



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS

**LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA MEDIANTE
EL MARCADOR BALANCEADO
(BALANCED SCORECARD)
EN LA ADMINISTRACIÓN DEL IMSS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

A C T U A R I A

P R E S E N T A

DELIA CRISTINA ARISTA HERNANDEZ



DIRECTOR DE TESIS
ACT. JOSÉ FABIÁN GONZÁLEZ FLORES

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

1. Datos de la alumna:

Arista
Hernández
Delia Cristina
56 82 26 76
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias
Actuaría
098217319

2. Datos del tutor

Actuario
José Fabián
González
Flores

3. Sinodal 1

Actuario
Víctor Manuel
Solís
Nájera

4. Sinodal 2

Maestra en Finanzas
Leticia Felicidad
Treviño
Saucedo

5. Sinodal 3

Actuario
Mauricio
Aguilar
González

6. Sinodal 4

Maestro en Ciencias
David
Gómez
Téllez

7. Tesis

La Planeación Estratégica mediante el Marcador Balanceado (Balanced Scorecard) en la Administración del IMSS.
96 páginas.
2007

Este trabajo está dedicado a Zoe, por ser el motor de mi existir, por hacer sorprendente mi vida y darle sentido. Gracias por el tiempo que compartiste a ésta tesis.

A Delia, mi mamá, por el amor y la pasión que siempre me ha demostrado. Por el tiempo de su vida que ha dejado en mí.

A Carlos, mi papá, por ser mi impulso y mi apoyo para superar los retos. Por sus sacrificios, por sus enseñanzas y por invitarme a descubrir la vida.

A Gil, por su amistad y complicidad, por lo maravilloso que fue crecer juntos.

A Laura, mi tía, porque me ha tratado como a una hija y ha sido otra madre para mí.

A Paris, mi esposo, por complementar mi vida y ser mi mejor amigo.

A Manuel, Lucy, Teresa, Gustavo, Isa y David porque de un modo u otro han estado a mi lado en los momentos más difíciles de mi vida, brindándome su apoyo y amor incondicional.

A Lupita, Laura , Kary, Bere, Yessy, Omar, Charly, Erick, Tere, Angie y David por creer en mí.

A Aby, Ere, Liz, Martha y Alma por escucharme, entenderme y aceptarme tal cual soy.

Por último, pero no menos importante, te agradezco Fabián por tu apoyo e interés, gracias a los cuales hoy puedo materializar este sueño.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I. LA ADMINISTRACIÓN EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	8
1.1 Introducción.....	9
1.2 La Administración en el IMSS.....	9
1.2.1 Evolución histórica.....	9
1.2.2 Impacto de la toma de decisiones.....	16
1.2.3 En la actualidad.....	16
1.2.3.1 Recursos Humanos.....	17
1.2.3.2 Recursos Materiales.....	21
1.2.3.3 Activos Inmobiliarios.....	22
1.2.3.3 Recursos financieros.....	25
1.2.4 Razones para una visión de innovación.....	27
1.3 Estructura Orgánica.....	28
1.3.1 Desarrollo de la visión.....	29
1.3.2 Misión y Estrategias.....	30
1.4 Políticas Generales.....	31
1.5 Valores Institucionales.....	31
1.6 Diagnóstico.....	32
1.6.1 Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA).....	33
CAPITULO II. EL BALANCED SCORECARD Y SUS MODELOS DE APLICACIÓN	36
2.1 Los modelos de implantación de estrategias.....	36
2.2 Metodología.....	36
2.3 Balanced Scorecard.....	36
2.3.1 Orígenes.....	38
2.3.2 Concepto.....	39
2.3.3 Beneficios.....	39
2.3.4 Perspectivas.....	40
2.3.5 Plan Típico del Desarrollo.....	41
2.4 Mapas Estratégicos.....	42
2.4.1 La perspectiva financiera.....	44
2.4.2 La perspectiva del derechohabiente.....	45
2.4.3 La perspectiva de procesos internos.....	46
2.4.4 La perspectiva de aprendizaje y crecimiento.....	47
2.5 El tablero balanceado.....	47
2.5.1 Definición de métrica y objetivos.....	49
2.5.2 Definición de Indicadores.....	52
2.5.3 Definición de Visión y Estrategias.....	53
2.5.4 Construcción de rutas estratégicas.....	54
2.6 Implementación del BSC.....	55
2.6.1 Modelo de control, seguimiento, comunicación y aprendizaje organizativo.....	56
2.6.2 Definición de iniciativas estratégicas y responsables.....	57
2.6.3 Ciclos de retroalimentación y aprendizaje de la estrategia.....	58
2.6.4 Organización estratégicamente enfocada.....	59

CAPITULO III. APLICACIÓN DEL BALANCED SCORECARD A LA ADMINISTRACIÓN DEL IMSS	62
3.1 El proceso de administración estratégica	62
3.1.1 Despliegue del BSC en instituciones gubernamentales y no lucrativas.	63
3.2 Plan Estratégico Institucional	64
3.2.1 Objetivos estratégicos.....	66
3.3 Construcción del Futuro	66
3.3.1 Reactivación del programa de inversión física.....	67
3.3.2 Modernización tecnológica	69
3.3.3 Desarrollo de los recursos humanos	71
3.4 Procesos Internos.....	72
3.4.1 Desconcentración y simplificación administrativa.....	72
3.4.2 Contar con una organización eficaz y eficiente.....	74
3.5 Administración de los recursos financieros.....	77
3.5.1 Procurar el equilibrio financiero.....	77
3.6 Impacto Social.....	79
3.6.1 Mejorar la calidad de los servicios de salud.....	79
3.6.2 Reforzar las acciones de protección social	81
3.6.3 Ampliar la cobertura de la seguridad social	83
3.6.4 Rendición de cuentas	84
3.7 Monitoreo Control administrativo.....	85
3.7.1 Recomendaciones para garantizar la continuidad	88
CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFÍA	93
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	94
APÉNDICE	95

*"No hay Paz Verdadera sin Justicia Social,
No hay Justicia Social sin Seguridad Social".*

INTRODUCCIÓN

A lo largo de su historia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha sido dirigido de manera acertada y equívoca, siendo por desgracia esta última modalidad la que mayor impacto ha causado en el Instituto, pues lo ha llevado a la difícil situación financiera que ahora enfrenta ante el inminente pago de pensiones, las prestaciones médicas costosas y la insuficiencia de las reservas.

Las malas decisiones sobre el uso de los recursos han sido producto de una deficiente o inexistente planeación, que para cualquier institución competitiva es esencial. Es entonces ahora de vital importancia definir la misión y la visión del Instituto para poder desarrollar una estrategia congruente para que sea capaz de superar sus problemas financieros, lo vuelva competitivo y de valor para los mexicanos, pero aun más vital es que logre implementar su estrategia exitosamente.

Una metodología muy importante y útil para implementar la estrategia es el *Balanced Scorecard*. Mediante el *Balanced Scorecard* se analizará al IMSS desde cuatro perspectivas - la financiera, la de sus derechohabientes, la de sus procesos internos y la de aprendizaje y crecimiento- y con ello poder desarrollar iniciativas adecuadas en cada una de las perspectivas que se apoyen entre sí para el logro de la estrategia. Es necesario también desarrollar medidas y metas para poder monitorear el éxito o fracaso de las iniciativas así como el desempeño de las personas encargadas de desarrollarlas.

Lo anterior permite poder tomar medidas correctivas a tiempo y no caer en el derroche innecesario de recursos en que se cayó en el pasado, además de dar más certeza para alcanzar la estrategia planteada.

La tesis se presenta *grosso modo* en tres capítulos.

En el primer capítulo se hará un recuento de la administración del IMSS a lo largo de la historia y se reflexionará acerca de cómo una inadecuada o nula planeación de los recursos derivaron en la crisis financiera que enfrenta hoy día el Instituto. Así mismo, se pretende plantear “la fotografía” actual que enfrenta el IMSS y las oportunidades, debilidades, fortalezas y amenazas que se le presentan. Todo lo anterior con el propósito de sentar las bases necesarias para poder entender la estrategia del Instituto y la necesidad de coherencia de ésta con su misión y visión que harán posible vislumbrar más adelante la forma de traducir dicha estrategia en acciones.

Por su parte, el segundo capítulo nos introduce a la metodología de traducción de la estrategia conocida como *Balanced Scorecard* y nos presenta los beneficios de su implementación. Se presentarán las perspectivas necesarias a tomar en cuenta, así como la construcción del tablero balanceado que incluirá los temas estratégicos, objetivos, medidas e iniciativas que harán posible la exitosa implementación de la estrategia.

El tercer y último capítulo detalla los pasos de la implementación del *Balanced Scorecard* del Instituto. Se analizarán los principales problemas que pueden enfrentarse en el proceso; así como los objetivos estratégicos que apoyarán, a través de cuatro perspectivas, la exitosa implementación de la estrategia. Replantea además la necesidad de seguimiento y retroalimentación al proyecto, mediante el tablero de control.

CAPITULO I. LA ADMINISTRACIÓN EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

1.1 Introducción

Una buena administración es crucial, para el crecimiento y desarrollo de cualquier Institución, y por buena administración debemos entender una consciente y razonada toma de decisiones. Es eso precisamente lo que ha fallado en varias de las administraciones del IMSS, malas decisiones, falta de planeación, corrupción y falta de visión. En este capítulo haremos un breve recuento de cómo ha sido la administración del Instituto y cómo las malas decisiones le han impactado llevándolo a una preocupante posición financiera y de viabilidad.

Por otra parte daremos un panorama de la situación actual del IMSS y se sentarán las bases para el desarrollo de su *Balanced Scorecard*.

1.2 La Administración en el IMSS

La administración del Instituto -desde su creación en 1943- puede calificarse, salvo contadas excepciones, como ineficiente e improvisada. La falta de planeación y análisis en el diseño de las estrategias y más aún en la toma de las decisiones llevaron al derroche de las reservas que debían destinarse al pago de pensiones. No se consideró la falta que harían éstas ante el incremento de la esperanza de vida de los mexicanos; además de la injustificada apertura de plazas a principios de los ochentas, que hacen que el Instituto enfrente una demanda de pago de pensiones, principalmente de su Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los propios empleados del IMSS, para la cual no está preparada la Institución, pues los recursos que debieron ser destinados para ello ya fueron gastados irrazonablemente.

Por otra parte, la corrupción de que ha sido víctima el Instituto desde su fundación, ya que, como reconoció Ricardo García Sainz, ex director de Instituto Mexicano del Seguro Social (1982-1991), cada año los funcionarios del Instituto desvían hasta 300 millones de pesos en negocios para su beneficio personal. La venta de medicinas ha resultado una forma útil de generar dinero; evadiendo la enorme burocracia y violando los reglamentos internos negocian de manera paralela la venta de dichos medicamentos que a la larga les ha traído importantes beneficios. Además del constante saqueo de materiales y equipo de que es víctima el IMSS de parte de trabajadores de todos los niveles.

1.2.1 Evolución histórica

Para entender la situación que ahora enfrenta el IMSS es necesario conocer un poco de su historia, por ello a continuación haremos una breve reseña de la misma.

Cuadro I.1
Historia del IMSS

1935	Lázaro Cárdenas encomienda el proyecto de seguro social.
1938	El proyecto es aprobado en el Consejo de Ministros y enviado a la Cámara de Diputados
1942	Se envía a las Cámaras la iniciativa de Ley del Seguro Social
1943	Enero, El congreso aprueba la iniciativa y se publica en el Diario Oficial de la federación.
1943-1943	Creación del IMSS. Única huelga de trabajadores.
1946-1952	Inauguración del primer Hospital de Zona "La Raza"
1952-1958	Extensión territorial del IMSS. Creación de las Casas de la Asegurada. Inicia el sistema de medicina familiar y de medicina preventiva.
1958-1964	Entra en operación el Centro Médico Nacional. Se inauguran el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, los Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar y el Centro Vacacional Oaxtepec. Se construyen 13 unidades habitacionales, 42 teatros, así como los deportivos "Morelos" y "Cuauhtémoc".
1964	Estalla conflicto médico
1966-1970	Aumenta el número de asegurados con la incorporación de los mineros y electricistas. Abre al público el Centro Vacacional Oaxtepec.
1970	Reforma a la Ley del Seguro Social para elevar los topes salariales fijados en pesos que habían permanecido estáticos.
1973	Nueva Ley del Seguro Social. Apertura de los grupos de aseguramiento, desaparición de los topes por grupos para establecer una contribución dinámica determinada por una proporción del salario hasta un tope por 10 veces el salario mínimo.
1970-1976	Se construyen 40 Hospitales y 400 clínicas rurales.
1976-1982	Se construyen clínicas rurales en 3 mil 500 comunidades. Se inauguraron dos nuevos centros vacacionales.
1982	Caída ininterrumpida del valor real de las cuotas.
1985	El sismo deja inservible al Centro Médico Nacional. Se da impulso a la consolidación de hasta 10 centros médicos nacionales y al desarrollo de un anillo de contención de hospitales de segundo nivel.
1987	Se establece el derecho a disfrutar de la atención médica a todos los estudiantes inscritos en escuelas incorporadas al sistema educativo nacional.
1982-1988	Se inicia la venta de unidades habitacionales. El IMSS se retira del fútbol profesional y se convierte Metepec en centro vacacional.
1989	Se establecen las pensiones dinámicas, se elimina el pago de cuotas por el pensionado.
1990	Se firmó el primer convenio que permitió a los trabajadores migratorios cubrir cuotas para que sus familiares que permanecieran en México recibieran la atención médica proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
1992	Se estableció el Sistema de Ahorro para el Retiro.
1997	Entra en vigor la nueva Ley del Seguro Social.

En 1935, el General Lázaro Cárdenas encomendó un proyecto de seguro social mediante el cual se otorgaría la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas.

Su principal autor fue el licenciado Ignacio García Téllez. El proyecto de García Téllez fue aprobado en el Consejo de Ministros y enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938. Sin embargo, los diputados consideraron que era conveniente elaborar un documento más completo y fundamentado en estudios actuariales.

Para el mes de diciembre de 1942, se envió a las Cámaras la Iniciativa de Ley del Seguro Social. El Congreso aprobó la iniciativa y finalmente se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1943 la Ley del Seguro Social.

Se estableció el Seguro Social y, para administrarlo y organizarlo, se decretó la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propio, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

Durante este periodo, de creación y formal nacimiento del IMSS, el primer director fue Santos Guajardo, quien sólo permaneció un año en el encargo. En este periodo el Consejo Técnico del Instituto fijó su posición en el sentido de que primero había que recaudar para posteriormente iniciar la prestación de servicios.

Santos Guajardo es sucedido por Ignacio García Téllez, quien logra romper las resistencias obreras y empresariales e inicia la prestación de los servicios en medio de protestas públicas, manifestaciones e incluso de la única huelga de trabajadores del Instituto.

Durante la administración del presidente Miguel Alemán Valdés el director del IMSS fue Antonio Díaz Lombardo. En esta etapa se inauguró el primer Hospital de Zona "La Raza", así como el edificio central del IMSS.

En el periodo presidencial de Adolfo Ruiz Cortines, bajo la dirección de Antonio Ortiz Mena, el IMSS logró reconocimiento y presencia internacional, además preservó el equilibrio financiero mediante la reorganización administrativa. Ortiz Mena puso especial énfasis en la extensión territorial del IMSS, inició la protección a favor de los trabajadores agrícolas, impulsó la creación de las Casas de la Asegurada e inició el sistema de medicina familiar y de medicina preventiva. Al término de su gestión el IMSS estaba consolidado.

A la administración de Benito Coquet (1958-1964), le caracteriza la opulencia. Había una basta cantidad de ingresos porque aún no crecían los pasivos de pensiones. Es entonces que con dichas reservas financia las obras desarrolladas en su gestión.

Construye la infraestructura básica a base de mármoles. Se lanza a extender a toda la República en construcciones propias, modelos de eficiencia y desborda los límites tradicionales de trabajadores urbanos para incorporar, por otras formas de contribución, a los productores de caña de azúcar y a los cortadores eventuales. Por el estado de salud financiera que tenía el IMSS al inicio de su gestión y la alta tasa de crecimiento del sexenio, se tuvo gran capacidad de inversión. Sin embargo, tal capacidad fue rebasada por los afanes de Coquet, quien al término de su gestión dejó un importante pasivo. En su periodo entró en operación el Centro Médico Nacional, construyó y puso en operación clínicas y hospitales en prácticamente toda la República. Inauguró el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, los Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar y el Centro Vacacional Oaxtepec. Construyó 13 unidades habitacionales, 42 teatros, así como unidades de servicios sociales y deportivos bautizados como Morelos y Cuauhtémoc.

Sealtiel Alatraste es nombrado director del IMSS el 1 de diciembre de 1964 y permanece en el cargo hasta al 25 de enero de 1966. Su breve gestión fue particularmente difícil por haber pretendido resolver el pasivo heredado tratando de frenar al Instituto, por la división que se dio entre sus colaboradores y por el estallido del conflicto médico a los quince días de iniciada su gestión. El conflicto no se generalizó porque el Sindicato del IMSS no se unió al movimiento, lo que fue retribuido en la revisión del contrato colectivo llamada "*de Oaxtepec*".

El 26 enero de 1966, fue nombrado director del IMSS el doctor Ignacio Morones Prieto. Morones aumentó el número de asegurados mediante la incorporación de nuevos grupos con alta capacidad contributiva como los mineros y los electricistas. De este modo aprovechó la gran infraestructura heredada y absorbió gradualmente el pasivo de las anteriores administraciones. También abrió al público el Centro Vacacional Oaxtepec, instaló la Comisión Asesora de Empresarios y Trabajadores y canceló el proyecto de la Unidad Revolución. Durante este periodo se cambió la composición de las aportaciones y se redujo a la mitad (12.5%) la aportación del Estado. Con este nuevo esquema se recuperó el equilibrio financiero de la Institución. En este periodo se consolidó la medicina familiar y la organización desconcentrada del Instituto a partir de indicadores de gestión, fórmulas de productividad y balance de elementos apoyado en un proceso normativo y de supervisión.

Carlos Gálvez Betancourt se hace cargo de la dirección del IMSS a partir del 1 de diciembre de 1970 y hasta el 26 de septiembre de 1975. Durante la gestión de Gálvez, se hicieron dos importantes reformas a la Ley del Seguro Social. La primera —al inicio de su gestión— para elevar los topes salariales fijados en pesos que habían permanecido estáticos, provocando un grave abatimiento de las cuotas. La segunda, de gran trascendencia, en el año de 1973, la nueva Ley del Seguro Social, que tuvo como puntos fundamentales la apertura de los grupos de aseguramiento, la desaparición de los topes

por grupos para establecer una contribución dinámica determinada por una proporción del salario hasta un tope por 10 veces el salario mínimo, el establecimiento del régimen obligatorio de guarderías para hijos de madres aseguradas y la creación del régimen IMSS-Solidaridad para brindar atención médica a los habitantes de los polos de profunda marginación, mediante la contribución del gobierno federal, la administración del Instituto y el pago de los beneficiados con trabajo personal a favor de las comunidades a través de 40 hospitales y 400 clínicas rurales.

Jesús Reyes Héroles, queda al frente de esta institución del 27 de septiembre de 1975 al 30 de noviembre de 1976. No impuso cambios en el breve lapso de su administración, su esfuerzo lo concentró en consolidar las tareas en proceso.

La gestión de Arsenio Farell Cubillas —del 1 de diciembre de 1976 al 30 de noviembre de 1982— se caracterizó por la búsqueda del fortalecimiento financiero y el interés por incrementar los servicios con una importante inversión en clínicas y hospitales de toda la República, con una red de primer nivel de atención en las zonas marginadas que permitieron una cobertura a la población marginada que no había sido imaginada. Se cambia el nombre de IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Coplamar y se construyen clínicas rurales en 3 mil 500 comunidades.

