3	Establecer sistemas para el intercambio de información de pacientes y para el pago de servicios.
2.6.4	Incentivar la formación conjunta de capacidades de infraestructura y de recursos humanos.

Objetivo 3. Consolidar la prestación de servicios sociales y culturales en favor de la equidad, la inclusión y el desarrollo integral de los derechohabientes.

Relevancia del objetivo:

El PND 2013-2018 establece acciones que promuevan una sociedad equitativa e incluyente, principalmente enfocado en respetar los derechos de las personas en situación vulnerable. Es por ello que es necesario consolidar en el ISSSTE el otorgamiento eficaz de los servicios sociales y culturales, por medio de acciones provistas con perspectiva e igualdad de género, con un enfoque de derechos humanos y de atención especializada en cada ciclo de la vida de los derechohabientes a fin de mejorar su integración social.

Cualquier servicio social o cultural deberá ser evaluado en su desempeño, al igual que la red comercial dedicada a la adquisición de productos básicos y de consumo, así como los servicios turísticos a precios accesibles. De esta manera, un ISSSTE eficaz contribuye en la capacidad de ahorro y, por lo tanto, en la calidad de vida de su derechohabiente.

Por otro lado, se deben mejorar los procesos para soportar la demanda de los servicios de estancias infantiles, y los modelos de operación en los órganos desconcentrados.

Respecto a la inclusión y desarrollo integral de los derechohabientes, se diseñarán nuevas políticas específicas de atención a adultos mayores y mujeres. Complementariamente se realizarán capacitaciones dirigidas al personal del instituto sobre un enfoque de igualdad de oportunidades, observancia de los derechos humanos, la no discriminación y atención a personas con discapacidad.

Estrategia	3.1	Articular políticas que atiendan cada etapa del ciclo de vida de la población.
Líneas de Acción.		
	3.1.1	Ampliar la cobertura y mejorar la seguridad de las estancias infantiles.
	3.1.2	Diseñar programas de orientación y capacitación para el autocuidado, la alimentación nutritiva y hábitos saludables.
	3.1.3	Promover la creación de estancias de día para adultos mayores.
	3.1.4	Crear programas sociales orientados a mantener activo y saludable al adulto mayor.
Estrategia	3.2	Proteger los derechos de las personas con discapacidad.
Líneas de Acción.		
	3.2.1	Desarrollar programas que promuevan el desarrollo integral y la inclusión social de las personas con discapacidad.
Estrategia	3.3	Optimizar los servicios de turismo social.
Líneas de Acción.		
	3.3.1	Fomentar la oferta de servicios turísticos accesibles y de calidad para la población.
	3.3.2	Mejorar la atención al derechohabiente, considerando canales de comunicación alternativos y electrónicos.
	3.3.3	Mantener en equilibrio las finanzas en materia de turismo social.

Estrategia	3.4	Mejorar la prestación de servicios culturales, deportivos y funerarios.
Líneas de Acción.		
	3.4.1	Mejorar atención a los derechohabientes.
	3.4.2	Mejorar la atención y acceso a los servicios funerarios.
	3.4.3	Promover eventos culturales y deportivos que atiendan las necesidades de la derechohabiente.
	3.4.4	Cuidar el equilibrio financiero en la prestación de los servicios culturales, deportivos y funerarios.
Estrategia	3.5	Reorientar el modelo operativo de abasto para cumplir con su misión social y equilibrio financiero.
Líneas de Acción.		
	3.5.1	Reducir el déficit financiero de tiendas de abasto y farmacias.
	3.5.2	Ampliar la gama de productos básicos y de consumo, así como de los medicamentos en autoservicios y farmacias.
Estrategia	3.6	Promover acciones y funciones que garanticen la igualdad de género.
Líneas de Acción.		
	3.6.1	Fomentar mediante las acciones dirigidas a los derechohabientes la equidad entre mujeres y hombres.
	3.6.2	Diseñar e implementar actividades que contribuyan a erradicar la discriminación resultado de falsos estereotipos de género.
Estrategia	3.7	Conservar un enfoque de derechos humanos y no discriminación.
Líneas de Acción.		
	3.7.1	Proporcionar formación y sensibilización en materia de derechos humanos.

Estas estrategias y líneas de acción consideran en general lo establecido en los programas transversales y, de manera específica lo previsto en el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, en la siguiente:

Línea de acción transversal

- Garantizar la portabilidad de derechos a la seguridad social de las mujeres entre los diversos subsistemas.

Objetivo 4. Contribuir al mejoramiento continuo en las prestaciones económicas del derechohabiente para incidir en la formación de un patrimonio familiar.

Relevancia del objetivo:

Conforme a lo señalado en el PND 2013-2018, un empleo de calidad implica que los trabajadores puedan acceder a empleos formales más productivos y mejor remunerados, destacando la participación de la mujer en la economía formal, sin descuidar la protección y garantía de los derechos de los trabajadores.

El ISSSTE contribuye a este objetivo nacional a través del otorgamiento de prestaciones crediticias para préstamos hipotecarios y el financiamiento para vivienda, así como para préstamos personales ordinarios y especiales, para adquisición de bienes de consumo duradero y extraordinarios para damnificados por desastres naturales, de acuerdo a lo establecido en el artículo 4o. de la Ley del ISSSTE.

El Instituto apoya la consolidación del patrimonio de los derechohabientes mediante el otorgamiento de créditos hipotecarios a quienes no han tenido antes ese beneficio y préstamos personales a los derechohabientes que lo requieran. Para que el total de créditos hipotecarios sea significativo, se debe incrementar la eficiencia y eficacia de los procesos de colocación y de cobranza. En el caso de los préstamos personales es necesario incrementar la revolvencia del Fondo y optimizar los procesos de atención, seguridad y recuperación a través de estándares de calidad.