En cuanto a prestaciones sociales, se incrementaron las actividades de capacitación y las prácticas deportivas (fútbol); asimismo se inauguraron dos nuevos centros vacacionales. Sin embargo todo el crecimiento en infraestructura, resultó inútil, ya que no fue planeado acertadamente pues se hizo con la intención de integrar a los trabajadores agrícolas con el Banrural como patrón, lo cual finalmente no se concretó, resultando en la subutilización de gran parte de las nuevas unidades de salud. Frente a la crisis de 1982, suspende ordenadamente la inversión y vigila mantener adecuada capacidad de prestación de servicios preservando el equilibrio financiero.

Ricardo García Sainz asume la dirección del IMSS a partir del 1 de diciembre de 1982 y permanece en el cargo hasta el 2 de enero de 1991. Como consecuencia de la crisis de 1982, el país se enfrentó a un crecimiento negativo y a una insuficiencia de divisas, circunstancias que provocaron, en el ámbito institucional, una caída ininterrumpida del valor real de los salarios y, por tanto, del valor real de las cuotas. Se produjo, asimismo, un bajo crecimiento de asegurados y, al mismo tiempo, un incremento en la demanda de servicios. Además, la contribución del Estado sigue disminuyendo (a sólo el 5% del valor de las cuotas), transfiriendo el costo al sector patronal, lo cual incrementa los costos de producción en México, generando una desventaja competitiva para las empresas nacionales. En ese difícil escenario, se donaron durante el periodo presidencial de López Portillo las reservas del IMSS para pago de la deuda externa, para lo cual los trabajadores aportaron “voluntariamente” de dos a tres días de salario.

El sismo de 1985 deja inservible al Centro Médico Nacional, donde se encontraba concentrada la mayor parte de la medicina altamente especializada del país, conocida como de tercer nivel. Esta pérdida determinó la posibilidad de redimensionar el Centro Médico Nacional, reduciéndolo de 2 mil 500 a 800 camas, por lo que su reconstrucción se inicia de inmediato y, al mismo tiempo, se da impulso a la consolidación de hasta 10 centros médicos nacionales y al desarrollo de un anillo de contención de hospitales de segundo nivel, abatiendo los costos y elevando la eficiencia.

En este periodo se realiza la desconcentración de los servicios por la vía de la regionalización. Se crea el Programa de Fomento a la Salud, el Programa Cultural de los Trabajadores, y el programa IMSS-Coplamar pasa a llamarse IMSS-Solidaridad, cuya cobertura se ve reducida al entregar a 14 entidades federativas las instalaciones y los recursos en nombre de una fracasada descentralización. El IMSS se retira del fútbol profesional y se convierte Metepec en centro vacacional.

Es importante señalar que el salario real de los trabajadores del IMSS, en esta gestión, decayó en relación con otras paraestatales, pues se privilegió la creación de nuevas plazas como una medida populista para la generación de empleo.

El 9 de junio de 1987 se estableció el derecho a disfrutar de la atención médica a todos los estudiantes inscritos en escuelas incorporadas al sistema educativo nacional. El costo de estos servicios es cubierto íntegramente por la Federación.

Es mediante la reforma de noviembre de 1988 cuando se eleva la cuantía básica del 20% hasta un 80% y se incrementa el monto de la pensión de viudez del 40% al 90% de la pensión directa.

Es a partir de 1989 que se establecen las pensiones dinámicas, se elimina el pago de cuotas por el pensionado para el disfrute de la atención médica y se amplía a sus familiares. Durante este periodo los salarios mínimos crecieron en 3,169%, en tanto que las pensiones se incrementaron en 8,173%.

En 1990 se firmó el primer convenio que permitió a los trabajadores migratorios cubrir cuotas para que sus familiares que permanecieran en México recibieran la atención médica proporcionada por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Se interrumpe el proceso de descentralización del Programa IMSS-Solidaridad.

A García Sainz le sigue Emilio Gamboa Patrón, quien ocupa el cargo del 3 de enero de 1991 al 30 de marzo de 1993. En estos años, el gobierno federal dio inicio al sistema de ahorro individual. En mayo de 1992, se estableció un seguro de retiro complementario de jubilaciones y pensiones del IMSS y del ISSSTE, denominado Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR).

Genaro Borrego Estrada dirige el Instituto de marzo de 1993 a marzo 2000. Durante su administración entró en vigor, el 1 de julio de 1997, la nueva Ley del Seguro Social. La reforma del sistema de pensiones en México generó 4 costos fiscales importantes:

1. El costo del pago de pensiones a los jubilados existentes antes de julio de 1997.
2. El costo de las pensiones de los trabajadores de la transición que al momento de su retiro seleccionen jubilarse por el viejo sistema de reparto.
3. Los costos de la aportación de la cuota social a las cuentas individuales y de las aportaciones gubernamentales de 0.425% del salario, para la pensión de los trabajadores.
4. El costo de la garantía de las pensiones mínimas.

La trascendencia de esta reforma, su diferida entrada en vigor, la desinformación y la complejidad misma del asunto, reclaman un esfuerzo colectivo para darle transparencia a los efectos que tiene dicha reforma sobre los derechos de los asegurados y sobre la economía nacional.

En la LXXVII Asamblea General del IMSS, celebrada el 25 de enero de 1995, el presidente Ernesto Zedillo ordenó la elaboración de un diagnóstico de la situación real del Instituto. Para ese año, el IMSS acusa ya severas deficiencias en la prestación de los servicios en todos los niveles de atención, lo mismo que carencias estructurales. Ambos problemas están determinados por la insuficiencia de las aportaciones. La cuota de equilibrio estimado para el modelo de atención, sin considerar un aumento potencial de la población usuaria, es de 13.5%, lo que comparado con el 12.5% con que se contaba, confirma su desequilibrio financiero. El desequilibrio real es mucho mayor. La llamada cuota de equilibrio indicada en el diagnóstico, es notoriamente insuficiente por no contemplar el pago de la renta por uso de las instalaciones médicas.

El diagnóstico concluye en que el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, además de presentar esquemas de inequidad, tiene un evidente problema de inviabilidad financiera, a partir de proyecciones financieras y actuariales sustentadas.

Al inicio de esa administración, el Seguro de Riesgos de Trabajo presenta una situación de desequilibrio financiero generado por el notorio aumento en la esperanza de vida de los pensionados y por los aumentos decretados a las prestaciones.

El Seguro de Guarderías ofrecía una cobertura sumamente limitada (1 de cada 10 madres con derecho a servicios), situación que constituyó un obstáculo para la incorporación equitativa de la mujer al mercado laboral

El 8 de noviembre de 1995 se envía a la H. Cámara de Diputados la iniciativa de una nueva Ley del Seguro Social, misma que es votada en contra por todos los partidos de

oposición y diputados independientes. Sin embargo el 7 de diciembre de 1995 se aprobó la nueva Ley del Seguro Social.

El 28 de octubre de 1996 el Congreso de la Unión recibió una iniciativa de decreto con dos artículos, que permitió diferir, para el primero de julio de 1997, la entrada en vigor de la nueva Ley del Seguro Social y la Ley de Sistema de Ahorro para el Retiro.

1.2.2 Impacto de la toma de decisiones

Actualmente el Instituto se enfrenta a un gran reto, pues después de más de 55 años de malas decisiones como gastar en inversiones mal planeadas y un sinnúmero de bienes que se acumulan al pasivo de la Institución (que ha llegado a ser hoy en día de 156 mil millones de pesos) su situación económica y permanencia se ven amenazadas. Un agravante más a esta situación es la jubilación que se ve venir en cadena en los siguientes 10 años de casi 80,000 trabajadores del IMSS que fueron contratados en la década de los ochenta, a causa del “boom petrolero” en el periodo presidencial de López Portillo y el crecimiento de la infraestructura con Arsenio Farrel, y que están a punto de cumplir sus 28 años laborales en el Instituto y para los cuales no hay recursos suficientes para su liquidación, pensión y jubilación. Esto significa la jubilación de más empleados del IMSS que en toda la historia de la Institución. Sumado a esto se tiene que considerar las plazas vacantes que habrán de quedar y que tendrán que cubrirse si no quiere ver en riesgo la capacidad del ya saturado servicio médico de la Institución. Santiago Levy, Director del organismo, advirtió en septiembre de 2002, durante una reunión con diputados de la Comisión de Equidad y Género, que sin una reforma estructural, el Instituto Mexicano del Seguro Social perderá en 10 años su capacidad de operación. Agregó, que las perspectivas financieras no son favorables para el Instituto, por lo que el mismo se encuentra en un estado frágil y delicado. No obstante, dijo que México puede y debe extender la cobertura de la seguridad social a los grupos aún excluidos como son los pobres, los trabajadores del sector informal y los migrantes. Para ello, apuntó, se requiere renovar el concepto de seguridad social y desligarlo de su vinculación con el mercado formal de trabajo, es necesario hablar de una seguridad social integrada por seguros solidarios, voluntarios y obligatorios. Si a esto aunamos el hecho de los despidos irracionales de personal valioso para la institución a causa del apretado presupuesto, el capital humano que es vital para el instituto se ha visto reducido mermando la calidad de los servicios.

Debemos recordar que las decisiones son afectadas además por implicaciones políticas a todos los niveles, desde las limitaciones del congreso y el duro cabildeo con el sindicato.

1.2.3 En la actualidad

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de América Latina (cuenta con más de 380,000 trabajadores en todo el país), pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza en México. Cuenta con más de 3,300 unidades médicas y no médicas para la prestación de los servicios y el sector poblacional que cubre es del orden de 38% de la población económicamente activa y es garante del bienestar social y las prestaciones médicas de más de 46 millones de mexicanos.

Sin embargo como consecuencia de una ineficaz e inconstante administración se ha visto rebasado financiera y operativamente para prestar los servicios del nivel que requieren sus derechohabientes. La mayor parte de su presupuesto es absorbida por los salarios y el pago de pensiones. Es por ello que el IMSS se enfrenta al reto más grande de su historia, sobrevivir y ser la gran Institución de seguridad social que México requiere.

1.2.3.1 Recursos Humanos

Parte fundamental para el buen desempeño de una organización, es su capital humano. Es por ello que una institución tan grande como el IMSS requiere de capital humano en calidad y cantidad. A junio de 2006 se reportaron 385,249 plazas cubiertas de las cuales como lo muestra el cuadro I.2, el 76.18% corresponde a personal de base y 4.88% al personal de Confianza B¹, en otras palabras más del 80% de los empleados del IMSS están afiliados al Sindicato Nacional de Trabajadores de Instituto Mexicano del Seguros Social (SNTSS).

¹ Confianza A son aquellos que en términos del artículo 9 de la Ley Federal del Trabajo (LFT) se definen por las funciones desempeñadas, siendo éstas la de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización cuando tengan carácter general, así como las que se relacionen con trabajos personales del patrón. Conforme al Contrato Colectivo de Trabajo (CCT), cláusula 11, el Instituto los designa libremente. Confianza “B” son aquellos considerados en el artículo 9 de la LFT. De acuerdo a la cláusula del CCT, son los designados por el Instituto dentro del universo de trabajadores de base y de confianza “B”, en los términos del Reglamento para la Calificación y Selección de puestos de Confianza “B” inserto en el CCT.

Cuadro I.2
Distribución de las Plazas por Tipo de Contratación

<i>Tipo de contratación</i>	<i>Número de plazas</i>	<i>%</i>
Confianza "A"	15,210	3.95%
Confianza "B"	18,795	4.88%
Base	293,469	76.18%
Temporal	433	0.11%
Sustitutos	16,851	4.37%
Residentes	6,200	1.61%
Mando y Homólogos	2,781	0.72%
Honorarios	949	0.25%
Servicio Social	12,748	3.31%
Notificadores, Ejecutores, Visitadores, Localizadores, Promotores Revisores y Sicampo.	5,924	1.54%
Campañas de prevención y profilaxis	4,122	1.07%
Parteras Rurales	3,738	0.97%
Monitores de Prestaciones Sociales	4,029	1.05%
Total	385,249	100%

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005-2006

Las plazas en el IMSS pueden clasificarse como presupuestarias (91.82%) y no presupuestarias (8.18%). Las presupuestarias incluyen al personal sindicalizado y de confianza.

Cuadro I.3
Número de Plazas Presupuestarias, mayo 2006.

<i>Tipo de contratación</i>	<i>Plazas</i>
1. Personal Sindicalizado	
Base	293,469
Sustitutos	16,851
Médicos	6,200
Suma	316,520
2. Confianza	
Confianza "A"	15,210
Confianza "B"	18,795
Temporales	433
Servidores públicos de mando y homólogos	2,781
Suma	37,219
Total	353,739

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005-2006

De las plazas presupuestarias, el 82.97% es ocupado por personal de base contra sólo el 1.75% de médicos. El personal de confianza representa el 10.52% de éstas plazas.

Cuadro I.4
Personal Contratado en Plazas no Presupuestarias, mayo 2006.

<i>Tipo de contratación</i>	<i>Plazas</i>
Servicios profesionales por honorarios	949
Notificadores, ejecutores, visitadores, localizadores, promotores, revisores y sicampo	5,924
Campañas de prevención y profilaxis	4,122
Prestadores de servicio social	12,748
Monitores de prestaciones sociales	4,029
Parteras rurales	3,738
Total	31,510

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005-2006.

Las plazas no presupuestarias incluyen servicios por honorarios, prestadores de servicio social, parteras rurales, etc., que son personal que no goza ni nunca ha gozado de las prestaciones establecidas en la Ley del Seguro Social (LSS) y el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT). El 40.46% de las plazas no presupuestarias son ocupadas por prestadores de servicio social.

Cabe destacar que del personal reportado a 2004, el 23.11% contaba con más de 20 años de servicio y 45 de edad.

Cuadro I.5
Trabajadores del IMSS por Grupos de Edad y Antigüedad

Edad/Ant	Hombres y Mujeres									Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40 y más	
15-19	407									407
20-24	8,546	470								9,016
25-29	22,381	7,026	605							30,012
30-34	18,033	17,726	16,935	1,749						54,443
35-39	8,264	14,087	28,793	18,163	798					70,105
40-44	3,198	7,456	21,543	26,061	22,310	1,087				81,655
45-49	989	3,102	9,664	17,348	33,172	9,834	33			74,142
50-54	275	651	2,670	5,143	20,272	9,854	116	4		38,985
55-59	59	121	384	1,204	6,057	5,104	129	18	1	13,077
60-64	21	23	60	100	726	816	56	22	4	1,828
65-69	10	7	11	11	54	70	17	18	11	209
70-74	3	3	4	2	7	7	2	3	6	37
75-79		1	2	1		1			7	12
80-84				1					4	5
Total	62,186	50,673	80,680	69,783	83,396	26,773	353	65	33	373,933

Edad Promedio : 40.56

Antigüedad Promedio: 13.85

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Instituto Mexicano del Seguro Social, "Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores del IMSS" 2004

Del cuadro I.6 podemos destacar que del personal del IMSS, el 80.4% se destina a las prestaciones médicas, mientras que tan sólo el 0.63% se dedica a la planeación y finanzas del Instituto.

Cuadro I.6
Distribución de las Plazas por Área de Servicio

<i>Categorías</i>	<i>Plazas</i>
Consejo Técnico	8
Comisión de Vigilancia 3	3
Dirección General 27	37
Secretaría General 53	114
Dirección de Prestaciones Médicas	309,732
Dirección de Administración y Calidad	14,319
Dirección de Inversiones Financieras	38
Dirección de Desarrollo de Personal y Organización	6,023
Dirección de Planeación y Finanzas	2,426
Dirección Jurídica	2,052
Dirección de Incorporación y Recaudación del Seguro Social	21,047
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales	25,469
Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico	1,488
Unidad de Vinculación Institucional	68
Órgano Interno de Control	1,000
Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente	794
Coordinación General de Comunicación Social	367
Direcciones Regionales	79
Delegaciones	176
IMSS-Oportunidades	9
Suma total	385,249

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005-2006

1.2.3.2 Recursos Materiales

En 2005 se logró un promedio de abasto del 95% en la atención a derechohabientes con receta surtida al 100% en el momento de su presentación.

Cuadro I.7
Porcentaje de suministro de materiales por tipo

Material	%
Medicinas	98
Biológicos	98
Mat. de Curación	95
Laboratorio	94
Radiológico	94
Diversos	92

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Memoria Estadística 2005.

Cuadro I.8
Número de materiales

CONCEPTO	2005
Camas en Servicio	43,607
Censables	29,233
No Censables	14,374
Cunas para Recién Nacidos	4,504
Incubadoras	1,715
Consultorios	13,418
Cubículos	1,056
Quirófanos	1,016
Salas de Expulsión	446
Laboratorios Clínicos	531
Gabinetes Radiológicos	923
Bancos de Sangre	35
Farmacias	670
Lavanderías	168
Ambulancias	918

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Memoria Estadística 2005.

1.2.3.3 Activos Inmobiliarios

La infraestructura inmobiliaria del Instituto incluye unidades distribuidas en todo el país, se identifican al cierre del año 2005 un total de 3,383 unidades, de las cuales 53.4% están asignadas a la prestación de servicios médicos o son apoyo de los mismos

y el 46.5% poseen funciones relacionadas con las prestaciones económicas y sociales, los servicios de afiliación y cobranza, y la administración.

El IMSS reporta 1,809 unidades médicas (98.45% medico-hospitalarias, .039% de infraestructura de apoyo a la atención médica y 1.16% de infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud). Para otorgar prestaciones médicas a la población derechohabiente, las unidades están organizadas en tres niveles de atención y regionalizadas. Esta organización responde a la frecuencia, distribución y características propias de los problemas de salud, pretende además acercar los servicios a la población para mejorar la oportunidad y la calidad de la atención. El Instituto cuenta a la fecha con 1,781 unidades medico hospitalarias las cuales se reparten en un 85.12% de primer nivel, 12.75% de segundo nivel y 2.13% de tercer nivel.

Cuadro I.9
Clasificación de unidades Médicas por Nivel y tipo, mayo 2006.

<i>Unidades Médico-Hospitalarias</i>	<i>1,781</i>
Primer Nivel de Atención	1,516
Unidades de Medicina Familiar	1,077
Unidades Auxiliares de Medicina Familiar	439
Segundo Nivel de Atención	227
Hospitales	225
Unidades Médicas de Atención Ambulatoria	11
Anexa a unidad Médica (unidad medicina familiar u hospital)	9
Autónoma de unidad médica	2
Tercer nivel de Atención	38
<i>Infraestructura de Apoyo a la Atención Médica</i>	<i>7</i>
Laboratorio de Citología Exfoliativa	1
Taller de prótesis y órtesis	1
Farmacias Centrales	5
<i>Infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e Investigación en salud</i>	<i>21</i>
Biblioteca (Centro Investigación y Documentación en Salud)	1
Escuelas de Enfermería	5
Centros de Investigación Educativa	5
Unidades de Investigación Biomédica	9
Bioterio	1
Total Unidades Médicas	1,809

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005-2006

Los 225 hospitales para la atención en el segundo nivel tienen una antigüedad promedio de 30 años y la infraestructura destinada a resolver la demanda del tercer nivel tiene en promedio 28 años de antigüedad. Adicionalmente, se cuenta con 28 inmuebles con más de 23 años de antigüedad, que apoyan la atención o están dedicados a la educación y la investigación médica, como se describen en el cuadro I.9

Por otra parte el 81.77% de las unidades no médicas se reparte en prestaciones económicas y sociales, afiliación y recaudación y administración, como lo muestra el cuadro I.10

Cuadro I.10
Distribución de las Unidades No médicas por Región, mayo 2006.

Dirección Regional	Prestaciones Económicas y Sociales	Afiliación y Recaudación	Administrativas	Servicios Generales	Desocupadas	Total
Centro	179	32	66	22	33	332
Norte	158	63	84	17	46	368
Occidente	173	70	102	17	56	418
Sur	179	59	72	12	66	388
Inmuebles Centrales	1	1	48	18		68
Total	690	225	372	86	201	1,574

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005-2006

Cuadro I.11
Clasificación de Inmuebles No Médicos, mayo 2006

Unidades de Prestaciones Económicas y Sociales	690
Centros de Seguridad social para el Bienestar Familiar, Participativos, Culturales y Artesanales.	244
Teatros	39
Tiendas	140
Centros Vacacionales	4
Velatorios	15
Guarderías	247
Madres IMSS	8
Ordinarias	134
Prestación indirecta	105
Unidad de Congresos	1
Unidades de Incorporación y Recaudación	225
Subdelegación	133
Oficina de Cobro	92
Unidades Administrativas	372
Direcciones Regionales	4
Oficinas Delegacionales	37
Oficinas Auxiliares Delegacionales	170
Almacenes Generales y de Bienes Embargados	13
Casa de Delegados	28
Organismos de Seguridad Social	1
Unidad de Servicios Generales	86
Lavanderías Regionales	17
Centros de Capacitación	29
Unidad de Reproducciones Gráficas	1
Módulos de Ambulancias y Transporte	14
Inmuebles de Comunicaciones Eléctricas	5
Obras Exteriores	7
Estacionamiento	6
Central de Servicios	7
Unidades Desocupadas	201
Terrenos Baldíos	86
Inmuebles Desocupados	115
Total	1,574

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005-2006

Entre las unidades no médicas, se encuentran 690 unidades de prestaciones económicas y sociales, 225 para incorporación y recaudación, 372 administrativas, 86 de servicios generales y 201 unidades desocupadas.

1.2.3.3 Recursos financieros

Los ingresos del IMSS provienen principalmente de tres fuentes:

- 1) de las aportaciones tripartitas que el Instituto recibe por parte de los trabajadores y patrones afiliados, y del Gobierno Federal.
- 2) de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de sus reservas y disponibilidades.

3) de ingresos derivados de recargos y multas que se cobran a los patrones, así como de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales y velatorios.

El gasto de operación comprende todos aquellos gastos que el Instituto realiza para llevar a cabo la prestación de sus servicios. Incluye el pago de la nómina a trabajadores activos y pensionados ex-trabajadores del IMSS, el pago de las prestaciones económicas a sus beneficiarios (subsidios, ayudas y sumas aseguradas), el gasto de medicamentos y material de curación, el gasto en mantenimiento y servicios generales, el gasto en depreciaciones, amortizaciones y otros gastos.

En el cuadro I.12 se puede apreciar la composición del gasto al 31 de diciembre de 2005. Del total del gasto, 83,196 millones de pesos se destinaron para servicios de personal, 40,462 millones de pesos para el conjunto de gastos que agrupa la compra de medicamentos, material de curación, conservación y mantenimiento, y los servicios generales; 11,119 millones de pesos para prestaciones económicas, 4,764 millones de pesos para otros gastos y, 37,977 millones de pesos como costo de las obligaciones laborales.

Cuadro I.12
Instituto Mexicano del Seguro Social
Estado de Ingresos y Gastos Dictaminado por el año terminado
al 31 de diciembre de 2005.

(millones pesos)	
2005	
INGRESOS	
Cuotas obrero patronales	128,696
Contribución Federal	39,460
Productos de inversiones y otros ingresos	9,562
Total de ingresos	177,718
GASTOS	
Servicios de personal	83,196
Costo neto del periodo	37,977
Prestaciones en dinero	11,119
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	21,170
Mantenimiento	2,311
Servicios generales y subrogación de servicios	16,981
Intereses financieros y actuariales	362
Castigos y depreciaciones	3,347
Reversión de cuotas obrero patronales	1,055
Total de gastos	177,518
Excedente neto de ingresos sobre gastos	200

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005-2006

El cuadro siguiente I.13 nos muestra el balance general al 31 de diciembre de 2005. Las inversiones representan el 74.18% del total de activos y el activo circulante es el 25.63%. Por otra parte, el pasivo casi triplica al patrimonio del Instituto, lo cual nos dice que está muy apalancado, esta es una clara señal del difícil estado financiero del Instituto.²

Cuadro I.13
Instituto Mexicano del Seguro Social
Balance General al 31 de diciembre de 2005.

(millones pesos)

ACTIVO		PATRIMONIO	
<i>INVERSIONES</i>			
Fondos de reservas-en valores negociables	75,982	Excedentes Acumulados de ingresos sobre gastos	200
Físicas-inmuebles, mobiliario y equipo	122,988		
Menos-depreciación acumulada	-49,032	Superávit por revaluación y otras reservas	58,502
	<u>149,938</u>		
Préstamos para vivienda del personal	9,783	Total patrimonio	<u>58,702</u>
Total inversiones	<u>159,721</u>		
		PASIVO	
		<i>PASIVO CIRCULANTE</i>	
<i>ACTIVO CIRCULANTE</i>		Cuentas por pagar a proveedores y contratistas	12,406
Efectivo, depósitos a plazo en bancos e inversiones en valores	9,953	Gastos acumulados y retenciones por pagar	10,093
Cuotas obrero patronales y contribución federal por cobrar netas	33,146	Total pasivo circulante	<u>22,498</u>
Documentos y otras cuentas por cobrar, netos	8,710		
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros	3,386	OBLIGACIONES LABORALES	95,906
Total activo circulante	<u>55,196</u>		
		RESERVAS OPERATIVAS	<u>38,215</u>
<i>OTROS ACTIVOS</i>	<u>405</u>	SUMA EL PASIVO	<u>156,619</u>
Total Activo	215,322	Total patrimonio y pasivo	215,322

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005-2006

² Nota: Las reservas operativas se usan para hacer frente al pago de prestaciones, gastos administrativos y constitución de las Reservas Financieras y Actuariales del seguro y cobertura a que correspondan, y para la aportación correspondiente para constitución de las Reservas de Operación para Contingencias y Financiamiento y General Financiera y Actuarial.

1.2.4 Razones para una visión de innovación

La innovación en la administración del IMSS no es ya una alternativa es un acto obligado, pues para garantizar la viabilidad y supervivencia al Instituto, se requiere de acciones razonadas y planeadas que contribuyan al logro de sus objetivos.

La presión de la competencia en los diferentes sectores, económicos, políticos y sociales, ha impulsado el estudio y desarrollo de la administración, con modelos cada vez más completos y que pueden ser de gran utilidad para sentar las bases administrativas que tanto requiere el Instituto.

Estos modelos han demostrado ser muy útiles tanto en empresas privadas, como en instituciones gubernamentales alrededor del mundo, y el IMSS debe entonces tener las mejores armas para poder ser una Institución competitiva en su ramo.

En particular en esta tesis se plantea el uso del *Balanced Scorecard* que es un modelo que ayuda a dar dirección e integración a la institución, en pro de crear valor para los derechohabientes a la par de unas finanzas sanas.

1.3 Estructura Orgánica

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fue creado mediante la ley expedida el 31 de diciembre de 1942, en ella se estableció que las autoridades del Instituto serán la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Dirección General y la Comisión de Vigilancia. Estos órganos están integrados de manera tripartita, es decir, participan representantes de los sectores gubernamental, obrero y empresarial.

La Asamblea General se encarga de la revisión, modificación y aprobación de los presupuestos y estados financieros y actuariales; verifica la suficiencia de los recursos para los diferentes ramos del seguro; la toma definitiva de decisiones vetadas del Consejo Técnico; elabora el informe para la Comisión de Vigilancia, así como designa a los miembros del Consejo Técnico y la Comisión de Vigilancia.

El Consejo Técnico decide la forma en que se invierten los recursos del Instituto, vigila el equilibrio financiero, establece los procedimientos de inscripción, cobro de cuotas y otorgamiento de prestaciones. Además designa al Secretario General, los Directores Normativos y Regionales, Coordinadores Generales y Normativos, así como a los Delegados.

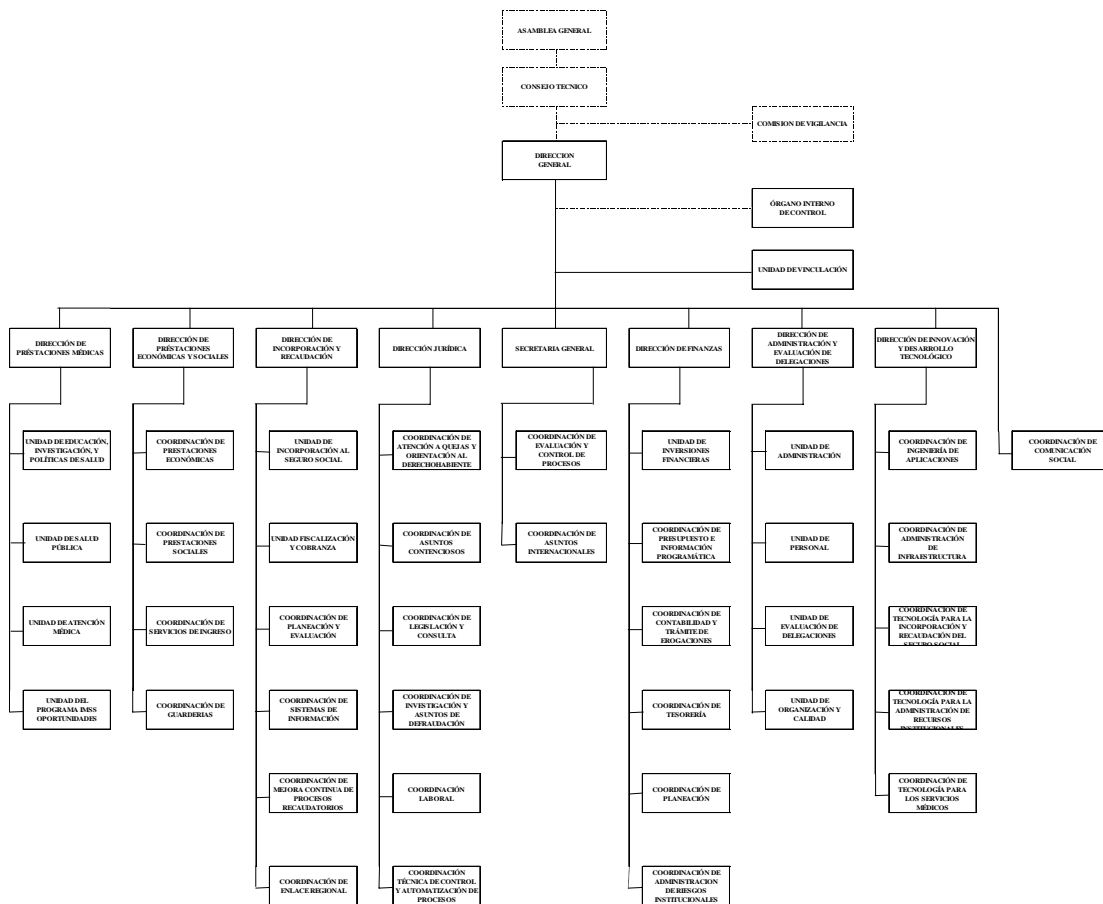
La Comisión de Vigilancia debe garantizar que la administración del IMSS se lleve a cabo con estricto apego a la ley. La Comisión tiene atribuciones para vigilar las inversiones de la Institución, auditar los balances contables, sugerir medidas que

mejoren el funcionamiento de los ramos de seguro, dictaminar los estados financieros y practicar la auditoria al Informe Financiero y Actuarial del Instituto.

Por su parte el Director General representa al Instituto como organismo fiscal autónomo ante todas las autoridades. Presenta anualmente al Consejo Técnico el informe de actividades, así como el programa de labores, los presupuestos para el siguiente período y los reportes financieros y actuariales. Debe también designar a los servidores públicos, que deban representar al Instituto ante organismos internacionales, foros, eventos y reuniones nacionales e internacionales.

Así, la Asamblea General como máxima autoridad del Instituto fija las grandes líneas de acción para que el IMSS cumpla con sus objetivos; el Consejo Técnico es el órgano de gobierno y administrador del Instituto; el Director General, en su carácter de representante del IMSS, es el ejecutor del programa de trabajo aprobado por la Asamblea General y el responsable de cumplir los acuerdos dictados por el Consejo Técnico. Por su parte, la Comisión de Vigilancia tiene como propósito primordial verificar que los recursos financieros autorizados al Instituto se destinen a los fines previstos en los presupuestos y programas aprobados.

Cuadro I.14
Organigrama del IMSS



Fuente: IMSS

Como se aprecia en el organigrama anterior de la Dirección General se desprenden siete direcciones, la Secretaría General y la coordinación de Comunicación Social.

1.3.1 Desarrollo de la visión

Para que el IMSS defina una buena estrategia, necesita definir su rumbo en la dirección deseada para poder emprender acciones conscientes y de utilidad, acciones que apoyen a crear valor para los derechohabientes.

La dirección que seguirá está definida por su visión, la cual está contenida en el Plan Estratégico del IMSS (PEIMSS 2005-2006), y es determinada de manera conjunta por el director del Instituto y el Consejo Técnico.

En el mediano plazo ha de ser una Institución que preste más y mejores servicios de protección y prevención a todos los mexicanos. La visión a corto plazo se concentra en la estabilidad operativa de los seguros, capacidad para financiar la operación de corto y mediano plazo que permitan enfrentar el crecimiento y crear las reservas financieras que posibiliten el pago de obligaciones futuras. Otro punto importante es la atención de calidad, efectiva, eficiente, y segura. La administración de personal favorece el mejor desarrollo humano de sus trabajadores. El IMSS es moderno en tecnológica médica e informática. El manejo de los recursos es transparente, responsable y ético.

La visión a largo plazo se desarrolló al 2025 y plantea que todos los mexicanos gocen de los beneficios del seguro social. Como prestador de servicios, el Instituto maneja estándares de calidad comparables a la mitad sobresaliente de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), de donde México es miembro activo, y ha adoptado fórmulas de cooperación con el sector salud. En todos sus ramos, el seguro social aplica enfoques preventivos para disminuir riesgos y daños. El éxito del IMSS se valora por su capacidad de contribuir a elevar los niveles de vida de la población derechohabiente a través de ellos.

La visión que plantea el IMSS a largo plazo puede ser muy discutible, en el sentido de la factibilidad de que “todos los mexicanos gocen de los beneficios del seguro social”, ya que ello depende de muchos factores que el Instituto no puede controlar, como el desempleo. Entonces la visión puede replantearse : “todos los mexicanos gocen de accesibilidad a los beneficios del seguro social”.

1.3.2 Misión y Estrategias

La misión es la razón de ser de la Institución. La misión del IMSS fue definida desde su creación y está planteada en tres perspectivas:

1) En la organización social del trabajo y en la previsión social. Administrar los riesgos que se expresan en la Constitución y que se especifican en los distintos ramos de seguro que regula la Ley del Seguro Social. Garantizar las prestaciones en especie y en dinero, y lograr la estabilidad en el bienestar del asegurado.

2) En la provisión de servicios. Cuidar y fomentar de manera integral la salud de la población trabajadora, pensionada, asegurada voluntariamente, y de sus familias; así como de la atendida en esquemas de solidaridad social proveyendo los servicios preventivos y curativos médicos con niveles de oportunidad y calidad, contribuyendo así a un círculo virtuoso de mejoras en la calidad de la atención y en la productividad de los trabajadores y de sus hogares.

3) En la administración de las contribuciones a la seguridad social. En su carácter de organismo fiscal autónomo, fomentar la competitividad de las empresas, la transparencia de la información que genera su función fiscal, y una recaudación más eficaz.

De acuerdo a esta misión, la visión y la situación actual del IMSS, la estrategia del Instituto debe estar enfocada a la funcionalidad operativa y financiera para dar satisfacción al derechohabiente. Debido a la inestabilidad actual del instituto, la estrategia diseñada por el Consejo Técnico y el Director se orienta al desarrollo y funcionalidad del instituto, mediante los siguientes temas estratégicos:

- Inversión para el desarrollo
- Servicios de calidad
- Transparencia y control
- Administración de los seguros

1.4 Políticas Generales

Las Políticas Generales rigen la forma en que deben de organizarse y llevarse a cabo las actividades dentro de la organización para lograr procesos uniformes y eficientes que apoyen el logro de los objetivos de la organización.

Las políticas que rigen al IMSS están contenidas en el Reglamento de Organización Interna (ROI) del Instituto Mexicano del Seguro Social, que en diez títulos

conformados por 166 artículos, detalla la forma en que debe organizarse el Instituto para su administración y las funciones, en tiempo y forma, que debe desempeñar cada órgano regulador.³

1.5 Valores Institucionales

Los valores son los principios que guían a una organización. Representan las creencias profundas que se tienen dentro de ésta y se demuestran a través de los comportamientos diarios de todos los empleados. Son básicos para alinear las creencias de los empleados con las de la organización.

Es por ello que el IMSS implantó desde el 2004 el Programa de Capacitación en Ética y Valores Institucionales (PICEVI), cuya función primordial es desarrollar hábitos y actitudes positivas en sus trabajadores, que permitan el cumplimiento de los fines del Instituto para beneficio de la comunidad.

Los valores que rigen al IMSS son⁴:

- Lealtad
- Eficiencia
- Probidad
- Responsabilidad
- Confidencialidad
- Imparcialidad
- Integridad
- Conocer las leyes y reglamentos
- Objetividad
- Dignidad y respeto
- Respetabilidad
- Armonía laboral
- Superación
- Creatividad
- Actuar con transparencia
- Evitar el conflicto de intereses

³ <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/20DC45F5-C3B2-4051-9B5973E6551F5820/0/ROIIMS18SEP.pdf>, 18 de septiembre de 2006

⁴ Código de Conducta del Servidor Público del IMSS.

1.6 Diagnóstico

Las acciones, proyectos, inversiones, programas y empleados no han estado alineados a los propósitos y fines del IMSS. Se ha llevado una administración no profesional al interior del mismo, los dirigentes han sacrificado el desempeño a largo plazo por las inversiones a corto plazo, no se crearon las reservas necesarias, se están pagando altos costos de transición tras las reformas de 1997, además de la mezcla mal estructurada del financiamiento entre los diferentes seguros que administra.

El cambio que requiere el Instituto es integral, deben cambiarse las formas de hacer las cosas, debe haber un cambio en las personas que lo integran, este cambio va en dirección a que se conozca, se entienda y se comparta la misión y objetivos del Instituto, que se comprenda que si se tiene un Instituto fuerte financieramente, se podrán pagar las pensiones y prestaciones de los empleados, se podrá invertir en desarrollo, calidad y crecimiento del Instituto. Si los derechohabientes reciben servicios de calidad y oportunos, el Instituto cumplirá con su fin último de otorgar seguridad social integral a los mexicanos.

1.6.1 Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA)

Hasta ahora hemos reportado la situación actual del IMSS, revisado para qué existe, qué valores lo sostienen, hacia donde va y cómo planea lograrlo. El paso obligado ahora es ver con qué cuenta y de qué adolece para hacerlo, analizar las oportunidades de las que puede tomar ventaja y cuáles son sus barreras.

Sus claras fortalezas son su personal que cuenta con las competencias requeridas por el Instituto, su infraestructura, sus programas de salud son reconocidos por su efectividad y se tiene registrado hasta el momento un máximo histórico de afiliados, lo cual genera más aportaciones que representan más recursos para enfrentar las obligaciones. Sin embargo también tiene muchas debilidades, la principal y tema de esta tesis, es la ineficacia en su administración, que se refleja en un inadecuado esquema de aportaciones, altos costos de la atención médica, finanzas débiles, insuficiencia de recursos humanos y materiales, y si a esto le sumamos a los dirigentes del Instituto que están más comprometidos con sus intereses políticos que con el bienestar y viabilidad del Instituto, agravan la situación al interior del mismo.