La operación de ambos tipos de crédito requiere de innovación tecnológica y de centros de atención que deriven en atención expedita a los derechohabientes.

Estrategia	4.1	Implementar mejoras en la operación de créditos hipotecarios
Líneas de Acción.		
4.1.1	Reducir tiempos para el trámite de créditos mediante procesos simples y transparentes.	
4.1.2	Modificar la normatividad para el otorgamiento de créditos de vivienda.	
4.1.3	Actualizar los métodos de recuperación de cartera vencida.	
Estrategia	4.2	Abatir el rezago habitacional.
Líneas de Acción.		
4.2.1	Identificar derechohabientes con rezago habitacional.	
4.2.2	Promover la creación de programas de crédito atendiendo a las necesidades de la población con rezago habitacional.	
4.2.3	Canalizar, en su caso, subsidios a la vivienda hacia derechohabientes con mayores necesidades.	
Estrategia	4.3	Mejorar procesos en el otorgamiento y de recuperación de préstamos personales.
Líneas de Acción.		
4.3.1	Establecer módulos de atención, difusión y orientación al derechohabiente para el otorgamiento de préstamos personales.	
4.3.2	Potenciar el proceso de recuperación de crédito.	
4.3.3	Homologar la información de la base de datos de recuperación de crédito con respecto a la BDUD.	
4.3.4	Fortalecer el sistema de seguridad para el otorgamiento de préstamos personales sobre la base de la BDUD en cuanto a formatos, marco normativo, uso de FIEL y oficina virtual.	
Estrategia	4.4	Aumentar el acceso a préstamos personales.
Líneas de Acción.		
4.4.1	Aumentar los recursos disponibles para el otorgamiento de créditos.	
4.4.2	Fomentar mecanismos de cofinanciamiento con otras instituciones.	

Objetivo 5. Garantizar la eficiencia y sostenibilidad del Instituto para cumplir íntegramente con los seguros, prestaciones y servicios de los derechohabientes.

Relevancia del objetivo:

El ISSSTE está comprometido a instrumentar una gestión financiera que contribuya a garantizar la sostenibilidad del Sistema de Seguridad Social, conforme lo establecido en el PND 2013-2018 y los programas que de él se derivan.

En este sentido el Instituto tiene el reto hacer sostenible financieramente los seguros de su responsabilidad, considerando esquemas de financiamiento alternativo que permitan la contratación de seguros de pensiones, la adquisición de equipo y suministros médicos, compras consolidadas de medicamentos, racionalización del gasto de operación, entre otros aspectos de administración operativa, del ejercicio del gasto y la fiscalización del mismo en un ámbito de transparencia y apegado a derecho.

Por lo anterior, el ISSSTE habrá de consolidar un esquema financiero eficiente y sustentable, enfocado a las necesidades que demandan los diferentes seguros, prestaciones y servicios que se otorgan a los derechohabientes. De igual forma, deberá de mantener el equilibrio en su estructura de ingresos y gastos respecto de los seguros, prestaciones y servicios que administra, a fin de enfrentar los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población derechohabiente que repercuten en los sistemas de seguridad social.

Adicionalmente, se encuentra el cumplimiento de la normatividad y mejores prácticas en materia de transparencia y rendición de cuentas, la agenda digital que prevé simplificar procesos y mejorar atención y la consolidación del sistema de evaluación del desempeño.

Estrategia 5.1. Mejorar la transparencia y rendición de cuentas mediante el acceso a la información, la participación ciudadana y las TIC.

Líneas de Acción.

- 5.1.1 Establecer sistemas y procesos que permitan un mejor control de los recursos en cuanto a presupuestación, ejercicio y fiscalización del gasto.
 - 5.1.2 Consolidar y alinear la arquitectura tecnológica e interoperabilidad de los sistemas con la estrategia de mejora en la atención.
 - 5.1.3 Evaluar la estructura orgánica para detectar duplicidades de funciones o plazas injustificadas y proponer diseños alternativos para su implementación.
 - 5.1.4 Establecer y fortalecer mecanismos de consulta e intercambio de información con el sector privado y con Organismos de la Sociedad Civil (OSC) en el ámbito de la política de seguridad social.
 - 5.1.5 Incentivar y facilitar la denuncia de servidores públicos y procesos irregulares de contratación pública.
 - 5.1.6 Incidir en los procesos de clasificación de expedientes reservados y garantizar protección de datos personales conforme a la normatividad vigente.
 - 5.1.7 Instaurar una cultura organizacional enfocada en la consecución y evaluación de resultados y a la rendición de cuentas.
-

Estrategia 5.2 Incrementar la eficiencia operativa del Instituto.

Líneas de Acción.

- 5.2.1 Racionalizar y reducir los gastos en la compra de insumos y de operación administrativa.
 - 5.2.2 Mejorar la eficiencia en el proceso de asignación de créditos hasta la cobranza de los mismos.
 - 5.2.3 Mejorar los procesos de cobranza para acreditados fuera de nómina, en colaboración con otras dependencias.
 - 5.2.4 Implementar esquemas de financiamiento más sostenibles.
 - 5.2.5 Desarrollar esquemas de financiamiento innovadores para el sistema de pensiones.
 - 5.2.6 Generar economías de escala en cuanto al mantenimiento, conservación y aprovechamiento del patrimonio inmobiliario del Instituto.
-