Hay que tomar también en cuenta los factores externos al Instituto, factores que lo amenazan y otros que le ofrecen oportunidades para superar sus debilidades y contrarrestar sus amenazas. Entre las amenazas, encontramos factores demográficos:

- El incremento de la esperanza de vida al nacer 75.94 años en 2006, con una diferencia de sexo favorable a las mujeres (78.35 años) con respecto a los hombres (73.54 años)⁵. Las proyecciones sitúan la esperanza de vida en 81.3

⁵ CONAPO (2006).

años en el año 2030 (7.9 años para hombres y 83.6 para mujeres)¹. Entre el año 1950 y el año 2000 la mortalidad se redujo de 19.6 a 9.2 fallecimientos por cada mil habitantes.

- El envejecimiento de la población con su consecuente deterioro en la salud con enfermedades más costosas.
- Declive en la fertilidad durante la segunda mitad del Siglo XX, La tasa se sitúa en 2.11 hijos por mujer en 2005, comparada con 6 hijos por mujer a principios del siglo XX. Se estima que a partir del año 2030 la fecundidad, 1.85 hijos por mujer, estará por debajo del nivel de reemplazo poblacional. Los natalidad disminuyó de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes en el período de 1950 al año 2000⁶.

Los factores políticos juegan un muy importante papel, ya que limitan las estrategias para la supervivencia del Instituto. El surgimiento de sistemas de salud alternos de bajo costo y calidad, que pueden absorber a afiliados potenciales que son tan necesarios por el hecho de que mientras más afiliados se tengan, aún cuando las cuotas disminuyen, los ingresos crecen. No hay que perder de vista los avances médicos que pueden ayudar a abatir costos y mejorar la calidad de los servicios, los nuevos sistemas de administración que ofrecen una sólida plataforma para la planeación en el IMSS. La posibilidad de reestructuras los esquemas de aportaciones con el apoyo de profesionistas expertos y crear alianzas con las universidades para generar personal de la salud competente, etc.

⁶ CONAPO (2004).

Cuadro I.16
Matriz FODA IMSS

	<p align="center">FORTALEZAS F</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal capacitado. 2. Infraestructura 3. Afiliaciones a la alza. 4. Programas de salud efectivos. 	<p align="center">DEBILIDADES D</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administración. 2. Esquema inadecuado de aportaciones. 3. Alto costo de la atención médica. 4. Recursos humanos y materiales insuficientes. 5. Líderes con intereses políticos. 6. Finanzas.
<p>7.</p> <p align="center">OPORTUNIDADES O</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistemas de implementación y administración de la estrategia. 2. Telecomunicaciones. 3. Alta demanda en licenciaturas relacionadas a la salud. 4. Profesionistas capacitados. 5. Estabilidad económica en el país. 6. Avances en la ciencia médica. 	<p align="center">ESTRATEGIAS FO</p> <p>F1/F2-O5 Desarrollar programas innovadores de salud.</p>	<p align="center">ESTRATEGIAS DO</p> <p>D1-O1 Integrar el BSC para la implementación y monitoreo de la Institución.</p> <p>D4-O3 Crear alianzas con universidades para educar profesionistas a la medida y necesidades del Instituto.</p> <p>D2-O4 Revisión y reestructuración del esquema de aportaciones.</p> <p>D3-O5 Enfocarse a la prevención. Introducir equipo y metodologías que abaraten los costos de los servicios.</p>
<p align="center">AMENAZAS A</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento de la esperanza de vida. 2. Políticas y leyes nacionales. 3. Desempleo. 4. Sistemas de salud alternos. 5. Envejecimiento de la población. 6. Costo de enfermedades crónico degenerativas. 	<p align="center">ESTRATEGIAS FA</p> <p>F1-A4 Mejorar la calidad de los servicios.</p> <p>F4-A1/A5 Elaborar programas para la salud de los adultos mayores.</p>	<p align="center">ESTRATEGIAS DA</p>

Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO II. EL BALANCED SCORECARD Y SUS MODELOS DE APLICACIÓN

2.1 Los modelos de implantación de estrategias.

Las organizaciones públicas y privadas se enfrentan diariamente al reto de hacer más con menos. Los administrativos y trabajadores se enfocan tanto a asegurarse de hacer las cosas correctamente, que difícilmente se preguntan si están haciendo las cosas correctas.

Hacer las cosas correctas y hacer correctamente las cosas es un acto balanceado, que requiere el desarrollo de buenas estrategias y eficiencia operacional para otorgar los productos o servicios deseados. Las presiones competitivas en los negocios, la mejora del desempeño y las limitaciones presupuestarias en el sector público, obligan a las organizaciones a ejecutar correctamente las estrategias, al mismo tiempo que deben ocuparse de que las operaciones sean eficientes. Las organizaciones modernas necesitan ser tanto estratégica como operacionalmente excelentes para sobrevivir y enfrentar los retos de una cada vez más exigente sociedad.

Es por ello que deben administrar su desempeño basado en la estrategia, deben ser capaces de traducir la estrategia de la organización en objetivos y medidas operativas. Un sistema de administración del desempeño puede tomar formas diferentes, entre ellas Hoshin Kanri que es ampliamente usado en Japón y el *Balanced Scorecard*, desarrollado por Kaplan y Norton, que es el sistema que desarrollaremos en esta tesis.

2.2 Metodología

El *Balanced Scorecard* traduce la estrategia en objetivos, medidas e iniciativas para cuatro perspectivas diferentes: 1) la perspectiva financiera, 2) la perspectiva del cliente, 3) la perspectiva de procesos, y 4) la perspectiva de aprendizaje y crecimiento.

Dicha traducción es en base a supuestos enlaces de causa y efecto entre los objetivos. Las medidas se utilizarán para rastrear el avance de los objetivos, y las iniciativas son las tareas que harán posible el logro de los objetivos, lo que llevará a una implementación exitosa de la estrategia y finalmente a la meta deseada.

2.3 Balanced Scorecard

El *Balanced Scorecard* (BSC) es un sistema de administración del desempeño que puede usarse en una organización de cualquier tamaño para alinear la visión y misión con los requerimientos del cliente (derechohabiente) y el trabajo diario, administrar y evaluar la estrategia, monitorear las mejoras en la eficiencia operativa, construir y desarrollar las capacidades de la empresa, y comunicar el progreso a todos los empleados. El tablero de control nos permite monitorear los resultados financieros, del

cliente, operacionales y de capacidades de la organización para verificar el éxito de la estrategia y poder tomar acciones correctivas en caso necesario.

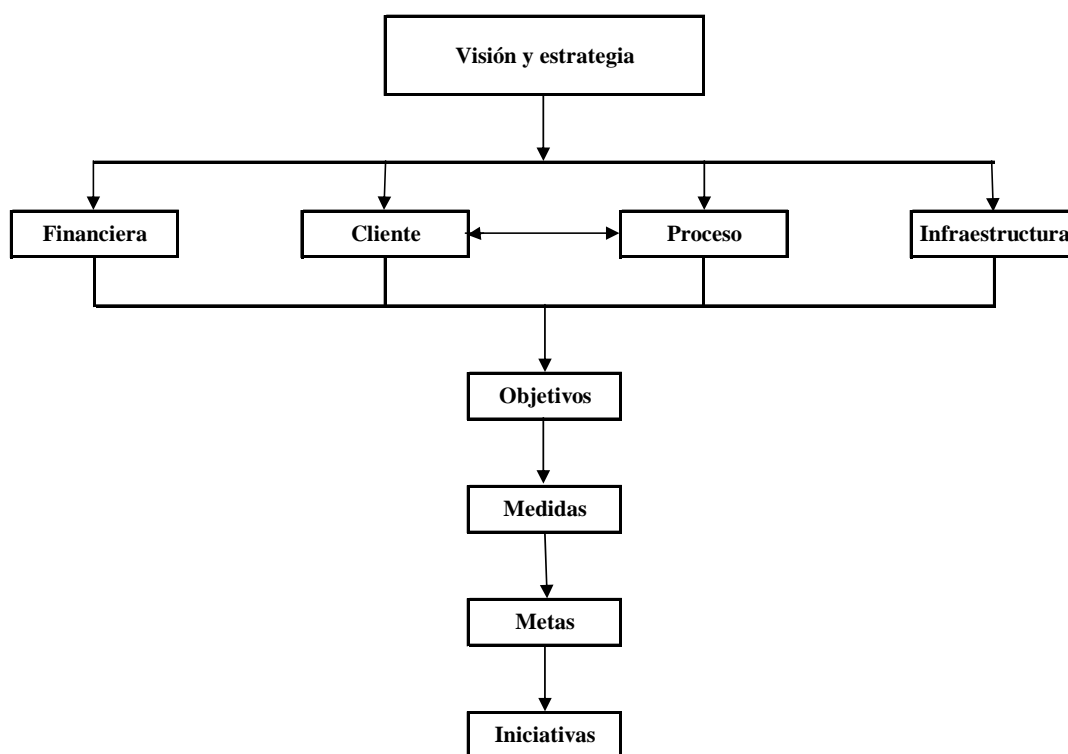
Originalmente desarrollado como un modelo para evaluar el desempeño no financiero de la empresa privada, el modelo del BSC es igualmente aplicable a organizaciones gubernamentales, cabe señalar que solo debemos considerar que la perspectiva del cliente va por arriba de la financiera.

El BSC nos provee la habilidad de ver tres distintas dimensiones del desempeño organizacional: los resultados (perspectiva financiera y del cliente), la operación (perspectiva de procesos internos) y las competencias (perspectiva de aprendizaje y crecimiento).

Un sistema BSC debe incluir:

- ✓ Las bases de la organización, incluyendo misión, visión y valores.
- ✓ Planes, incluyendo comunicaciones, implementación, automatización .
- ✓ Planes de evaluación.
- ✓ Estrategia y mapa estratégico que definan el curso y la descomposición lógica de la estrategia en actividades diarias.
- ✓ Medidas de desempeño, para monitorear el desempeño actual contra el esperado.
- ✓ Nuevas iniciativas, para probar las suposiciones estratégicas.
- ✓ Presupuesto para apoyar las iniciativas y las operaciones actuales.
- ✓ Tableros de control a nivel organizacional y personal, para traducir la visión de la organización en actividades desarrollables por departamento y oficina.
- ✓ Liderazgo y desarrollo personal para asegurar que el conocimiento de los empleados, capacidades y habilidades son las necesarias para enfrentar los requerimientos y competencias futuras.

Figura II.1
Proceso de traducción de la estrategia



Fuente: Elaboración propia.

2.3.1 Orígenes

El *Balanced Scorecard* tiene sus raíces en la Administración Total de la Calidad (TQM por sus siglas en inglés). A pesar de la rápida adopción de los principios de este sistema de administración a fines de los ochenta, muchas organizaciones se encontraron con dificultades para amarrar el TQM a sus resultados básicos, simplemente porque los principios TQM tienden a enfocarse a proyectos aislados, que frecuentemente no tenían relación alguna con la estrategia organizacional. Reconociendo este problema los doctores Robert Kaplan y David Norton estudiaron varias organizaciones que estaban abordando exitosamente la relación entre la estrategia y los objetivos estratégicos, entre estas organizaciones se encontraba Florida Power & Light y Cigna. De este análisis surge el concepto de Marcador Balanceado (BSC) en 1992 y es descrito ampliamente en un artículo de la Revista de Negocios de Harvard y en libros subsecuentes escritos por Kaplan y Norton.

Desde entonces, la metodología del *Balanced Scorecard* ha sido usada más extensamente para administrar el desempeño a nivel internacional, así como a nivel local y estatal. Esta metodología ha sido clave en la transformación de empresas como Mobil y Cigna en el sector privado y un sinnúmero de agencias federales en Estados Unidos. Además ha sido empleado regularmente con resultados positivos en campos de salud pública y cuidado general de la salud.

2.3.2 Concepto

El *Balanced Scorecard* es una metodología para medir el desempeño de una organización a través de una serie de medidas que deben estar balanceadas, entre financieras y no financieras, numéricas y no numéricas, rezagadas y guía.

El BSC provee una plataforma para ver la estrategia usada para crear valor desde cuatro distintas perspectivas:

1. *Financiera*. La estrategia para el crecimiento, rentabilidad y riesgo vista desde la perspectiva de los accionistas.
2. *Del Cliente*. La estrategia para crear valor y diferenciación desde la perspectiva del cliente.
3. *Procesos internos*. Las prioridades estratégicas para varios procesos de negocio, que dan satisfacción al cliente y los accionistas.
4. *Aprendizaje y crecimiento*. Las prioridades para crear un clima que apoye el cambio organizacional, la innovación y el crecimiento.

Medir enfoca a la organización hacia el futuro, ya que las medidas comunican lo que en verdad es relevante. La medición de la estrategia reemplaza al presupuesto del centro de administración de los procesos. Al estar la estrategia situada en el centro, se enfocan y se alinean todos los esfuerzos de la organización a la estrategia y se aumentan las posibilidades de que la estrategia sea correctamente implementada y exitosa.

2.3.3 Beneficios

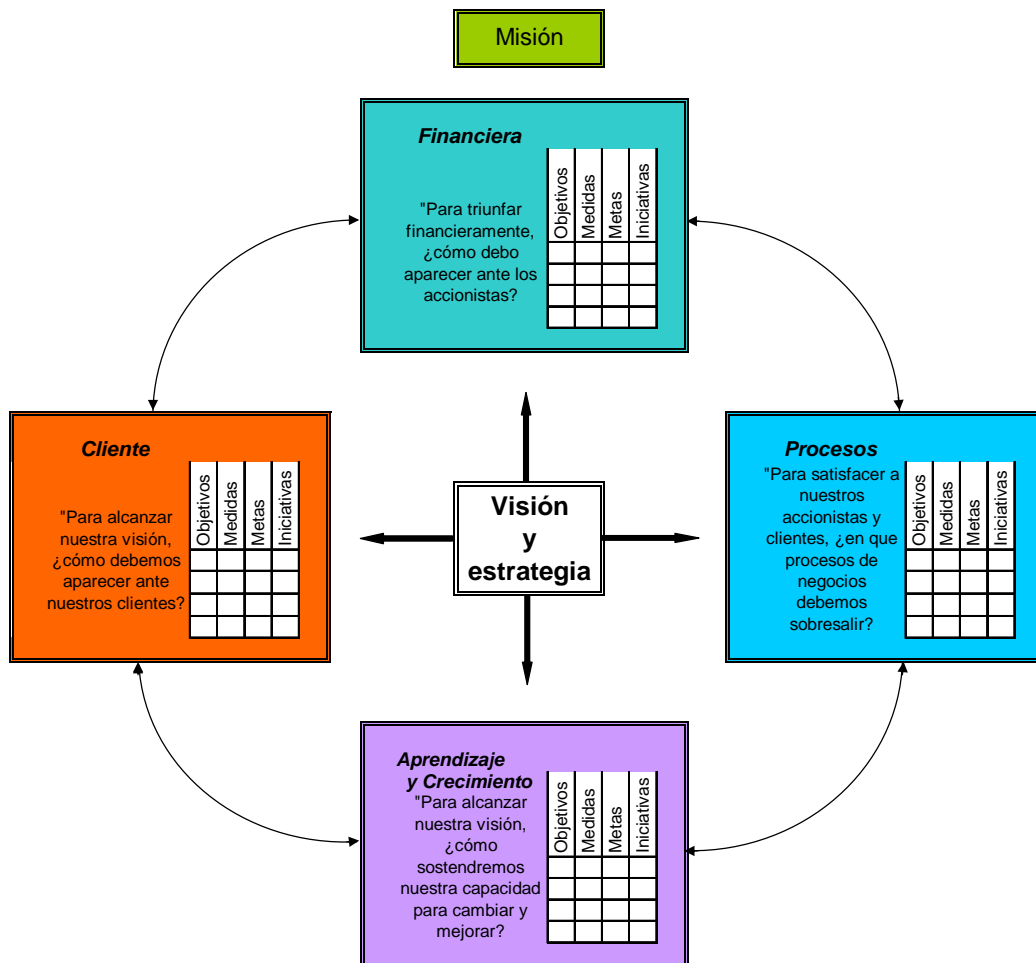
Una estructura de BSC puede proveer:

- *Enfoque*. Asegura que la organización este haciendo las cosas correctas y no solo esté haciendo las cosas correctamente.
- *Alineación*. Crea enlaces entre y a través de los niveles de la organización.
- *Responsabilidad*. A través de los departamentos e individual (identifica qué es estratégicamente importante, qué nivel de desempeño se requiere, y quién es responsable de ello).
- *Comunicación*. Traduce la estrategia de alto nivel en acciones entendibles y relevantes a toda la organización.

2.3.4 Perspectivas

Para que una estrategia se implemente exitosamente es necesario ser conscientes de las necesidades y expectativas de los *stakeholders*¹ de la organización y para ello hay que ser empáticos, es decir ver la estrategia desde su perspectiva. Es por ello que las cuatro perspectivas definidas en la metodología del BSC, juegan un papel tan importante, ya que nos dan una guía de los pasos que deben seguirse para llegar a la posición estratégica que la organización persigue.

Figura II.2
El Balanced Scorecard



Fuente: Elaboración propia.

¹ Los *Stakeholders* son las personas internas y externas a la organización que reafectan y se ven afectadas por las acciones de ésta (empleados, accionistas, proveedores, clientes, sociedad, comunidad, etc.).

2.3.5 Plan Típico del Desarrollo

El uso del BSC tiene dos fases: i) construcción del BSC; y ii) implementación del BSC.

El modelo para la construcción del BSC más comúnmente usado consta de seis pasos, y tres pasos adicionales para su implementación a todos los niveles de la organización.

Fase uno: Construyendo el Balanced Scorecard

- *Paso uno.* En este primer paso se definen las bases de la organización, sus valores, oportunidades, competencias, la visión, metas a corto y largo plazo, y un razonamiento de qué es lo que el cliente espera. Es consistente en este paso realizar un análisis FODA (Fuerzas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas) de la organización.
- *Paso dos.* Se desarrolla la estrategia de la organización. Se seleccionan temas estratégicos que señalan las prioridades de la organización. La estrategia es una hipótesis de lo que creemos funcionará y dará resultados, los pasos restantes en la construcción del BSC proveen las bases para verificar que nuestras estrategias estén funcionando, qué tan eficientemente son ejecutadas, y qué tanto están contribuyendo en el logro de las metas de la organización.
- *Paso tres.* Descompone la estrategia organizacional en componentes más pequeños llamados objetivos. Los objetivos son el soporte de la estrategia.
- *Paso cuatro.* Se crea el mapa estratégico de la organización. Se colocan los objetivos en la perspectiva correspondiente y se usan enlaces causa-efecto para conectar los objetivos. La relación entre los componentes de la estrategia se utiliza para identificar los generadores claves de desempeño que llevarán al logro exitoso de la estrategia.
- *Paso cinco.* Se desarrollan medidas de desempeño para monitorear el progreso operacional y por ende el estratégico. Para desarrollar medidas de desempeño significativas, debe entenderse claramente los resultados que se esperan de los procesos. Los resultados esperados son medidos desde la perspectiva de los clientes internos y externos, y los procesos se miden desde la perspectiva de los dueños de los procesos y las actividades necesarias para satisfacer los requerimientos de los clientes.

- *Paso seis.* En el último paso de desarrollo se identifican iniciativas que necesitan ser implementadas para asegurar el éxito de la estrategia. Desarrollar las iniciativas en esta etapa es más estratégico que desarrollarlas en abstracto.

Figura II.3
Estructura del BSC



Fuente: Elaboración propia.