Estrategia	5.3	Crear incentivos para gestionar el desempeño.
Líneas de Acción.		
5.3.1	Establecer mecanismos de planeación, monitoreo y evaluación de acuerdo al modelo de Presupuesto Basado en Resultados.	
5.3.2	Promover la innovación e intercambio de conocimiento a través de cooperación e implementación de mejores prácticas.	
5.3.3	Fortalecer la coordinación entre procesos estratégicos y la información que deriva de ellos.	
5.3.4	Establecer mecanismos para revisión de resultados y evaluaciones del desempeño.	
5.3.5	Incentivar la estandarización de procesos e implementar proyectos de mejora continua.	
Estrategia	5.4	Reorientar el modelo operativo y la estrategia de comercialización relacionada con el abasto de mercancías de consumo y medicamentos hacia su misión social.
Líneas de Acción.		
5.4.1	Ajustar la estrategia comercial y la imagen del órgano desconcentrado que lleva a cabo el abasto social de bienes y medicinas.	
5.4.2	Establecer estándares operativos y de desempeño para la venta de mercancías generales para el abasto social.	
5.4.3	Garantizar la rentabilidad de la venta de mercancías y medicamentos para el consumo social y popular.	
Estrategia	5.5	Evaluar, rediseñar e implementar la agenda digital del Instituto.
Líneas de Acción.		
5.5.1	Agilizar y modernizar el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios que ofrece el Instituto.	
5.5.2	Facilitar la convergencia de sistemas en áreas internas del Instituto y con otras instituciones del sector de la seguridad social.	
5.5.3	Asegurar la portabilidad de coberturas fortaleciendo los sistemas de información entre las instituciones del sector.	
5.5.4	Generar intercambio de información clínica y salud a distancia.	
5.5.5	Consolidar el expediente clínico electrónico y la sistematización de otros servicios al derechohabiente.	

El presente objetivo, así como sus estrategias y líneas de acción consideran a su vez, las líneas de acción de los programas transversales, en particular las:

Líneas de acción transversales

- Impulsar la convergencia de los sistemas y la portabilidad de coberturas en los servicios de salud mediante la utilización de tecnologías de información y comunicación.
- Establecer la personalidad única en salud a través de un padrón general de salud, incluyendo entre otra, información de beneficiarios y profesionales.
- Fomentar la adopción y uso de Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, en el Sistema Nacional de Salud.
- Implementar el Certificado Electrónico de Nacimiento, la Cartilla Electrónica de Vacunación y el Expediente Clínico Electrónico, e integrar información biométrica de pacientes.

- Impulsar el intercambio de la información clínica, homologada y apegada a estándares, de manera interinstitucional e intersectorial mediante TIC.
- Instrumentar mecanismos innovadores de salud a distancia en múltiples plataformas, Telesalud y Telemedicina.
- Fortalecer los mecanismos de difusión de información en salud alineados a la estrategia de datos abiertos.

Finalmente, es importante considerar que las líneas transversales correspondientes al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, se complementarán mediante bases de colaboración suscritas entre las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública con el ISSSTE.

INDICADORES

Ficha por indicador

Indicador 1.1

Elemento	Características
Objetivo Institucional	Objetivo 1. Fortalecer la red de servicios y cobertura en materia de seguridad social para incrementar la protección y el bienestar de las personas.

Indicador	Posición promedio en la industria de las cuatro Siefores del PENSIONISSSTE
-----------	--

Justificación	El ranking de la industria de Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) da cuenta de la posición relativa de las Sociedades de Inversión (SIEFORES), es decir, de los fondos en que se invierten los recursos de las cuentas individuales para el retiro de los trabajadores al servicio del Estado, según el desempeño financiero a un plazo de 57 meses, obtenido como la diferencia entre el rendimiento o ganancias de los fondos invertidos y la comisión cobrada por la AFORE. Este ranking se actualiza cada 15 días y se publica en la página de la Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro (CON SAR).
----------------------	---

Descripción General	Debido a que se publica un ranking para cada una de las cuatro Siefores o productos de inversión operados por PENSIONISSSTE, se reporta un indicador sintético que en lugar de cuatro, da cuenta de un solo "lugar promedio en la industria" que por sus rendimientos y comisiones bajas ocupa PENSIONISSSTE, mediante la asignación de una calificación de acuerdo al cuartil (1o. al 4o.) de la Industria en que se ubique el rendimiento a 57 meses de cada una de las Siefores. Se califica cada una de las Siefores por su posición y se promedia de acuerdo a la siguiente tabla:
----------------------------	--

Posición de la Siefore	Cuartil	Calificación (CSi)
1o. al 3o.	1	100
4o. al 6o.	2	75
7o. al 9o.	3	50
10o. al 12o.	4	25

Indicador 1.1

Elemento	Características
----------	-----------------

Observaciones

Método de cálculo:

Promedio de las calificaciones obtenidas según el cuartil que ocupan, al final del periodo de referencia, las cuatro Siefores en el ranking de la industria de rendimiento nominal a 57 meses: $(CS1+...+CSN)/N$

Donde CSi = CS1, ..., CSN = calificación asignada a cada Siefore de acuerdo con el cuartil de rendimientos nominales a 57 meses en el ranking de la industria

N= número de Siefores

El valor obtenido será una calificación en puntos, de 100, 75, 50 o 25 que servirá para ubicar en qué posición de cuatro (cuartil) en una industria de 12 AFORES, se encuentran los fondos operados por PENSIONISSSTE. Lo anterior como indicador del fortalecimiento y la protección del ahorro para el retiro como componente del sistema de seguridad social en materia de pensiones.

Periodicidad	Anual	
Fuente	Reporte de la Subdirección de Administración de Riesgo del PENSIONISSSTE La información se actualiza cada quince días en la página de la CONSAR http://www.consar.gob.mx/compara_afore/compara_afores.aspx	
Referencias Adicionales	Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (PENSIONISSSTE).	
	Línea Base 2013	Meta 2018**
	100.0	100.0

Indicador 2.1

Elemento	Características
Objetivo Institucional	Objetivo 2. Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez.
Indicador	Recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos al Instituto
Justificación	Da cuenta de la mejora en la percepción del servicio recibido por parte de la población derechohabiente, como resultado de la disminución en las expresiones de inconformidad vía la emisión de recomendaciones por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).
Descripción General	El indicador es constante. Durante 2013 las recomendaciones recibidas se redujeron en 77% con respecto al año anterior, por lo cual se apuesta a mantener el nivel de las mismas al menos igual al obtenido durante el primer año de la administración.
Observaciones	Método de cálculo: Recomendaciones CNDH recibidas en el periodo/Recomendaciones de órganos autónomos recibidas en el periodo anterior = RC_t / RC_{t-1}
Periodicidad	Anual
Fuente	Página electrónica de la CNDH: http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones_Generales
Referencias Adicionales	Secretaría General
Línea Base 2013	Meta 2018
1	1

*El año base, el periodo actual y el periodo anterior son el mismo, ya que se empieza a dar seguimiento a partir del estatus alcanzado en 2013 después de haber reducido en 77% las recomendaciones recibidas respecto al año.

Indicador 2.2

Elemento	Características
Objetivo Institucional	Objetivo 2. Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez.
Indicador	Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 25 años y más.
Descripción General	Muestra la proporción de mujeres derechohabientes de 25 años y más, que fallecen a causa de cáncer de mama, por cada 100,000 mujeres derechohabientes del Instituto.
Observaciones	Método de cálculo: (Defunciones por Cáncer de Mama en el ISSSTE) / (Población femenina derechohabiente amparada del ISSSTE mayor de 25 años de edad) X 100,000 Este indicador contribuye al cumplimiento de la medición nacional registrada en el Objetivo 2 del Programa Sectorial de Salud.
Periodicidad	Anual
Fuente	Reporte de Mortalidad por Cáncer de Mama del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). El reporte tiene un rezago de aproximadamente un año. http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html Inegi. Mortalidad y causas de defunción en mujeres. http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo125&s=est&c=23589 Anuario Estadístico del ISSSTE, Cuadro 1.4 Resumen General de Población Amparada por Grupos de Edad, Sexo y Tipo de Derechohabiente Distrito Federal y Área Foránea. http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo125&s=est&c=23589
Referencias Adicionales	Dirección Médica
Línea Base 2013	Meta 2018**
16.3	16.0

Indicador 2.3

Elemento	Características
Objetivo Institucional	Objetivo 2. Brindar acceso efectivo y oportuno a servicios de salud con calidad y calidez.
Indicador	Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo
Descripción General	Egresos por cada 100,000 derechohabientes. El indicador capta la demanda de atención médica hospitalaria de pacientes con diabetes que desarrollan complicaciones de corto plazo. El resultado es una aproximación al nivel de control que tienen los pacientes de su enfermedad a través de la atención médica primaria.
Observaciones	Método de cálculo: (Egresos hospitalarios con diagnóstico principal de diabetes con complicaciones de corto plazo en población de 15 años y más) / (Total de población de 15 años y más que utiliza servicios públicos de salud) * 100,000. Este indicador contribuye al cumplimiento de la medición nacional registrada en el Objetivo 2 del Programa Sectorial de Salud.

Periodicidad	Anual
	Egresos con diagnóstico de diabetes con complicaciones de corto plazo, códigos E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E13.0, E13.1, E14.0, E14.1 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): Sistema de Información Médico-Financiera (SIMEF), Dirección de Finanzas.
	Población derechohabiente de 15 años y más: Anuario Estadístico Institucional http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/mdir-inst-finanzas-anuarios-anos
Referencias Adicionales	Dirección de Finanzas
Línea Base 2012*	Meta 2018**
14.12	13.5

Indicador 3.1

Elemento	Características
Objetivo Institucional	Objetivo 3. Consolidar la prestación de servicios sociales y culturales en favor de la equidad, la inclusión y el desarrollo integral de los derechohabientes.
Indicador	Porcentaje de atención a la demanda de EBDI'S
Descripción General	El indicador da cuenta de la capacidad de atención a la demanda de servicio en Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil. La demanda del servicio se estima mediante la sumatoria de niñas y niños inscritos en el período actual más el número de niños que se encuentra en lista de espera al cierre del período anterior.
Observaciones	Método de cálculo: (Número de niños inscritos en el período) / (Demanda del servicio) X 100 Demanda del servicio: (Número de niños inscritos en el período + Tamaño de la lista de espera al cierre del período anterior).
Periodicidad	Anual
Fuente	Informe Mensual de Población Infantil (IMPI) de Delegaciones Estatales y Regionales.
Referencias Adicionales	Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos, Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales, ISSSTE.
Línea Base 2013	Meta 2018
84.0%	87.0%

Indicador 4.1

Elemento	Características
Objetivo Institucional	Objetivo 4. Contribuir al mejoramiento continuo en las prestaciones económicas del derechohabiente para incidir en la formación de un patrimonio familiar.
Indicador	Contribución acumulada del ISSSTE a la reducción del déficit habitacional de adquisición de vivienda nacional
Descripción General	Muestra la contribución de ISSSTE a la reducción del déficit habitacional en la adquisición de vivienda durante el período.
Observaciones	Método de cálculo: (Sumatoria de créditos hipotecarios formalizados para adquisición / Déficit habitacional de adquisición de vivienda) X 100.