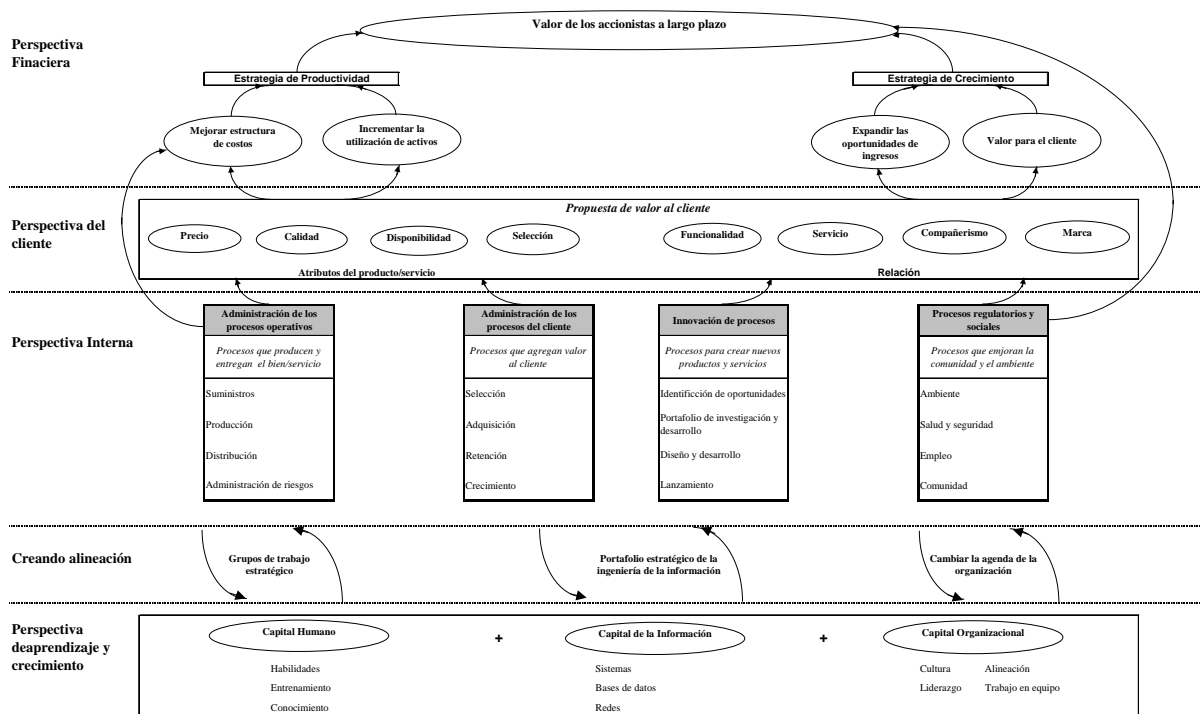
2.4 Mapas Estratégicos

El mapa estratégico provee la plataforma visual para integrar los objetivos de la organización en las cuatro perspectivas del BSC. Ilustra las relaciones causa-efecto que enlazan los resultados deseados las perspectivas del cliente y financiera, sostenidas por el desempeño en los procesos internos críticos. Estos procesos internos críticos crean y entregan la posición de valor de la organización a los clientes objetivo y promueven además la productividad en los objetivos de la perspectiva financiera de la organización. Inclusive, el mapa estratégico identifica las competencias y capacidades en los bienes intangibles de la organización (capital humano, capital de información y capital organizacional) que se requieren para tener un desempeño excepcional en los procesos internos críticos.

Los mapas estratégicos se basan en variados principios:

- La estrategia balancea fuerzas contradictorias. Invertir en bienes intangibles para el crecimiento a largo plazo usualmente entra en conflicto con bajar los costos para mejorar el desempeño financiero a corto plazo, por ello el punto de partida en la descripción de la estrategia es balancear y articular los objetivos financieros de reducción de costos y mejora de productividad a corto plazo con el objetivo a largo plazo de crecimiento rentable y sostenido.
- La estrategia se basa en una posición de valor diferenciada del cliente. Satisfacer al cliente es la fuente de la creación sostenida de valor, es entonces que la estrategia requiere una clara definición de los segmentos de mercado y la proposición de valor para complacerlos.
- El valor se crea mediante los procesos internos de la organización. Los procesos en la perspectiva interna y de aprendizaje y crecimiento, conducen la estrategia, describen cómo la organización la implementará. La organización debe enfocarse en los pocos procesos internos críticos que otorgan la posición de valor diferenciada y que son básicos para la productividad y operación. Los procesos internos se pueden clasificar en cuatro: administración de operaciones, administración del cliente, innovación y regulación.
- La estrategia consiste de temas simultáneos y complementarios. Cada clasificación de los procesos internos da beneficios en distintos puntos del tiempo, así que la estrategia debería estar balanceada, incorporando al menos un tema estratégico de cada clasificación, así la organización obtendrá beneficios a través del tiempo que generarán crecimiento sostenido del valor para los accionistas.
- La alineación estratégica determina el valor de los bienes intangibles. Los bienes intangibles de una empresa (capital humano, capital de la información y capital organizacional) no pueden medirse independientemente. El valor de estos intangibles proviene de su capacidad para apoyar a la organización a implementar su estrategia. Cuando estos intangibles en la perspectiva de aprendizaje y crecimiento están alineados con la estrategia, se tiene la habilidad de movilizar y sostener el proceso de cambio necesario para la ejecución de la estrategia.

Figura II.4
Mapa Estratégico



Fuente: Elaboración propia.

2.4.1 La perspectiva financiera

El BSC coloca la perspectiva financiera como el objetivo último para maximizar la utilidad de las organizaciones. Las medidas de desempeño financiero indican si la estrategia de la organización, incluyendo su implementación y ejecución, contribuyen a la mejora. Típicamente se relacionan a la rentabilidad, y las estrategias financieras para hacer más dinero son básicamente vender más (crecimiento), o gastar menos (productividad).

Las organizaciones pueden generar utilidades estrechando la relación con sus clientes, ya que les permitirá vender más de su producto o servicio actual, o productos y servicios adicionales. También pueden crecer vendiendo nuevos productos.

Las mejoras de productividad pueden también darse de dos formas. Primero, las organizaciones pueden reducir sus costos bajando los gastos directos e indirectos, lo que la lleva a producir lo mismo gastando menos. Por otra parte puede utilizar sus bienes financieros y activos más eficientemente.

El enlace a la estrategia en la perspectiva financiera se va creando cuando la compañía balancea entre el nivel de crecimiento y la productividad. Las acciones para mejorar el crecimiento rentable toman más tiempo para crear valor que las acciones para mejorar la productividad. El objetivo último financiero es, y debe de ser, sostener el crecimiento del valor para los accionistas, entonces la componente financiera debe incluir ambas dimensiones, a largo y corto plazo. El balance de estas dos fuerzas es la base organizativa para el resto del mapa estratégico.

2.4.2 La perspectiva del derechohabiente

La estrategia de crecimiento sostenido requiere una posición de valor específica, en la perspectiva del cliente, que describe cómo la organización creará valor sostenido y diferenciado para segmentos objetivo. En la perspectiva del cliente del mapa estratégico, se identifican los segmentos objetivo de clientes en que compite la organización y sus medidas de desempeño para con los clientes de dicho segmento objetivo. La perspectiva del cliente generalmente incluye medidas comunes de los resultados exitosos de una estrategia bien formulada e implementada.

- Satisfacción del cliente
- Retención del cliente
- Adquisición de clientes
- Rentabilidad de clientes
- Participación de mercado

Todas las organizaciones tratan de mejorar estas medidas. Para ello es vital identificar el segmento de cliente específico que la organización tiene de objetivo para su crecimiento y rentabilidad. Una vez comprendido, se puede identificar objetivos y medidas para la propuesta de valor que se quiere ofrecer. La propuesta de valor define la estrategia de la compañía con el cliente describiendo la mezcla única de productos, precio, relación e imagen que la organización ofrece a sus clientes objetivo, debe comunicar que espera la organización hacer por sus cliente mejor o diferente a sus competidores. Las principales propuestas de valor son:

- Menor costo total
- Liderazgo de producto
- Solución integral cliente
- Irremplazabilidad

Los objetivos y medidas para una propuesta de valor particular, definen la estrategia de la organización. Desarrollando objetivos y medidas específicos a su propuesta de valor, la organización traduce su estrategia en medidas tangibles que todos los empleados pueden entender y trabajar para mejorarlas.

2.4.3 La perspectiva de procesos internos

Una vez que la organización tiene claros los objetivos en la perspectiva del cliente, los objetivos en la perspectiva de procesos internos y de aprendizaje y crecimiento, describen cómo se logrará la estrategia. La organización administra sus procesos internos y su desarrollo de capital humano, de información y organizacional para entregar la propuesta de valor diferenciada de la estrategia. Un desempeño excelente en estas dos perspectivas dirige la estrategia.

Los procesos internos apoyan dos componentes vitales en la estrategia de una organización:

- Producen y entregan la propuesta de valor al cliente
- Mejoran los procesos y reducen los costos para el componente de productividad en la perspectiva financiera.

Los procesos internos se clasifican en:

- *Administración de los procesos operativos.* Los procesos operativos son los procesos diarios con los que la organización produce sus productos y servicios y los entrega a los clientes.
- *Administración de los procesos del cliente.* Expanden y profundizan las relaciones con el cliente. Existen cuatro procesos del cliente principales: selección de clientes objetivo, adquisición de clientes objetivo, retención de clientes y desarrollo de negocios con el cliente.
- *Procesos de innovación.* Se refiere al desarrollo de nuevos productos, procesos y servicios, a menudo con el fin de penetrar nuevos mercados y segmentos de cliente. La administración de la innovación incluye los siguientes procesos: identificar oportunidades de nuevos productos y servicios; administrar el portafolio de investigación y desarrollo; diseñar y desarrollar los nuevos productos y servicios; y traer nuevos productos y servicios al mercado.
- *Procesos regulatorios y sociales.* Los procesos regulatorios y sociales ayudan a la organización a ganar continuamente el derecho de operar en las comunidades y países en que producen y venden. Regulaciones nacionales y locales (ambientales, salud y seguridad de los empleados, prácticas de contratación y empleo), imponen estándares en las prácticas de las organizaciones. Muchas organizaciones, sin embargo, buscan ir más allá de cumplir con los estándares mínimos establecidos. Desean desempeñarse mejor que las restricciones regulatorias para desarrollar una reputación de empleador elegible en cada comunidad en que operan.

Las organizaciones reportan y administran su desempeño en cierto número de dimensiones críticas:

- Ambiental
- Salud y seguridad
- Prácticas de empleo
- Inversión en la comunidad

Invertir en el ambiente, salud, seguridad, prácticas de empleo y desarrollo de la comunidad, no es necesariamente sólo por razones altruistas. Una excelente reputación en el desempeño de la dimensión regulatoria y social ayuda a las organizaciones a atraer y retener empleados de alta calidad, haciendo los procesos de recursos humanos más eficaces, incrementa la productividad y baja los costos de operación. Finalmente, las organizaciones con respetada reputación generalmente tienen buena imagen con sus clientes y con inversionistas socialmente responsables.

2.4.4 La perspectiva de aprendizaje y crecimiento

Describe los bienes intangibles de la empresa y su rol en la estrategia. Los bienes intangibles se organizan en tres categorías:

- *Capital Humano*. Las habilidades, capacidades, talentos, competencias y *Know-how* requeridos para apoyar la estrategia.
- *Capital de la información*. La disponibilidad de los sistemas de información, redes e infraestructura requerida para apoyar la estrategia.
- *Capital organizacional*. La habilidad de la organización para movilizarse y sostener el proceso de cambio requerido para ejecutar la estrategia.

Es importante desarrollar estos intangibles, pero aún más importante es, alinearlos con las estrategias. La clave para lograr esta alineación es ir a lo particular, enfocarse en las competencias específicas y atributos requeridos por los procesos internos de la estrategia. El mapa estratégico del BSC da capacidad a los ejecutivos para puntualizar el capital específico humano, de información y organizacional requerido por la estrategia.

2.5 El tablero balanceado

El mapa estratégico describe la lógica de la estrategia, mostrando claramente los objetivos para los procesos internos críticos que crearán valor y los bienes intangibles para apoyarlos. El BSC traduce el mapa estratégico en medidas y metas. Pero para lograr los objetivos y metas la organización debe lanzar una serie de acciones que permitirán el logro de las metas para todas las medidas. La organización debe proveer

recursos (personas, dinero y capacidad) para cada programa de acción. Estos programas de acción son las iniciativas estratégicas y deben ser identificadas para cada medida en el BSC. Las iniciativas dan resultados, entonces la ejecución de la estrategia es administrada mediante la ejecución de las iniciativas.

Los planes de acción que definen y proveen recursos para las iniciativas estratégicas deben estar alineados alrededor de los temas estratégicos, y deben ser vistos como una inversión integral, en vez de un grupo de proyectos aislados. Cada tema estratégico debiera tener su propio caso de negocio.

La figura II.5 ilustra un plan de acción y caso de negocios. Muestra los bienes intangibles requeridos para la estrategia, en el medio muestra el BSC de medidas y metas para los objetivos en el mapa estratégico. El lado derecho de la figura identifica las iniciativas estratégicas y el costo requerido para el alcance de las metas en el BSC. En concreto la figura muestra como un tema estratégico requiere la alineación de las capacidades de los bienes intangibles y un conjunto completo de iniciativas estratégicas.

Figura II.5
Implementación de la estrategia

Mapa estratégico		Balanced Scorecard		Plan de acción	
Proceso: Administración de operaciones Tema:	Objetivos	Medidas	Metas	Iniciativas	Presupuesto
Perspectiva Financiera 	Objetivo 1	Medida 1	+30%		
	Objetivo 2	Medida 2	+20%		
	Objetivo 3	Medida 3	+5%		
Perspectiva del cliente 	Objetivo 4	Medida 4 Medida 5	+70% -12%	Iniciativa 1	\$XXX
	Objetivo 5	Medida 6	# 1	Iniciativa 2	\$XXX
	Objetivo 6	Medida 7	# 1	Iniciativa 3	\$XXX
Perspectiva interna 	Objetivo 7	Medida 8 Medida 9	30 min 90%	Iniciativa 4	\$XXX
Perspectiva de aprendizaje y crecimiento 	Objetivo 8	Medida 10	año 1 15% año 3 50% año 5 100%	Iniciativa 5	\$XXX
	Objetivo 9	Medida 11	100%	Iniciativa 6	\$XXX
	Objetivo 10	Medida 12	100%	Iniciativa 7	\$XXX
		Medida 13	100%	Iniciativa 8 Iniciativa 9	\$XXX

Fuente: Elaboración propia.

2.5.1 Definición de métrica y objetivos

Una vez definidos los cimientos de la empresa y la estrategia que ha de seguirse para crear valor para los *stakeholders*, se necesita traducirla a términos operativos, para que toda la organización la entienda y pueda cooperar en su implementación. Para ello se establecen objetivos y medidas para cada una de las cuatro perspectivas, los cuales están relacionados por supuestos enlaces causa-efecto para asegurar que no sean esfuerzos aislados, sino que apoyen directamente al logro de la estrategia.

Los objetivos señalan lo que debe lograr la organización en cada una de las perspectivas y las medidas son la forma de monitorear el logro de dichos objetivos y poder comprobar la validez de los enlaces causa-efecto supuestos entre los objetivos definidos para cada perspectiva, y de no ser válidos poder corregirlos o cambiarlos a tiempo, de modo que resulten válidos.

En el diseño del BSC, una organización debe medir concretamente los pocos parámetros que son críticos para representar su estrategia para la creación de valor a largo plazo, hay que ser conscientes de que una gran cantidad de medidas, no precisamente da más información, y si puede distraernos del objetivo deseado. Las medidas deben ser balanceadas entre medidas guía y rezagadas, medidas financieras y no financieras, medidas objetivas y subjetivas, medidas externas y medidas internas, etc.

Los objetivos de la perspectiva financiera establecen el desempeño financiero esperado de la organización, a la vez que reflejan las consecuencias económicas de las acciones tomadas en las otras tres perspectivas, es por ello que los objetivos y medidas de las otras perspectivas deben seleccionarse para que produzcan los resultados financieros deseados. Los objetivos y medidas en esta perspectiva, se desarrollan en base a tres temas estratégicos: aumento de ingresos, reducción de costos, utilización de activos.

En el Cuadro II.1 se muestra un ejemplo de objetivos y medidas para esta perspectiva y sus temas estratégicos.

Cuadro II.1
Perspectiva Financiera,
Objetivos y Medidas

Perspectiva Financiera	
Objetivos	Medidas
<i>Crecimiento del ingreso</i>	
Aumentar el número de nuevos productos/servicios	Porcentaje de ingresos de productos/servicios nuevos
Crear aplicaciones nuevas	Porcentaje de ingresos de aplicaciones nuevas
Desarrollar clientes y mercados nuevos	Porcentaje de ingresos de fuentes nuevas
Adoptar una estrategia nueva de fijación de precios	Rentabilidad de productos/servicios y clientes
<i>Reducción de costos</i>	
Reducir el costo unitario del producto/servicio	Costo unitario de productos/servicios
Reducir el costo unitario de clientes	Costo unitario de clientes
reducir el costo de canales de distribución	Costo unitario de canales de distribución
<i>Utilización de activos</i>	
Mejorar la utilización de activos	Valor económico agregado (EVA) Rendimiento sobre la inversión (ROI)

Fuente: Elaboración propia.

La perspectiva del cliente define los segmentos de mercado en el cual se va a competir y describe la propuesta de valor al cliente. Los objetivos en esta perspectiva definen la forma diferenciada en que se generarán los ingresos que apoyarán a los objetivos financieros. El Cuadro II.2 muestra un ejemplo de objetivos y medidas de la perspectiva mencionada.

Cuadro II.2
Perspectiva del Cliente
Objetivos y Medidas

Perspectiva del Cliente	
Objetivos	Medidas
<i>Medulares</i>	
Aumentar la participación de mercado	Participación de mercado
Aumentar la retención de clientes	Porcentaje de crecimiento Porcentaje de clientes repetidos
Aumentar adquisición de clientes	Número de clientes nuevos
Aumentar la satisfacción del cliente	Evaluación de encuestas de clientes
Aumentar la rentabilidad de clientes	Rentabilidad de clientes
<i>Valor del desempeño</i>	
Reducir precio	Precio
Reducir costos post-compra	Costos post-compra
Mejorar la funcionalidad de productos/servicios	Evaluaciones de encuestas de clientes
Mejorar la calidad de productos/servicios	Porcentaje de devoluciones
Aumentar la confiabilidad de entregas	Porcentaje de entregas a tiempo Programa de vencimientos
Mejorar la imagen de productos/servicio y reputación	Evaluaciones de encuestas de clientes

Fuente: Elaboración propia.

La perspectiva de procesos internos describe los procesos internos críticos para proporcionar valor a los *stakeholders*. Los objetivos y medidas en esta perspectiva se desarrollan a partir de la cadena de valor de procesos que se constituye por: i) el proceso de innovación, ii) el proceso de operaciones y iii) el proceso post-venta. Un ejemplo de objetivos y medidas de proceso internos se presenta en el Cuadro II.3

Cuadro II.3
Perspectiva de Procesos Internos
Objetivos y Medidas

Perspectiva de Procesos internos	
Objetivos	Medidas
<i>Innovación</i>	
Aumentar el número de nuevos productos/servicios	Número de nuevos productos/servicios / productos/servicios totales
	Gastos de investigación y desarrollo
Reducir el tiempo de ciclo del desarrollo de productos/servicios	Tiempo de lanzamiento al mercado (de inicio a fin)
<i>Operaciones</i>	
Aumentar la calidad de procesos	Porcentaje de quejas
Aumentar la eficiencia de procesos	Tendencias de costos unitarios
	Salidas/Entradas
Reducir el tiempo de proceso	Tiempo y velocidad de ciclo
<i>Servicio post-venta</i>	
Aumentar la calidad de los servicios	Tasa de problemas resueltos
Aumentar la eficiencia de los servicios	Tendencias de costos
	Salidas/Entradas
Reducir el tiempo de servicio	Tiempo de ciclo

Fuente: Elaboración propia.

La perspectiva de aprendizaje y crecimiento define los objetivos que apoyan al desempeño correcto y eficiente de los procesos internos. Los objetivos desarrollados en esta parte permiten el cumplimiento de los objetivos de las otras perspectivas. Los objetivos principales de esta perspectiva son tres: i) Aumentar las capacidades de los empleados, ii) mejorar las actitudes de los empleados y iii) aumentar las capacidades de los sistemas de información. En el Cuadro II.4 podemos observar algunas medidas relativas a éstos objetivos.