	Este indicador contribuye al cumplimiento del Objetivo 4 del Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2013-2018. Se tomará como referencia a lo largo de toda la administración el déficit habitacional para adquisición de Vivienda publicado por en este Programa por SEDATU.
Periodicidad	Anual
Fuente	Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2013-2018 http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326473&fecha=16/12/2013 Informe mensual de créditos formalizados en las Entidades Financieras y Departamentos de Vivienda
Referencias Adicionales	Subdirección de Crédito, Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Estado (Fovissste)
Línea Base 2012	Meta 2018
2.14%	2.28%

Indicador 4.2

Elemento	Características
Objetivo Institucional	Objetivo 4. Impulsar el mejoramiento continuo en las prestaciones económicas del derechohabiente para incidir en la formación de un patrimonio familiar.
Indicador	Porcentaje de trabajadores que recibieron un préstamo personal por primera vez.
Descripción General	Muestra la proporción de beneficiarios que recibieron un préstamo por primera vez en el período. El número de beneficiarios potenciales se refiere al número de trabajadores y pensionados con derecho a la prestación (especial, turístico, ordinario, extraordinario).
Observaciones	Método de cálculo: (Número de beneficiarios que recibieron un préstamo por primera vez en el período / Número de beneficiarios potenciales que nunca han recibido un préstamo al cierre del período) x 100
Periodicidad	Anual
Fuente	Informe Trimestral del Sistema Integral de Prestaciones Económicas, Sistema Integral de Crédito (SIPE-SIC).
Referencias Adicionales	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales. Subdirección de Servicios Sociales y Culturales.
Línea Base 2013	Meta 2018**
4.5%	8.10%

Indicador 5.1

Elemento	Características
Objetivo Institucional	Objetivo 5. Garantizar la eficiencia y sostenibilidad del Instituto para cumplir íntegramente con los seguros, prestaciones y servicios de los derechohabientes que ofrece.
Indicador	Déficit en seguro de salud
Justificación	El principal reto del sistema de seguridad social en México es su sostenibilidad financiera; y dentro del mismo, la importancia estratégica de los servicios de salud destaca en tanto la necesidad de ampliar su cobertura, calidad y capacidad de respuesta, cuanto de la procuración de su solvencia financiera con criterios de eficiencia para asegurar su operación. En ese sentido, la mitigación del déficit en los fondos destinados a los servicios de salud del ISSSTE es un elemento indispensable para la sostenibilidad financiera del sistema.

Descripción General	Mide el resultado neto o situación financiera de los fondos disponibles en el ISSSTE para financiar los servicios de salud.
Observaciones	Método de cálculo: [Total de ingresos generados por el Seguro de Salud en el período – Gasto corriente del Seguro de Salud en el período]. Total de ingresos generados por el Seguro de Salud: como está previsto en el Capítulo II de la Ley del ISSSTE, la función prestadora de servicios de salud del Instituto se enmarca en el Seguro de Salud financiado por las Cuotas y Aportaciones previstas en la misma Ley, lo que representa los ingresos totales para el otorgamiento de dichos servicios. Gasto corriente del Seguro de Salud: es todo el gasto en el ejercicio fiscal que no se destina a activo fijo (por ejemplo: infraestructura) sino que representa un consumo.
Periodicidad	Anual.

Indicador 5.1

Elemento	Características
	Informe Financiero Actuarial del ISSSTE en el año correspondiente.
Fuente	http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/informes-y-programas
Referencias Adicionales	Dirección de Finanzas.
Línea Base 2012*	Meta 2018**
2,471.00mdp	Reducir en 8% el déficit real

TRANSPARENCIA

El presente Programa entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, así mismo estará disponible en la sección de “Programas del Plan Nacional de Desarrollo” de la pestaña de Transparencia de la página del ISSSTE (<http://www.ISSSTE.gob.mx>), sección Programas del Plan Nacional de Desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

BM/WB (Banco Mundial/World Bank). World Data Bank. *World Development Indicators (WDI)*. Banco Mundial, 2012. Disponible en: <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do#ranking>, (consultado en enero de 2014).

Centro de Estudios Espinosa Yglesias (CEEY), *El México del 2013, Propuesta para una Pensión Universal*, México, D. F., CEEY. 2013. 74 p. ISBN: 978 607 8036 28 8, disponible en internet: <http://www.ceey.org.mx/site/files/2013propuestapensionuniversal.pdf>, (consultado en enero de 2014).

Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), *Informe sobre la Seguridad Social en América 2013*, 2012, México, D. F., CISS, 104 p. ISBN: 978-607-8088-11-9, disponible en internet: http://www.ciiss.org.mx/index_es.php?mod=informe. (consultado en enero de 2014).

Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), *Informe sobre la Seguridad Social en América 2014*, 2013, México, D.F., CISS, 95 p. ISBN: 978-607-8088-11-9, disponible en internet: http://www.ciiss.org.mx/pdf/editorial/2014/es/informe_completo_2014.pdf, (consultado en enero de 2014).

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012*, México D. F., CONEVAL 2012, 250 p. ISBN: 978-607-95986-1-7, disponible en internet: www.coneval.gob.mx/2FIInformes%2FEvaluacion%2FIEPDS2012%2FPages-IEPDSMex2012-12nov-VFinal_lowres6.pdf, (consultado en enero de 2014).

Gobierno de la República, *Programa para Democratizar la Productividad*, Diario Oficial de la Federación, México (30 de agosto de 2013), disponible en internet: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312422&fecha=30/08/2013(consultado en enero de 2014).

Gobierno de la República. *Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018*, Diario Oficial de la Federación, México (30 de agosto de 2013), disponible en internet: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312418&fecha=30/08/2013, (consultado en enero de 2014).

Gobierno de la República. *Programa para un Gobierno Cercano y Moderno*. Diario Oficial de la Federación, México (30 de agosto de 2013), disponible en internet: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312420&fecha=30/08/2013, (consultado en enero de 2014).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), *Informe Financiero y Actuarial 2013 (IFA)*, 2013, México, D.F. ISSSTE, 179 p., disponible en internet: http://www2.ISSSTE.gob.mx/images/downloads/instituto/quienes-somos/ifa_2013.pdf, (consultado en enero de 2014), (consultado en enero de 2014).

Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012, 200 p., ISBN: 978-607-511-037-0, disponible en internet: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>, (consultado en enero de 2014), (consultado en enero de 2014).

OCDE, *Perspectivas OCDE: México Reformas para el Cambio*, OCDE México 2012, 62 p. disponible en Internet: www.oecd.org/dataoecd/2F/49/363879.pdf, (consultado en enero de 2014).

Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, *Programa Sectorial de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano 2013-2018*, Diario Oficial de la Federación, México (16 de diciembre de 2013), disponible en internet: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326473&fecha=16/12/2013, (consultado en enero de 2014).

Secretaría de Desarrollo Social, *Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018*, Diario Oficial de la Federación, México (13 de diciembre de 2013), disponible en internet: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Transparencia/DocumentosOficiales/Programa_Sectorial_Desarrollo_Social_2013_2018.pdf, (consultado en enero de 2014).

Secretaría de Salud (SS), Dirección General de Evaluación del Desempeño, *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011, Documento de trabajo*, México, SS 2012, 155 p., disponible en internet: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/odh.html>, (consultado en enero de 2014).

Secretaría de Salud (SS), *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*, 2013, SS, México, D. F., 103 p., disponible en internet: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf, (consultado en enero de 2014).

Secretaría de Salud (SS), *Programa Sectorial de Salud 2013 2018*, Diario Oficial de la Federación, México (12 de diciembre de 2013), disponible en internet: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf, (consultado en enero de 2014).

Secretaría de Turismo, *Programa Sectorial de Turismo 2013-2018*, Diario Oficial de la Federación, México (13 de diciembre de 2013), disponible en internet: http://www.sectur.gob.mx/PDF/PlaneacionTuristica/Prosectur_2013_2018.pdf, (consultado en enero de 2014).

United Nations Population Fund (UNFPA), New York, and HelpAge International, *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*, London UNFPA and HelpAge International, 2012, disponible en internet: <http://www.helpage.org/resources/ageing-in-the-21st-century-a-celebration-and-a-challenge/>, (consultado en enero de 2014).

LIGAS DE INTERÉS

- Anuario Estadístico del ISSSSTE: <http://www2.ISSSSTE.gob.mx:8080/index.php/mdir-inst-finanzas-anuarios-anos>
- Fondo de Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Fovissste): www.fovissste.gob.mx
- Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos: <http://inicio.ifai.org.mx/>
- Manual de Indicadores para Evaluación de Servicios Hospitalarios: <http://www.dged.salud.gob.mx/>
- Secretaría de la Función Pública: <http://www.funcionpublica.gob.mx/>
- Secretaría de Salud: <http://portal.salud.gob.mx/>
- SUPERISSSTE: <http://www.SUPERISSSTE.gob.mx/>

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acceso efectivo a los servicios de salud: Se refiere a la definición operativa de la cobertura universal en salud. Esto es, que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive.

Acciones afirmativas o discriminación positiva: Mecanismo para corregir la desigualdad inicial que muestran las mujeres en relación con los hombres, para favorecer la igualdad de condiciones, merced a medidas que equilibren las oportunidades y reduzcan la desigualdad y la discriminación. Son ejemplos de estas acciones: el sistema de cuotas para equilibrar la proporción de cada uno de los dos sexos que participan en puestos públicos, cargos sindicales, órganos de representación, o ciertas actividades profesionales.

Aportación: Recursos que pagan las Dependencias y Entidades a favor de los Trabajadores, conforme a la Ley del ISSSSTE.

Asociación Público-Privada: Cualquier esquema de los descritos en los artículos 2 y 3 de la Ley de Asociaciones Público Privadas.

Aspectos Susceptibles de Mejora: Son los hallazgos, debilidades, oportunidades y amenazas derivados de una evaluación y/o informes, que pueden ser atendidos para la mejora del programa o proyecto de que se trate.

Base de Datos Única del Derechohabiente (BDUD): Instrumento tecnológico que contiene la información individualizada y pormenorizada de los afiliados y sus familiares derechohabientes.

Calidad de la Atención en Salud: Atención que el sistema de salud otorga y que cumple con seis dimensiones: efectiva (mejora en resultados de salud individual y comunitaria, basada en sus necesidades), eficiente (con el mejor uso de los recursos), accesible (oportuna, geográficamente razonable y con los recursos y competencias apropiadas a las necesidades en salud), aceptable/centrada en el paciente (con base en las preferencias y expectativas de los usuarios y la cultura de las comunidades), equitativa (homogénea por género, raza, etnicidad, localización geográfica o nivel socioeconómico) y segura (con los mínimos riesgos y daño a los usuarios).

Capital Humano: Destrezas, conocimientos y orientación de una persona para realizar actividades productivas. El capital humano puede incrementarse invirtiendo en salud, educación, capacitación y con la experiencia laboral.

Comité Técnico de Datos Institucionales: Instancia Colegiada con funciones de orden consultivo, analítico y normativo para garantizar la calidad, veracidad, aprovechamiento oportuno y la integridad de la información relacionada con los seguros, prestaciones y servicios de los derechohabientes. Participan vocales designados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, el Instituto Mexicano del Seguro Social, y las representaciones sindicales que conforman la H. Junta Directiva del ISSSSTE.

Consolidaciones (compra consolidada): Bienes, arrendamientos o servicios de uso generalizado que en una operación conjunta podrán adquirir, arrendar o contratar las dependencias y entidades con objeto de obtener las mejores condiciones en cuanto a calidad, precio y oportunidad, y apoyar en condiciones de competencia a las áreas prioritarias del desarrollo.