Cuadro II.4
Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento
Objetivos y Medidas

Perspectiva de Aprendizaje y crecimiento	
Objetivos	Medidas
Aumentar las capacidades de los empleados	Evaluaciones de la satisfacción de los empleados Porcentaje de rotación de empleados Horas de capacitación Productividad de los empleados
Aumentar la motivación y alineación	Sugerencias por empleado Sugerencias implementadas por empleado Ausentismo
Aumentar las capacidades de los sistemas de información	Porcentaje de procesos con capacidades de retroalimentación en tiempo-real Porcentaje de empleados que tratan con el cliente con acceso en línea a la información de los cliente y productos/servicios.

Fuente: Elaboración propia.

2.5.2 Definición de Indicadores

Las medidas por si solas nos dicen muy poco, es necesario poder compararlas con algún parámetro, ya sea de la misma organización, de otras o con uno deseado, lo que le da valor agregado y las convierte en información valiosa ya que es útil para la toma de decisiones. Es entonces mediante los indicadores de desempeño que podemos agregar valor a las medidas. Los indicadores son metas a corto, mediano y largo plazo para monitorear el logro de los objetivos. En el BSC es muy común usar semáforos, que es una técnica visual que consiste en resaltar con los colores y lógica de un semáforo el progreso de los objetivos:

- Rojo: no se ésta logrando la meta.
- Amarillo: En proceso y con algunas dificultades.
- Verde: Camina sin problemas.

El Cuadro II.5 ilustra esta técnica y la utilidad de los indicadores.

Cuadro II.5
Monitoreo de los objetivos mediante la técnica de semáforos

	Objetivos	Medidas	Metas	Avance año 1
Perspectiva Financiera	Objetivo 1	Medida 1	+30%	20%
	Objetivo 2	Medida 2	+20%	8%
	Objetivo 3	Medida 3	+5%	-1%
Perspectiva del Cliente	Objetivo 4	Medida 4	+70%	55%
		Medida 5	-12%	-9%
	Objetivo 5	Medida 6	# 1	# 6
Perspectiva P. Internos	Objetivo 6	Medida 7	# 1	# 3
	Objetivo 7	Medida 8	30 min	37 min
		Medida 9	90%	65%
Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo	Objetivo 8		año 1 15%	14%
			año 3 50%	
			año 5 100%	
	Objetivo 9	Medida 11	100%	80%
Objetivo 10	Medida 12	100%	80%	
	Medida 13	100%	95%	

Fuente: Elaboración propia.

2.5.3 Definición de Visión y Estrategias

La estrategia no debe aislarse como un proceso administrativo, existe un proceso continuo que comienza con la misión de la organización. La misión debe traducirse para que las acciones de la organización estén alineadas y la soporten. Un sistema de administración debe asegurar que dicha traducción se lleve a cabo efectivamente. La estrategia es un paso en una lógica continua que mueve a la organización de un enunciado de la misión a alto nivel al trabajo desempeñado por los empleados.

La misión de la organización provee un punto de partida, define porqué la organización existe. La misión y los valores guía que la acompañan se mantienen constante a lo largo del tiempo. La visión de la organización nos da el panorama del futuro que clarifica las direcciones de la organización y ayuda a los individuos a entender porqué y cómo deben

apoyar a la organización. Además impulsa el movimiento de la estabilidad de la misión y los valores al dinamismo de la estrategia, que es el siguiente paso en continuo.

La estrategia se desarrolla y evoluciona en el tiempo para enfrentar las condiciones cambiantes impuestas en el mundo real, define la lógica mediante la cual se alcanzará la visión. La visión y la misión son esencialmente complementos.

El BSC diseña la construcción de procesos bajo la premisa de estrategia como hipótesis. La estrategia moviliza a la organización de su posición actual a una posición futura deseada e incierta. El scorecard permite describir las hipótesis estratégicas en una serie de enlaces causa- efecto explícitos y comprobables. Las hipótesis estratégicas requieren identificar las actividades guía (indicadores guía) de los resultados deseados (indicadores rezagados). La clave para implementar la estrategia es que todos en la organización la entiendan, alinear los recursos con las hipótesis, para poder probarlas continuamente y adaptarlas como se requiere en la realidad.

2.5.4 Construcción de rutas estratégicas

Para facilitar la comunicación y descripción de la estrategia es necesario separarla en temas estratégicos. Estos temas estratégicos permiten a la organización lidiar con el conflicto de prioridades de largo-plazo contra las de corto plazo (crecimiento contra rentabilidad).

En general, los temas estratégicos reflejan lo que el equipo administrativo cree que debe hacerse internamente para triunfar. Los temas estratégicos proveen un camino para segmentar la estrategia:

1. Desarrollo. La onda larga de la creación de valor; desarrollo de nuevos productos y servicios y penetración de nuevos mercados y segmentos de cliente.
2. Incrementar el valor del cliente. Expandir, profundizar o redefinir las relaciones con los clientes existentes mediante múltiples ciclos de ventas.
3. Alcanzar la excelencia operativa. La onda corta de la creación de valor a través de la administración de la productividad interna y de la cadena de valor que permite a la organización proveer productos y servicios eficientes, oportunos y de calidad, así como la administración de la utilización de los activos y la capacidad de los recursos.
4. Ser una buena corporación ciudadana. Administrar las relaciones con los *stakeholders* externos, especialmente en sectores sujetos a regulación o riesgo ambiental.

Cada uno de estos temas estratégicos provee un pilar para la estrategia y contiene sus propias hipótesis estratégicas, sus propias relaciones causa-efecto, y ocasionalmente sus propio scorecard.

2.6 Implementación del BSC

El desarrollo e implementación del BSC deben ser enfocados como un proceso continuo y no como un proyecto. La implementación del BSC comprende establecerlo como un sistema de administración que va a ser en verdad desplegado y sostenido. La implementación del BSC comprende tres pasos: automatización, cascada y evaluación.

- *Paso Siete.* Una vez que se cuenta con un buen número de medidas de desempeño, un sistema de información de medición del desempeño es necesario para coleccionar y reportar los datos de desempeño y transformarlos en información del desempeño. La información da visión, tendencias y puntos de referencia y comparación con otros resultados. Este paso involucra la automatización del sistema BSC, y consiste en analizar opciones de *software* y los requerimientos de los usuarios para tomar la decisión más costo-eficiente en el presente y poder encarar los requerimientos de desempeño informático de la organización en el futuro. Las opciones de *software* van desde simples hojas de cálculo y bases de datos, diseñadas para reportes muy sencillos, hasta grandes depósitos de datos, diseñados para ligar la información dispersa en un sistema de administración integrado. Comprar *software* muy pronto limita el pensamiento creativo estratégico, y comprar tarde dificulta el impulso del nuevo sistema.
- *Paso ocho.* En este paso, conocido como cascada, se lleva el scorecard corporativo a todos los niveles de la organización. Cascada en el BSC significa traducir el scorecard corporativo en scorecards departamentales y de división que se alinean con la estrategia corporativa. La forma más sencilla de ejecutar la cascada es comenzar con los objetivos y medidas del mapa estratégico de la empresa, y desarrollar objetivos y medidas de soporte para las unidades de negocios, después para los negocios y unidades de soporte, y seguir con los equipos e individuos.

Comenzar con el *scorecard* corporativo y llevar los objetivos en cascada hacia abajo de la organización y unidades de negocio, y después a los equipos e individuos, asegura que el trabajo desempeñado en todas las unidades de la organización es relevante y ligado a su misión y estrategia.

- *Paso nueve.* Es ahora necesario evaluar el desempeño de las estrategias de negocio elegidas, verificar si los resultados esperados se alcanzaron. Ajustes a la

estrategia (y misión y visión de ser necesario) se van dando con el análisis de la información de desempeño y las fuerzas competitivas de mercado son consideradas. Crear un lazo de retroalimentación y análisis para probar las hipótesis de la estrategia es un paso crucial y que suele dejarse del lado en la planeación de la implementación. Este paso de evaluación incluye:

- Asegurarse que la construcción del aprendizaje y conocimiento de la organización sean incorporados a la planeación.
- Realizar ajustes a los programas de servicio existentes.
- Agregar nuevos programas que sean más costo-eficientes.
- Eliminar programas que no son costo-eficientes y no cubren las necesidades del cliente.
- Enlazar planeación y presupuesto.

2.6.1 Modelo de control, seguimiento, comunicación y aprendizaje organizativo

No se puede controlar lo que no se puede medir, es entonces que el BSC se convierte en una útil herramienta, ya que además de desplegar la estrategia a todos los niveles, sienta las bases para poder controlar la dirección y desempeño de todas y cada una de las iniciativas.

El monitoreo del desarrollo de las iniciativas es esencial ya que es la forma en que podemos poner a prueba la validez de los enlaces causa efecto entre nuestros objetivos, y nos permite tomar decisiones oportunas. El conocer el desempeño de los objetivos nos da armas para poder tomar acciones que refuercen las iniciativas, si éstas están dando los resultados esperados, o corregir los enlaces y desarrollar nuevos objetivos e iniciativas a probar.

No agrega ningún valor a la compañía y sus *stakeholders* el desarrollo de proyectos que no ofrecen los resultados necesarios para el éxito de la estrategia. En el BSC, como ya hemos mencionado, es importante que los empleados la comprendan pero es aún más importante que la adopten y contribuyan al logro de los objetivos que corresponden a su área de trabajo. Para que los trabajadores puedan operar debidamente la estrategia, e incluso proponer caminos más eficientes y eficaces de lograr los objetivos, deben tener la información necesaria y suficiente que les de una buena perspectiva de cómo contribuyen o podrían contribuir, de igual forma que les da bases para poder tomar decisiones en caso de que sea necesario.

El control y seguimiento de la estrategia, nos da otra ventaja, el aprendizaje organizativo. Si se tiene bien documentado las tareas que solucionaron o provocaron algún problema, se pueden tener en cuenta para no repetir los errores o para solucionar

problemas similares, o proponer mejores soluciones e incluso innovar en la forma de hacer las cosas.

2.6.2 Definición de iniciativas estratégicas y responsables.

El proceso último en el desarrollo del BSC es la creación de iniciativas. Las iniciativas nos dicen “el cómo”, son la expresión en términos operativos de la estrategia.

Las iniciativas deben estar ligadas a los objetivos y las medidas. Todo proyecto que se inicie a partir de éste momento, debe tener una relación directa con todo lo desarrollado anteriormente ya que es mediante, las iniciativas que se definirá el logro de los objetivos, lo cual define el logro de los temas estratégicos y finalmente de la posición competitiva deseada.

Las iniciativas deben ser apoyadas con recursos humanos, materiales y financieros suficientes para su buen desempeño, deben delimitarse tiempos para el alcance de las metas y debe comunicarse a las personas encargadas de llevarlas a cabo la forma en que dichas iniciativas contribuyen al logro de los objetivos, con el fin de involucrar a las personas y que puedan, de ser posible, aportar alternativas de mejora.

Cuadro II.6
Desarrollo Del BSC: todo enlazado

	Objetivos	Medidas	Metas	Iniciativas	Presupuesto
Perspectiva Financiera	Objetivo 1	Medida 1	+30%		
	Objetivo 2	Medida 2	+20%		
	Objetivo 3	Medida 3	+5%		
Perspectiva del Cliente	Objetivo 4	Medida 4	+70%	Iniciativa 1	\$XXX
	Objetivo 5	Medida 5 Medida 6	-12% # 1	Iniciativa 2	\$XXX
	Objetivo 6	Medida 7	# 1	Iniciativa 3	\$XXX
Perspectiva P. Internos	Objetivo 7	Medida 8	30 min	Iniciativa 4	\$XXX
		Medida 9	90%		
Perspectiva de Aprendizaje y Desarrollo	Objetivo 8	Medida 10	año 1 15% año 3 50% año 5 100%	Iniciativa 5	\$XXX
	Objetivo 9	Medida 11	100%	Iniciativa 6	\$XXX
	Objetivo 10	Medida 12 Medida 13	100% 100%	Iniciativa 7 Iniciativa 8 Iniciativa 9	\$XXX \$XXX \$XXX

Fuente: Elaboración propia.

2.6.3 Ciclos de retroalimentación y aprendizaje de la estrategia.

La viabilidad de la estrategia puede probarse con el monitoreo del desempeño de las iniciativas, se pueden verificar los enlaces supuestos entre los objetivos. Se espera que la estrategia aumente el valor de los accionistas, si éste no es el resultado que se obtiene, se atribuye principalmente a dos causas:

- Problemas de implementación
- Una estrategia inválida

La implementación de una estrategia requiere de una fuerte inversión en capital para cualquier organización, resulta entonces absurdo tener que esperar hasta el final, que ya no se puede hacer nada, para ver si la estrategia entregará los resultados esperados o no.

En los sistemas tradicionales de administración del desempeño, típicamente sólo se proporciona una realimentación de lazo sencillo, la cual enfatiza solo la eficacia de la implementación, se verifica que las cosas se hagan correctamente. El BSC la planeación estratégica es dinámica por ello enfatiza la realimentación de doble lazo.

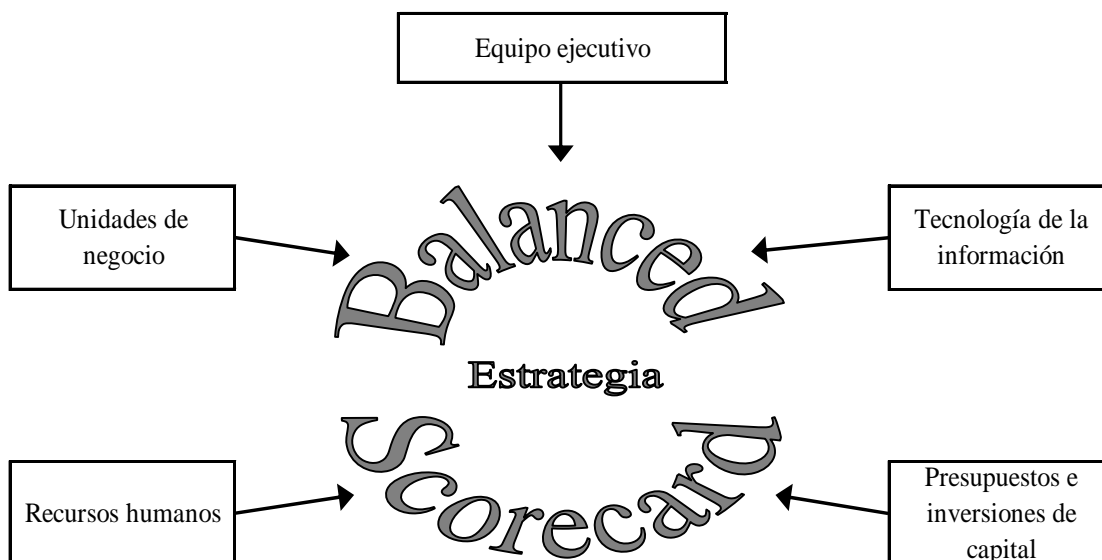
La realimentación de doble lazo es la base del aprendizaje estratégico. Éste tipo de realimentación toma en cuenta tanto la eficacia de la implementación, como la validez de los supuestos relativos a la estrategia. El probar la hipótesis hace cambiar y adaptar una vez que se hace aparente que algunas partes de la estrategia no son correctas. Es hacer las cosas correctas correctamente.

2.6.4 Organización estratégicamente enfocada.

El BSC permite a las organizaciones construir un nuevo sistema de administración, uno basado en la estrategia. Este sistema tiene tres distintas dimensiones:

- *Estrategia.* Hacer de la estrategia el punto central. El BSC permite a las organizaciones describir y comunicar su estrategia de forma que pueda ser entendida y ejecutada.
- *Enfoque.* Con el BSC como guía, cada recurso y actividad de la organización se alinea a la estrategia.
- *Organización.* Moviliza a los empleados a actuar de forma distinta. El BSC provee la lógica y estructura para establecer enlaces a través de las unidades de negocios, servicios compartidos y empleados.

Figura II.6
Alineación y enfoque de los recursos a la estrategia



Fuente: elaboración propia

Las organizaciones utilizan el BSC para crear una organización estratégicamente enfocada. Los cinco principios comunes de dichas organizaciones son:

1. *Traduzca la estrategia en términos operacionales.* No podemos esperar implementar una estrategia que no podemos describir. Una herramienta útil para hacerlo son los mapas estratégicos, que aunados a las medidas del BSC, proveen una herramienta para describir como se crea valor para los derechohabientes a partir de los intangibles. Se da un punto de referencia común y comprensible para toda la organización.
2. *Alinee la organización a la estrategia.* Las organizaciones se conforman tradicionalmente de numerosos sectores, unidades de negocio y departamentos especializados, cada uno con su propia estrategia. Para que el desempeño organizacional vaya más allá de la suma de las partes, las estrategias individuales deben estar ligadas e integradas. La organización define los enlaces esperados para generar sinergias y asegurarse que esos enlaces en realidad existan.
3. *Haga de la estrategia “el trabajo diario de todos”.* Para implementar exitosamente la estrategia se requiere de la contribución activa de todos en la organización, para ello es necesario que todos los empleados comprendan la estrategia para que puedan ejecutar sus tareas diarias de forma que éstas contribuyan al éxito de la estrategia. Debe existir comunicación de arriba hacia abajo, ya que sólo los dueños de los procesos (empleados), pueden encontrar formas de mejorarlos para que contribuyan al logro de los objetivos estratégicos de la organización. Los ejecutivos utilizan el BSC para comunicar y educar a la organización en la estrategia. Para entender el *scorecard*, los empleados deben aprender sobre los clientes, costeo, etc., para lo cual la organización debe invertir en capacitar a sus empleados en todos los niveles, sobre los componentes estratégicos clave. Con dicho conocimiento y comprensión de la estrategia, puede comenzarse el proceso cascada, incluso hasta llegar a *scorecards* personales. No hay que olvidar integrar compensaciones incentivas ligadas al BSC, ya que esto motiva e involucra a los empleados.
4. *Haga de la estrategia un proceso continuo.* Es clave integrar la administración de las tácticas (presupuestos financieros y revisiones mensuales) y la administración de la estrategia en un proceso continuo, dicho proceso se conoce como proceso de doble lazo. Para lograrlo debe considerarse ligar la estrategia al proceso de presupuesto, juntas administrativas frecuentes para evaluar y discutir la estrategia, poner la información de la estrategia al alcance de todos para poder aprender, adaptar o actualizar la estrategia.

5. *Mobilice el cambio mediante el liderazgo ejecutivo.* Se necesitan más que herramientas y procesos para crear una organización estratégicamente enfocada. La estrategia requiere del cambio de cada parte de la organización, se requiere de trabajo en equipo y líderes comprometidos para coordinar y lograr dichos cambios. Un programa BSC exitoso comienza reconociendo que no es un proyecto de métricas sino un proyecto de cambio. Debe comenzarse por movilizar a la organización, para cambiar las políticas a trabajo fluido y en equipo para apoyar el cambio a un nuevo modelo de desempeño.

Figura II.6
Principios de la organización estratégicamente enfocada



Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO III. APLICACIÓN DEL BALANCED SCORECARD A LA ADMINISTRACIÓN DEL IMSS

3.1 El proceso de administración estratégica

Para el buen desempeño, crecimiento y valor de cualquier organización es de vital importancia que plantee a donde quiere llegar. Una vez que tiene claro a dónde va tiene que desarrollar un plan de cómo lograrlo. Éste plan, llamado estrategia, debe ser diseñado con cautela pues de no ser congruente con la misión visión y valores de la empresa, por muy buena que parezca ésta estrategia, no la llevará al lugar donde quiere estar.