Convergencia de los Sistemas: Intercambio de información entre los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud.

Crédito: Derecho de un acreedor o prestamista a recibir de otra, deudora, una cantidad previamente comprometida en condiciones pactadas previa y mutuamente.

Cuota Social: Cantidad diaria que aporta el Gobierno Federal al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, por cada Trabajador conforme a la Ley del ISSSTE.

Cuota: Recursos que pagan los Trabajadores conforme a la Ley del ISSSTE.

Datos Abiertos: Datos digitales de carácter público, accesibles, reutilizables, liberados sin exigir permisos específicos.

Derechohabiente: Los Trabajadores en activo, Pensionados y sus Familiares que cubren los requerimientos y ejercen los derechos derivados de algún esquema de seguridad social.

Desigualdad de Género: Consecuencia de la subordinación de las mujeres que tienen su sustento en las prácticas culturales discriminatorias y excluyentes que se presentan en todos los órdenes de la vida y en las diversas instituciones, naturalizadas hasta el punto de pasar desapercibidas hasta que se analizan con perspectiva de género.

Determinantes Sociales de la Salud: Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Eficacia en la Aplicación del Gasto Público: Lograr en el ejercicio fiscal los objetivos y las metas programadas.

Eficiencia en el Ejercicio del Gasto Público: El ejercicio del Presupuesto de Egresos en tiempo y forma.

El género es un principio de organización que afecta todo el conjunto de las relaciones sociales. La diferencia sexual y su construcción social, permean todo el marco institucional y normativo de las sociedades modernas. Todas las relaciones: económicas, políticas y simbólicas que regulan los intercambios entre los individuos, están modeladas por las jerarquías del género, que se expresan en la desigualdad social, económica y política entre mujeres y hombres y entre diferentes grupos de mujeres y de hombres (Joan Scott, 1999).

Empoderamiento: Se refiere al conjunto de procesos vitales amplios que permiten adquirir capacidades y habilidades para fortalecer los recursos emocionales, intelectuales, económicos, políticos y sociales que permiten a cada individuo o grupo de individuos, enfrentar, y erradicar las diversas formas de opresión, subordinación y sumisión de sus vidas.

Enfermedades Emergentes: Son enfermedades recién identificadas y anteriormente desconocidas que ocasionan brotes, constituyendo un problema de salud pública por el impacto que pueden tener tanto en la salud (enfermedad o muerte) como en la economía.

Enfoque Transversal: Convergencia o corresponsabilidad de varios programas, políticas e instituciones para lograr resultados respecto de grupos de población o áreas de enfoque (desarrollo rural sustentable o desarrollo científico) que enfrentan retos comunes y específicos para su desarrollo.

Equidad: Justicia en la asignación de recursos o tratamientos entre individuos o grupos. En políticas de salud, equidad usualmente se refiere al acceso universal a una atención a la salud razonable y una justa distribución de la carga financiera de la atención a la salud entre grupos de diferentes ingresos.

Estructura Programática: El conjunto de categorías y elementos programáticos ordenados en forma coherente, el cual define las acciones que efectúan los ejecutores de gasto para alcanzar sus objetivos y metas de acuerdo con las políticas definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los programas y presupuestos, así como ordena y clasifica las acciones de los ejecutores de gasto para delimitar la aplicación del gasto y permite conocer el rendimiento esperado de la utilización de los recursos públicos.

Evaluación de Tecnologías en Salud: Análisis multidisciplinario que estudia las implicaciones clínicas, económicas, organizacionales, éticas y sociales del desarrollo, introducción, difusión y uso de las tecnologías en salud, con el objetivo de aportar información para la toma de decisiones y la elaboración de políticas públicas.

Género: Categoría analítica que cruza transversalmente toda la estructura social y puede ser aplicada en todas las áreas del desarrollo social: lo político, lo económico, lo ambiental, lo social, lo cultural y lo institucional. Permite comprender cómo en las sociedades, lo femenino y lo masculino no son simples derivaciones de las diferencias biológicas, sino complejas construcciones sociales cargadas de significación, que se proyectan y activan en las estructuras discursivas y regulatorias de las sociedades.

Guías de Práctica Clínica: Declaraciones que incluyen recomendaciones orientadas a mejorar la atención al paciente. Están basadas en revisiones sistemáticas de la evidencia y en la evaluación de los daños y beneficios de alternativas de atención.

Indicador: Es un instrumento para medir el logro de los objetivos de los programas y un referente para el seguimiento de los avances y para la evaluación de los resultados alcanzados.

Infraestructura: Obra humana diseñada y dirigida al funcionamiento y desarrollo de otras actividades a través de la construcción y/o mantenimiento de la estructura necesaria para su operación.

Institucionalización: Proceso por medio del cual una práctica social se vuelve regular y obligatoria. La institucionalización de la perspectiva de género es el proceso mediante el cual las demandas de las mujeres por la igualdad sustantiva se insertan en los procesos y procedimientos regulares y pasan a formar parte de las normas de las instituciones.

Interoperabilidad: Capacidad de organizaciones y sistemas, dispares y diversos, para interactuar con objetivos consensuados y comunes, con la finalidad de obtener beneficios mutuos, en donde la interacción implica que las dependencias y entidades compartan infraestructura, información y conocimiento mediante el intercambio de datos entre sus respectivos sistemas de tecnología de información y comunicaciones.

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR): Herramienta de planeación estratégica que permite vincular los distintos instrumentos para el diseño, organización, ejecución, seguimiento, evaluación y mejora de los Programas presupuestarios, resultado de un proceso de planeación realizado con base en la Metodología de Marco Lógico.

Portabilidad de Coberturas: Intercambio de servicios efectivo entre los integrantes de los servicios de salud públicos.

Rectoría: Función del sistema de salud que incluye el diseño de políticas; la coordinación intra e intersectorial; la planeación estratégica; el diseño y monitoreo de las reglas para todos los actores del sistema (regulación sanitaria y de la atención a la salud); la generación y coordinación normativa de la información; la evaluación del desempeño y la representación internacional.

Rendición de Cuentas: Condiciones institucionales mediante las cuales el ciudadano puede evaluar de manera informada las acciones de los servidores públicos, demandar la responsabilidad en la toma de las decisiones gubernamentales y exigir una sanción en caso de ser necesario.

Seguridad Social: Sistema implantado bajo un enfoque integral de bienestar del individuo trabajador y su familia, que consiste en proporcionar atención a las necesidades básicas en materia de salud, capacitación, cultura, recreación, apoyo financiero y protección del trabajador en casos de accidente, jubilación, cesantía y muerte.

Sistema de Evaluación de Desempeño: Permite la valoración objetiva del desempeño de los programas y las políticas públicas a través de la verificación del cumplimiento de metas y objetivos con base en indicadores estratégicos y de gestión para: conocer los resultados del ejercicio de los recursos y el impacto social de los programas; identificar la eficacia, eficiencia, economía y calidad del gasto; y mejorar la calidad del gasto mediante una mayor productividad y eficiencia de los procesos gubernamentales.

Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G): Herramienta informática que permite integrar los padrones de los programas de la APF y, en su caso, de las entidades federativas y municipios, en un sistema de información que facilita la planeación estratégica, la ejecución eficaz y la evaluación integral de la política distributiva del país, favoreciendo y garantizando en forma progresiva mayor equidad, transparencia, simplificación administrativa, eficiencia y efectividad.

Sistema Nacional de Salud: Constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Sustentabilidad: Se habla de sustentabilidad cuando se satisfacen las necesidades de la actual generación, pero sin que se sacrifique la capacidad futura de satisfacer las necesidades de las generaciones futuras.

Tecnologías de Información y la Comunicación (TIC): Se refieren a la convergencia tecnológica de la computación, la microelectrónica y las telecomunicaciones para producir información en grandes volúmenes, y para consultarla y transmitirla a través de enormes distancias. Engloba a todas aquellas tecnologías que conforman la sociedad de la información, como son, entre otras, la informática, Internet, multimedia o los sistemas de telecomunicaciones.

Tecnologías en Salud: Cualquier insumo o intervención que pueda ser utilizada en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, rehabilitación o cuidados prolongados. Se incluyen los medicamentos, las vacunas, los dispositivos, los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas de organización e información que se utilizan para la atención a la salud.

Telemedicina: El uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones para proporcionar servicios médicos y de educación en salud a distancia.

Telesalud: Atención sanitaria, en los casos en que la distancia es un factor crítico, llevada a cabo por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información, con fines preventivos, diagnósticos y terapéuticos, así como formación continua de personal capacitado en atención a la salud, incluyendo actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de sus comunidades.

Transición Demográfica: Teoría demográfica que estudia la relación entre población, crecimiento demográfico y desarrollo económico en el tiempo. En el campo de la salud se refiere al análisis de los cambios POBLACIONALES desde una alta mortalidad y natalidad a una baja significativa de ambos eventos que definen, junto con la migración, el proceso de crecimiento y envejecimiento poblacional y su impacto para el sistema de salud.

Transición Epidemiológica: Teoría demográfica que estudia la relación entre las enfermedades, la salud y la mortalidad, de acuerdo con las variaciones en el crecimiento, la densidad y la estructura de la población así como el desarrollo socioeconómico y el avance científico-tecnológico en el tiempo. En el campo de la salud se refiere al análisis de los cambios en el tipo de enfermedades que generan discapacidad o muerte y su impacto para el sistema de salud.

Transversalidad: Método de gestión pública que permite aplicar recursos de distintas esferas a un mismo propósito o programa, cuando los objetivos son complejos y traslapan o sobreponen las fronteras organizacionales sectorizadas. Es un proceso activo de cambio o transformación en las concepciones de un problema público y un método de gestión que requiere de una planeación concertada y coordinada entre agencias, actores y proyectos entre agencias diversas que comparten objetivos, metas, prioridades y permite generar sinergias para responder con mayor eficacia a los problemas sociales.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APF	Administración Pública Federal
BDUD	Base de Datos Única del Derechohabiente
CACyM	Consejo Asesor Científico y Médico
CESSS	Comité de Evaluación y Seguimiento de los Servicios de Salud
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
COFEMER	Comisión Federal de Mejora Regulatoria
COFEPRIS	Comisión Federal Contra Riesgos Sanitarios
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONSAR	Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro
EBDI'S	Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FOVISSSTE	Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ISSSTEMED	Expediente Clínico Electrónico
ISSSTE-TEL	Sistema de Atención Telefónica del ISSSTE
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PbR	Presupuesto basado en Resultados
PENSIONISSSTE	Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado
PREVENISSSTE	Programa en donde se detectan a tiempo Enfermedades Crónico-Degenerativas para el Tratamiento Oportuno
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIEFORES	Sociedades de Inversión Especializada en Fondos para el Retiro
SSA	Secretaría de Salud
SUPERISSSTE	Sistema de Tiendas y Farmacias de los Trabajadores al Servicio del Estado
TURISSSTE	Sistema de Agencias Turísticas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lo anterior, me permito hacerlo de su conocimiento para los efectos legales procedentes.

Atentamente

El Secretario General y Secretario de la Junta Directiva, **Ricardo Luis Antonio Godina Herrera.**- Rúbrica.