Sin embargo el desarrollo de una estrategia buena y adecuada es solo el primer paso, ya que el verdadero reto es la implantación exitosa de la misma. Lograr que la estrategia sea compartida y adoptada por todos los niveles de la institución no es cosa sencilla, es por eso que deben involucrarse desde los directivos hasta el personal operativo, que cada una de las partes sea consciente de cómo apoya su trabajo al logro de la estrategia y qué beneficios se derivarán para la institución y para ellos como parte de la misma de lograrse las metas planeadas.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es una de las más importantes instituciones por su infraestructura y sus empleados, pero es aún más importante por todo lo que representa para el pueblo de México, pues es la principal encargada de velar por la seguridad social de los mexicanos. Sin embargo, como se reflexionó en el capítulo I, su historia ha estado plagada de malas administraciones que tomaban las decisiones de manejo de éste importante Instituto dejando de lado la planeación, lo que ha sumido a la institución en una fuerte crisis económica y laboral, que ha derivado en deficiencia en la prestación de los servicios. Es entonces urgente tomar medidas correctivas para que el IMSS cumpla con su razón de ser. Como ya se ha mencionado, debe desarrollarse una estrategia congruente que cree valor para los mexicanos, y para poder implementarla exitosamente puede y debe hacerse uso del *Balanced Scorecard* que es una herramienta para implementar estrategias que en la última década ha sido de gran utilidad a un sinnúmero de empresas e instituciones.

Mediante el *Balanced Scorecard*, puede verse al instituto a través de cuatro importantes perspectivas -del derechohabiente, económica, procesos internos y aprendizaje y crecimiento- que ayudarán a entender la importancia de cada una de las partes y cómo pueden contribuir y apoyarse entre sí para que el instituto subsane sus deficiencias y pueda comenzar a crear valor real para los derechohabientes.

Una vez que el Consejo Técnico y el Director del Instituto definieron la estrategia a seguir, los temas estratégicos de ésta y los objetivos en cada perspectiva, se procedió a construir el BSC del IMSS. Para ello se llevaron a cabo una serie de juntas-talleres con los directores de cada área del Instituto, apoyados por una consultora externa, para comunicar los temas estratégicos y objetivos que se habían planteado. Una vez comunicados los temas estratégicos, los representantes de cada una de las direcciones desarrollaron las medidas, objetivos e iniciativas con las que construirían la estrategia del Instituto en cada una de las cuatro perspectivas. Es así que se logró el primer paso en el desarrollo del BSC del Instituto, el cual está condensado en el Plan Estratégico Institucional del IMSS (PEIMSS). El PEIMSS que se analiza en esta tesis es el correspondiente al bienio 2005-2006.

3.1.1 Despliegue del BSC en instituciones gubernamentales y no lucrativas.

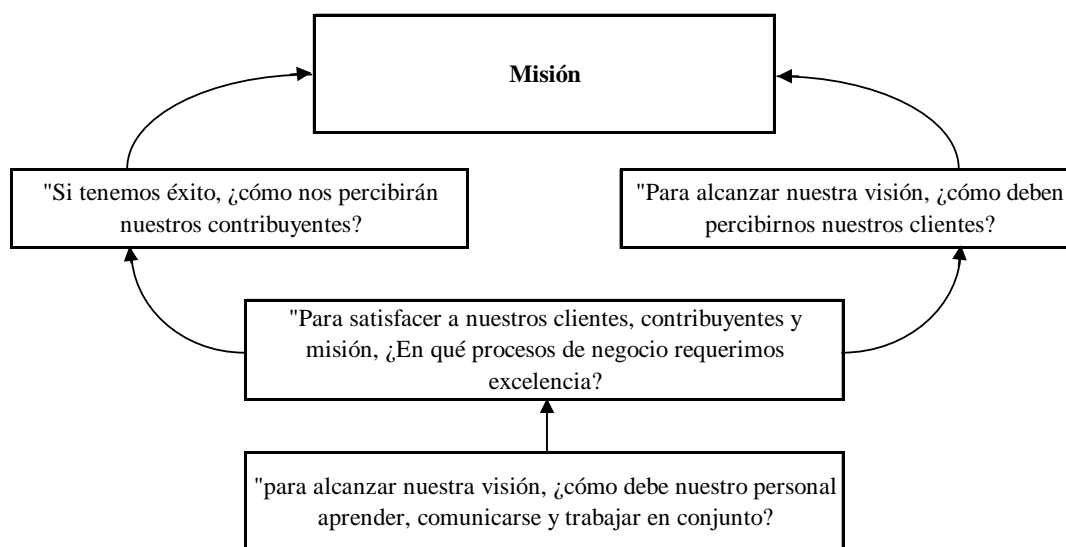
Típicamente, a las organizaciones no lucrativas y entidades gubernamentales se les dificulta de manera considerable definir su estrategia. Los documentos que pretenden definirla suelen constar de un gran número de páginas, y una vez que se han articulado la misión y la visión, la estrategia suele reducirse a una lista de programas e iniciativas, no a los resultados que la organización está buscando alcanzar. Este tipo de organizaciones deben comprender que la estrategia no es sólo lo que la organización trata de hacer, sino además lo que decide no hacer.

Las organizaciones en el sector gubernamental y no lucrativo tienden a enfocarse en la excelencia operacional, es poco común que se enfoquen a una estrategia de liderazgo de producto, o intimidad con el cliente. No se dan cuenta que pueden construir ventaja competitiva en formas distintas a la excelencia operacional, pero se requiere visión y liderazgo para movilizarse más allá de sólo mejorar los procesos existentes hacia una estrategia propositiva, cuyos procesos y actividades son lo más importante de implementar.

La estructura original del BSC resulta inapropiada para las organizaciones del sector gubernamental y no lucrativo, ya que la perspectiva financiera resulta tener la mayor importancia. Para estas organizaciones lograr el éxito financiero no es el objetivo primario, entonces la estructura del BSC se ha adaptado colocando la perspectiva del cliente al mismo nivel jerárquico de la perspectiva financiera. Se desarrollan objetivos para ambas perspectivas y luego se identifican los procesos internos que crearán el valor deseado para ambos grupos.

De hecho, estas organizaciones deben considerar colocar un objetivo de relevante importancia en lo alto de sus *scorecards* que represente su objetivo a largo plazo: su misión. Entonces los objetivos dentro del *scorecard* deben estar orientados hacia la superación de dicho objetivo.

Figura III.1
Adaptando el Balanced Scorecard a
Organizaciones no lucrativas y
gubernamentales



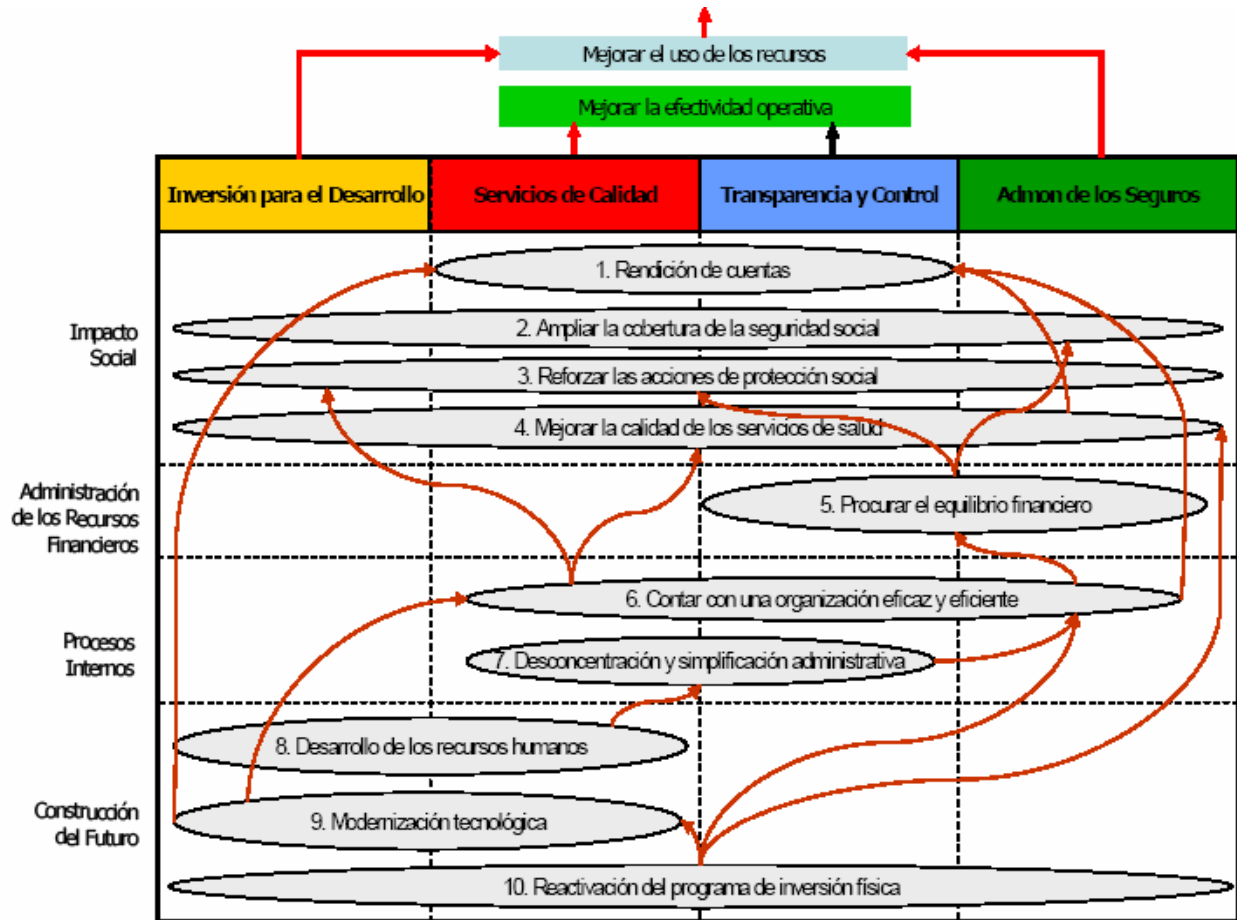
Fuente: Elaboración propia (Kaplan, Norton 2001).

3.2 Plan Estratégico Institucional

El IMSS está modernizando sus sistemas de planeación para fundar en ella su toma de decisiones ante los riesgos que le presenta un entorno demandante y de cambio permanente y acelerado. Dada la situación actual del IMSS su estrategia no puede ser de otra forma que la mejora y eficiencia operativa y financiera. La estrategia general tiene los siguientes temas estratégicos:

- Inversión para el desarrollo.
- Servicios de calidad.
- Transparencia y control.
- Administración de los seguros.

Cuadro I.15
Mapa estratégico del IMSS 2005-2006



Fuente: PEIMSS 2005-2006.

3.2.1 Objetivos estratégicos

El Instituto desarrolló diez objetivos estratégicos, que son la descomposición de la estrategia en acciones necesarias para el éxito de la misma. Los objetivos estratégicos apoyan a los temas estratégicos. Los objetivos estratégicos del IMSS son:

1. Rendición de cuentas.
2. Ampliar la cobertura de la seguridad social.
3. Reforzar las acciones de protección social.
4. Mejorar la calidad de los servicios de salud.
5. Procurar el equilibrio financiero.
6. Contar con una organización eficaz y eficiente.
7. Desconcentración y simplificación administrativa.
8. Desarrollo de los recursos humanos.
9. Modernización tecnológica.
10. Reactivación del programa de inversión física.

La parte medular del mapa estratégico, son las relaciones causa-efecto supuestas entre los objetivos estratégicos, pues es a través de dichos enlaces que se delinea el camino al éxito de los temas estratégicos que componen la estrategia institucional. La construcción de la estrategia puede ser en dos sentidos: de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba. A continuación se detalla cada objetivo y se explica cómo contribuye en la construcción de la estrategia.

3.3 Construcción del Futuro

Esta es la perspectiva de aprendizaje y crecimiento, en ésta el Instituto ha definido las capacidades humanas y de información que requerirá para apoyar la construcción de su estrategia.

Los objetivos estratégicos para la construcción del futuro son:

- Reactivación del programa de inversión física
- Modernización tecnológica
- Desarrollo de los recursos humanos

Al invertir en activos, el IMSS provee a sus trabajadores con herramientas para proporcionar servicios de calidad que construyen una organización eficaz y eficiente. Se

tiene como alcance a la vanguardia tecnológica para construir un Instituto competitivo que se requiere.

Si se presta mayor atención al área de recursos humanos, se pueden incrementar las capacidades de los empleados, además de que los nuevos talentos que se integren cubran el perfil y así poder delegar responsabilidades y simplificar los procesos administrativos.

3.3.1 Reactivación del programa de inversión física

Debido a que el desempeño institucional se verá afectado por el avance tecnológico, que provee nuevos instrumentos, tratamientos y medicamentos, las nuevas oportunidades de atención médica deberán evaluarse con sus correspondientes requerimientos presupuestales.

Para ello el IMSS cuenta con el programa de inversiones físicas más ambicioso de los últimos 25 años. Se incorporarán nuevos equipos y se sustituirán los obsoletos al tiempo que se avanza en la construcción de unidades médicas, lo mismo que en la conservación y en el mantenimiento de las instalaciones para adaptarlas al reto de ofrecer servicios médicos de alta calidad.

Los recursos se enfocarán en los proyectos de mantenimiento, equipamiento y expansión de la capacidad, dado el deterioro ya observado en algunas de sus instalaciones. Las prioridades serán poner en operación infraestructura ya concluida y equipada, dar continuidad a los proyectos relacionados con las unidades de medicina familiar y hospitales y al programa de equipamiento médico y hacer el seguimiento de los proyectos de obra pública en curso.

Para resolver el problema de obsolescencia de equipo médico se tomarán en cuenta la contratación de servicios integrales y el establecimiento de convenios de prestación mutua de servicios con otras instituciones de salud. El programa de inversión se realizará dentro de cauces normativos que permitirán planear, documentar, controlar y evaluar el gasto en cuestión. La inversión se ejecutará con apego al Programa de Fortalecimiento de la Infraestructura Física, Equipo y Mobiliario Médico. Este comprende normas y lineamientos médico-arquitectónicos establecidos, planos validados, propuestas de inversión de equipo y de asignación de plantillas con suficiencia presupuestal, lo mismo que la documentación integral de los fundamentos técnicos y de costo beneficio de los proyectos y de las tecnologías. De igual manera se fortalecerá el control y la transparencia del proceso de registro, confirmación y liquidación de las operaciones de inversión física, mediante la sistematización de las

operaciones en el marco del Proyecto de Planeación de los Recursos Institucionales (PREI-Millennium).

Los principios de la desconcentración se aplicarán también al programa de inversión física, en la medida en que las delegaciones tengan la atribución de comprar los equipos y ejercer los presupuestos.

En este marco para finales del 2006 el Instituto debió de:

- ✓ Fortalecer la capacidad instalada en unidades de investigación mediante la adquisición de 229 equipos de laboratorio y 193 equipos informáticos.
- ✓ Adquirir 1,344 equipos para unidades médicas de alta especialidad.
- ✓ Fortalecer el programa de medicina preventiva mediante la adquisición de 7,262 equipos.
- ✓ Adquirir 8 unidades móviles dentales y 8 unidades móviles médico quirúrgicas con plataforma de diagnóstico para la atención del programa de jornaleros agrícolas.
- ✓ Construir 43 Unidades de Medicina Familiar, 12 Unidades de Medicina Familiar con Atención Ambulatoria, 10 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, 14 Hospitales, 1 Centro de Investigación Biomédico, 2 Escuelas de Enfermería y 10 Subdelegaciones.
- ✓ Ampliar, remodelar y/o terminar 78 Unidades de Medicina Familiar, 89 Hospitales de segundo nivel y 36 Hospitales de tercer nivel.

Cuadro III.1
Scorecard Inversión Física

<i>Objetivo</i>	<i>Medidas</i>	<i>Metas</i>	
		<i>2005</i>	<i>2006</i>
Fortalecer el control de proceso de registro, confirmación y liquidación de las operaciones de Inversión Física (sistematización de las operaciones PREI-II)	Eficiencia en la planeación y registro del Programa de Inversión Física (PIF)	100%	100%
Programa de fortalecimiento de la infraestructura física, equipo y mobiliario médico.	Gasto per cápita en inversión e infraestructura.	\$160 / derechohabiente	\$26 / derechohabiente
Fortalecer la compra delegacional de equipos y la desconcentración del ejercicio del presupuesto.	Porcentaje de avance del Presupuesto Ejercido del programa de Adquisición de Bienes de Inversión.	85%	90%
Rehabilitación y modernización del equipo médico.	Porcentaje de equipos rehabilitados	100%	100%
Dar seguimiento a la cartera de proyectos de inversión.	Porcentaje de avance del Programa Anual de Construcciones.	85%	90%
Sistema de seguimiento financiero de obras.	Porcentaje de avance del Presupuesto Ejercido del Programa Anual de Construcciones.	85%	90%

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006.

3.3.2 Modernización tecnológica

El Instituto debe incorporar los avances tecnológicos de la información y las telecomunicaciones para mejorar su eficiencia. Esto le permitirá al IMSS alcanzar a modernización de sus funciones y procesos, establecer canales de comunicación expeditos, procesar y utilizar grandes volúmenes de información en medios electrónicos y en línea, brindar servicios de mayor calidad y reducir al máximo posible los tiempos de tramitación administrativa. La meta es tener una red integrada y optimizada que permita hacer un mejor uso de la infraestructura de comunicaciones actualmente instalada.

Será indispensable promover el desarrollo de repositorios generales de información, para la generación de datos oportunos y consistentes que faciliten la formulación y evaluación de las tareas institucionales. Ello implica el desarrollo de *datawarehouses* y *datamarts* que permitan la integración, el manejo y el análisis exhaustivo de la información con vistas multidimensionales de los datos, así como la generación de pronósticos y simulaciones para la toma de decisiones.

Para lograr una mayor eficiencia operativa se mantendrá la inversión en tecnologías que inciden en los diferentes procesos del quehacer institucional, y reditúen beneficios directos a los asegurados, derechohabientes, patrones y usuarios internos. Entre los proyectos y sistemas más destacados se encuentran los siguientes, según el ámbito de aplicación:

- ✓ *Administrativos*: fortalecerá el Sistema de Abasto Institucional (SAI) para monitorear la operación y los indicadores de abastecimiento. En este aspecto se implementarán servicios integrales de surtimiento de medicamentos para las Unidades Médicas de Alta Especialidad. Los beneficios serán: i) mejora en la oportunidad del abasto y en la atención a los derechohabientes, y ii) disminución de los costos de operación a través de la reducción al mínimo de la inversión en creación y reposición de inventarios. Asimismo, adecuará el Sistema de Administración de Personal (SIAP), para contribuir al cumplimiento de los compromisos se presentan en la administración de los recursos humanos y para brindar un mejor servicio a las unidades administrativas del Instituto mediante la implantación de nuevas aplicaciones.
- ✓ *Financiero*: concluirá la instalación del Proyecto de Planeación de los Recursos Institucionales (PREI-Millennium), para automatizar y eficientar el manejo de las operaciones de presupuesto, contabilidad, tesorería, inversiones físicas e información directiva.
- ✓ *Incorporación, recaudación y fiscalización*: impulsará la implantación del Sistema Institucional de Afiliación, Recaudación y Fiscalización (SIAREFI); se

pondrá en operación el Sistema de Afiliación de Trabajadores de la Industria de la Construcción (SATIC); se implantará el Módulo de Atención y Recepción Integral (MORAI) en 56 Subdelegaciones; se lanzarán diversas iniciativas como: credencialización; pagos a través de medios electrónicos, y página electrónica de remates para facilitar la interacción con los usuarios (patrones, trabajadores, asegurados y beneficiarios). Además el Instituto reforzará el sistema IMSS desde su Empresa (IDSE) poniendo a la disposición del sector patronal la “firma digital”, herramienta que le permite realizar operaciones en línea, a través de Internet. A efecto de fomentar la utilización del IDSE, se instalarán 416 kioscos en Subdelegaciones y Oficinas Auxiliares.

- ✓ *Gestión Médica:* El Instituto generará información médica mediante la implantación del Sistema de Información de Atención Integral a la Salud (SIAIS) en las Unidades de Medicina Familiar; desarrollará e instalará el Sistema Computarizado de Administración Hospitalaria (SINPHOS); y continuará con la implantación del Sistema de Información en Medicina Familiar (SIMF) o Expediente Electrónico del Paciente (EEP). Estos nuevos sistemas coadyuvarán a mejorar la provisión de los servicios de atención médica en los tres niveles de atención. De igual forma, se cubrirán los requerimientos de información proporcionados por el Sistema de Información Médico Operativa (SIMO) a través de una plataforma Web, que integre servicios en línea y en tiempo real entre el Primer Nivel Atención con los servicios de Urgencias, Admisión y Consulta Externa de Especialidades en las Unidades Hospitalarias de Segundo y Tercer Niveles.
- ✓ *Prestaciones económicas:* Como parte del proceso de automatización de los procesos prioritarios se diseñará y pondrá en operación el Nuevo Sistema para el trámite y resolución de las Prestaciones Económicas; y se continuará con la implantación de los sistemas de Administración de Tiendas IMSS-SNTSS, Hotelero para los centros vacacionales; y Administrativo y Contable para los velatorios. Por otra parte, con el propósito de optimizar los procesos administrativos y operativos de las guarderías, se implantará, en la totalidad de las unidades, el Sistema de Información y Administración de Guarderías (SIAG).
- ✓ *Atención al usuario:* se implantarán los sistemas de atención y orientación en línea a los derechohabientes, así como los relacionados con el registro y seguimiento de las quejas y su proceso de atención. Se consolidará el sistema de captura, procesamiento y consulta de encuestas en línea y el sistema de atención a solicitudes de información pública (SISI).

Cuadro III.2
Scorecard Modernización tecnológica

<i>Objetivo</i>	<i>Medidas</i>	<i>Metas</i>	
		<i>2005</i>	<i>2006</i>
Automatizar los procesos prioritarios para mejorar la calidad del servicio a los patronos.	Cobertura de patronos adheridos a IDSE	42%	83%
Implantar el Expediente Electrónico del Paciente (EEP) en Unidades de Medicina Familiar (UMF).	número de UMF con instalación de EEP7		150 UMF
Desarrollo del Sistema Información Hospitalaria.	Número de UMH instaladas	50 UMH	62 UMH
Optimizar los procesos de incorporación, recaudación y fiscalización a través de la implantación del SIAREFI.	Porcentaje de avance en la implantación del SIAREFI	86%	100%
Desarrollo del sistema de Información de Medicina Familiar	Porcentaje de avance en la implantación del Sistema de Medicina Familiar	50% potencial de pacientes con EEP	85% potencial de pacientes con EEP
Concluir el sistema de información directiva del Instituto, a través de un sistema ERP (Enterprise Resource Planning, PREI)	Porcentaje de avance en la implantación del PREI	100%	90%
Diseñar, desarrollar y poner en operación el Nuevo Sistema de Prestaciones Económicas.	Porcentaje de avance en la operación del Sistema	90%	100%
Construir y fortalecer la plataforma tecnológica del Instituto.	Porcentaje de actualización de los servicios de telecomunicaciones	70%	95%

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006.

3.3.3 Desarrollo de los recursos humanos

Para el desarrollo institucional, se fortalecerá la política de servicios personales para el mejor aprovechamiento del valioso capital humano con el que se cuenta. El enfoque será profesionalizar aún más al personal, adecuar el perfil de las plantillas a las necesidades del Instituto, capacitar a los trabajadores para el cambio, y estimular el esfuerzo y el buen desempeño.

El Instituto realizará acciones de capacitación y transmisión de conocimientos a personal directivo y operativo. Especialmente favorecerá la superación individual y colectiva del personal encargado del cuidado de la salud, a través de la capacitación basada en los principios de la educación participativa para así propiciar el aprendizaje autónomo.

A fin de contribuir a la prestación de servicios de salud de calidad, se favorecerá el desarrollo institucional de la investigación en salud mediante el Fondo de Fomento a la Investigación. El conocimiento científico generado se incorporará a los tratamientos y

procesos y será un elemento adicional para mejorar la toma de decisiones realizadas por el personal de salud y el personal directivo.

En las UMAE (Unidades Médicas de Alta Especialidad) se pretende fortificar este aspecto al desarrollar nuevas unidades de investigación, e incorporarlas al programa de formación de profesores de carrera. En este contexto se mantendrá el Programa de Capacitación y Desarrollo Gerencial que contribuye al Proceso de Mejora Continua de la Calidad y Eficiencia que se está llevando a cabo en todas las UMAE.

Cuadro III.3
Scorecard Modernización tecnológica

<i>Objetivo</i>	<i>Medidas</i>	<i>Metas</i>	
		<i>2005</i>	<i>2006</i>
Desarrollar los conocimientos, habilidades y actitudes de los trabajadores para la mejora en el desempeño de su puesto	Cumplimiento a los programas de capacitación de trabajadores IMSS	90%	90%
Desarrollar los conocimientos, habilidades y actitudes de los trabajadores para la mejora en el desempeño de su puesto	Gasto medio de capacitación externa por empleado programado	\$10,000	\$10,000
Promover la formación de capital humano, institucional y comunitario en el programa IMSS Oportunidades	Formación de recursos humanos en materia de salud	43,040 personas	46,914 personas
Programa de capacitación de directivos médicos	Tasa de personal directivo medico formado en dirección en salud	280 directivos graduados	280 directivos graduados

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006.

3.4 Procesos Internos

Son los procesos que el IMSS debe desempeñar con excelencia para poder entregar valor a sus derechohabientes y cumplir con sus restricciones financieras. Los objetivos estratégicos del PEIMSS 2005-2006 para esta perspectiva son:

- Desconcentración y simplificación administrativa.
- Contar con una organización eficaz y eficiente.

La desconcentración de los procesos administrativos puede guiarnos a una simplificación de los mismos. Si los procesos se simplifican, pueden llevarse a cabo las demás tareas de forma eficaz y eficiente, lo que nos llevará a una mejora en la calidad de los servicios y la posibilidad de reforzar la protección social. Por otra parte, si se desempeñan efectivamente los procesos internos del Instituto, el control de los recursos financieros se posibilita, abriendo camino a la construcción del equilibrio financiero.

3.4.1 Desconcentración y simplificación administrativa

El Instituto busca elevar la atención y la satisfacción de los derechohabientes y la población usuaria. Para ello se consagrará a racionalizar recursos, mejorar su control y

rendir mejores cuentas a partir de la oportunidad y la eficiencia operativas. Con ese objeto se valdrá de la automatización y la mejora de procesos, el acrecentamiento de las facultades y responsabilidades de las áreas operativas, el consecuente reforzamiento del papel normativo de las áreas centrales de tal forma que se eviten traslapes y el redimensionamiento de las estructuras, sin afectar la prestación de los servicios.

La conversión del IMSS en una organización más eficiente implica lograr un cambio cultural y establecer estándares de calidad y criterios de evaluación. Es clave, a este respecto, que la desconcentración de los servicios se profundice y se traduzca en una mayor capacidad resolutoria, a fin de que quienes manejan directamente los procesos puedan organizarse de manera más productiva y organizar sus insumos en función de las necesidades observadas.

Las áreas deberán mantenerse permanentemente actualizadas a fin de responder con mayor eficiencia a los retos que se presenten, y requerir además la participación comprometida del personal en las delegaciones para el mejor desempeño de los programas y proyectos vigentes. Con este objetivo se propiciará el buen desempeño operativo del personal, en el marco de la realización de programas de profesionalización de los directivos con énfasis en el desarrollo de sus capacidades de planeación y de administración.

En este contexto se definirán cuadros de mando (*scorecards*) o mapas de estrategia que promuevan la alineación de los procesos clave con el cumplimiento de los objetivos y las metas definidas, lo cual implicará el uso de instrumentos informáticos que permitan administrar la estrategia y los medidores de resultados en todos los niveles del Seguro Social.

Por otra parte, se continuará con la actualización del marco normativo con miras a la simplificación, desregulación, transparencia y control sobre las responsabilidades y operación de las áreas.

Para facultar a las UMAE y darles nuevos incentivos enfocados en la mejor atención y en el mejor uso de los recursos, el Instituto continuará impulsando fuertemente la desconcentración de los servicios. El objetivo es elevar su capacidad autónoma de respuesta para atender con calidad y eficiencia a la población derechohabiente.

Es necesario consolidar el proceso a fin de proporcionar mayor acceso a los servicios de atención a la salud; optimizar su desempeño a través de la reorganización de los procesos de atención médica y de la mejora continua, además de contar con el nivel organizativo de modo que las UMAE ejerzan su papel rector en educación e investigación como estructuras desconcentradas.

Asimismo se realiza la separación del presupuesto de las UMAE del correspondiente a las delegaciones, con reglas claras para garantizar el ejercicio de los recursos financieros dentro de los límites señalados por las instancias correspondientes. Parte importante de este proceso es la desconcentración de las adquisiciones tanto para las UMAE como para las delegaciones.

La certificación de las UMAE por la Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, continuará. También serán certificadas las Unidades Complementarias y todas las Unidades de Atención Médica. Simultáneamente se seguirá realizando una labor análoga con las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD), con los mismos principios y objetivos de contribuir a la desconcentración de las facultades y procesos médicos y administrativos con objeto de mejorar la salud de los derechohabientes y transformar la gestión de los recursos hacia la eficiencia.

Al efecto se continuará con el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades de medicina familiar y los hospitales, a efecto de proveer servicios de promoción de la salud, prevención de daños y atención médica. Lo anterior facilitará la vinculación de acciones médicas y administrativas en los tres niveles de atención y mejorará el acceso y la oportunidad de la atención médica.

Cuadro III.4
Scorecard Modernización tecnológica

<i>Objetivo</i>	<i>Medidas</i>	<i>Metas</i>	
		<i>2005</i>	<i>2006</i>
Reforzar la capacidad resolutoria de la Dirección de Planeación y Finanzas mediante la simplificación administrativa	Índice de capacidad de autonomía y descentralización a las delegaciones de procesos centrales	90% de los procesos programados	100% de los procesos programados
Supervisar la aplicación de los lineamientos del sistema de referencia y contrarreferencia	Oportunidad en la consulta de especialidades en unidades de tercer nivel	77%	85%
Descentralización de las compras de equipamiento a las delegaciones	Porcentaje de avance del Presupuesto Ejercido del Programa de Adquisición de Bienes de Inversión	85%	90%

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006.

3.4.2 Contar con una organización eficaz y eficiente

El Instituto continuará con la reorganización gradual alrededor de tres funciones prioritarias:

- i) prestaciones médicas
- ii) prestaciones económicas y sociales
- iii) incorporación y recaudación.

Estas tres funciones requieren del apoyo de otras áreas del Instituto que habrán de redefinirse como proveedoras de servicios internos. Para ello se desarrollarán iniciativas y proyectos encaminados a eficientar la operación de toda la estructura del Seguro Social.

En materia de racionalidad y ahorro se continuará con la disminución del gasto administrativo para transferir recursos a rubros prioritarios como el abasto, la obra pública, el equipamiento, entre otros. Particularmente el control del gasto en servicios personales será objeto de fortalecimiento a efecto de garantizar que se ajuste al monto del presupuesto autorizado.

De igual manera, se buscará consolidar la evaluación de aquellos procesos que contribuyan a una mayor eficiencia operativa y financiera; procurando la compactación y reorientación de estructuras administrativas. Se aminorará el gasto en servicios generales por medio de la adopción de tecnologías más eficientes.

En el ámbito de la recaudación se buscará ampliar, mejorar y modernizar los mecanismos de pago, mantener el buen desempeño de los índices de recuperación, promover y facilitar mecanismos de fiscalización voluntaria / espontánea. Asimismo, se reconocerá y sancionará con mayor efectividad a las empresas evasoras; y se apoyará e impulsará la competitividad de las empresas cumplidas.

Se desarrollarán acciones en torno a lograr una atención integrada, sistematizada y automatizada a usuarios por medio del Sistema de Administración de la Relación con el Cliente. Con ese objeto habrá de reforzarse el esquema de pago en plazos para facilitar el cumplimiento de las obligaciones patronales que no pueden realizarse en una sola exhibición, se desarrollará una prueba piloto para la Expedición de Constancias de Periodos Cotizados; y se lanzará una campaña de difusión y divulgación de derechos y obligaciones.

De igual manera, se ofrecerán servicios de calidad en la atención de quejas a los usuarios, por medio de la sistematización de la información y la implantación de sistema en línea para el seguimiento y el control de gestiones.

Para garantizar procedimientos y servicios de calidad el Instituto promoverá la utilización de métodos y técnicas por conducto del Programa de Implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad. Así se podrán incrementar tanto el número de Unidades Certificadas en ISO como la instrumentación de Planes de Calidad de las unidades médicas y administrativas.

Como parte importante de la estrategia de modernización y racionalización de procesos presupuestales, se desarrollará una Tesorería con administración centralizada del flujo

de efectivo, moderna y eficiente, para lograr planear y controlar más oportunamente los recursos.

De modo de proporcionar mejor servicio para el beneficiario y al mismo tiempo abatir costos de transacción para el Instituto, se promoverá el acreditamiento en cuenta ante las Delegaciones del IMSS para que los pensionados de la Ley 1973 cobren su renta mensual a través de tarjeta de débito.

Se reforzarán las acciones destinadas a atender, controlar, disminuir y dar seguimiento de manera eficaz y oportuna a las controversias administrativas o jurisdiccionales que afecten el interés institucional. El objetivo es acrecentar los resultados favorables y disminuir su costo para el Instituto. Para ello se cuenta con el Programa Nacional de Atención y Control de Juicios. La institución continuará con los esfuerzos de compactación de estructuras, llevando a cabo la disminución de 500 plazas de confianza en áreas administrativas durante el año 2005, con lo cual se alcanzará la meta de 11,000 plazas comprometidas para el periodo 2001 – 2006. Esto se complementará con el establecimiento de un marco regulatorio del proceso de los servicios de personal del Instituto a lo largo del ejercicio presupuestal, el control de la fuerza de trabajo y el otorgamiento de las prestaciones acordes con las disposiciones contractuales y a las políticas institucionales.

Finalmente a efecto de optimizar el uso de la superficie utilizada en oficinas centrales, se efectuará un reordenamiento físico con el concurso de todas las áreas normativas, impulsando para ello el uso de las mejores prácticas de organización y administración de recursos humanos, materiales y financieros, congruente con una simplificación de procesos y procedimientos. Para ello se instrumentará el Programa de Reordenamiento de Inmuebles Centrales, mediante el análisis de capacidades físicas y compactación de espacios con base en criterios de uso y aprovechamiento.

Cuadro III.5 Scorecard Modernización tecnológica

Objetivo	Medidas	Metas	
		2005	2006
Promover el acreditamiento en cuenta para el pago a pensionados vía tarjeta de débito en las Delegaciones del Sistema Nacional	Incorporar al sistema de pago a través de acreditamiento en cuenta a los pensionados Ley Régimen 1973	57%	60%
Ofrecer servicios de calidad en la atención de quejas a los usuarios	Oportunidad en la atención de las quejas médicas formuladas por los derechohabientes	90%	90%
Promover la utilización de métodos y técnicas para mejorar el desarrollo de los procesos, el desempeño organizacional y la prestación de los servicios.	Programa de implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad: Porcentaje de Unidades Certificadas en ISO de las Unidades Programadas	100%	100%
Contar con una tesorería centralizada más eficiente.	Índice de pagos mediante acreditamiento en cuenta a proveedores	75%	80%
	Índice de acreditamiento en cuenta de inversión de las nóminas	60%	64%
Atender el mayor número de juicios posibles con resultados favorables para el Instituto y disminuir su duración para reducir los costos financieros de su atención.	Disminución de los juicios laborales en trámite.	35%	40%
	Disminución de los juicios fiscales en trámite.	35%	40%
Planear, normar y evaluar los procesos de previsión y control del gasto de personal.	Ejercicio presupuestal de plazas. [Identificación de plazas con respaldo presupuestal]	98.25% a 100%	
Continuar con los esfuerzos de compactación de estructuras en áreas administrativas.	Reducción de plazas de confianza programadas	98.25% a 100%	100% (500 plazas)
Instrumentar el Programa de Arrendamiento de Inmuebles 2004-2005	Racionalidad y contención de contratos	100% (550 contratos)	100% (560 contratos)

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006.

3.5 Administración de los recursos financieros

En esta perspectiva, el Instituto debe crear valor para los derechohabientes, los patrones y el gobierno, ya que son quienes aportan el capital para el funcionamiento del IMSS.

La forma de crear valor es ofreciéndoles más y mejores servicios por sus cuotas. Para esta perspectiva se ha definido un único objetivo:

- Procurar el equilibrio financiero

Al procurar el equilibrio financiero se puede reforzar la protección social y ampliar la cobertura de la seguridad social con más y mejores servicios.

3.5.1 Procurar el equilibrio financiero

La planeación y el buen manejo financiero proporcionan al Instituto mejores mecanismos para la viabilidad financiera de la seguridad social. Es imperativo seguir realizando los cambios estructurales, organizativos y administrativos, contractuales,

legales, reglamentarios y normativos necesarios para lograr su recuperación en el mediano plazo.

La situación financiera comprende desafíos de gran magnitud. Por un lado, la operación del Instituto está fuertemente afectada por las obligaciones contractuales contenidas en el RJP. Por otro lado, se buscará contener el desfinanciamiento de la cobertura del Ramo de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).

Ante estas circunstancias se lleva un programa estricto de acumulación de reservas para el futuro. Para ello, se continuará con las medidas enfocadas a optimizar los rendimientos financieros de las reservas, mediante el análisis de instrumentos estructurados de alta calidad crediticia y la inversión de los recursos bajo criterios de prudencia, seguridad y liquidez. En este sentido se procurará mejorar la relación riesgo-rendimiento de las reservas y diversificar el portafolio de inversión financiera.

Concurrentemente se invertirán los recursos del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, en instrumentos financieros y plazos que generen tasas de rendimiento superiores a la tasa real anualizada del 2%.

La generación de ingresos adicionales descansará, entre otros aspectos, en la recuperación de la cartera en mora, el incremento de recaudación por concepto de actos de fiscalización y la expansión de la población cotizante. Mejorar la recaudación mediante la recuperación y depuración de la cartera, pago en plazo, promoción de la corrección y el dictamen y direccionamiento estratégico de auditorías directas e indirectas, con énfasis en la revisión del adecuado registro del Salario Base de Cotización (SBC).

La racionalización del gasto, a su vez, se procurará mediante cambios de fondo en las estructuras y las formas de operación del Instituto. Para asegurar la correcta erogación de los recursos, la acción institucional se enfocará en prescribir de forma razonada las incapacidades temporales para el trabajo en trabajadores no pertenecientes al IMSS. Al efecto diseñará un marco normativo e informativo, así como un esquema de supervisión eficaz, que fomente el seguimiento del ejercicio del gasto a través de todas las áreas involucradas en los procesos de administración y pago de las Prestaciones Económicas de acuerdo a la Ley.

Cuadro III.6
Scorecard Modernización tecnológica

<i>Objetivo</i>	<i>Medidas</i>	<i>Metas</i>	
		<i>2005</i>	<i>2006</i>
Lograr y preservar la estabilidad financiera de los seguros y constituir reservas	Cumplir con la meta de constitución de reservas financieras, determinada por la H. Cámara de Diputados anualmente.	100%	100%
Mantener en el transcurso del tiempo el valor económico de las reservas	Nivel mínimo de rendimientos reales (FCOL)	100%	100%
Mejorar la recaudación.	Mora en días de emisión	45.9 promedio anual%	41.8 promedio anual%
	Tasa real de crecimiento anual de la recaudación	3.69	3.75
Prescribir de forma razonada las Incapacidades Temporales para el trabajo en trabajadores No IMSS.	Razonabilidad en el presupuesto de gasto por concepto de incapacidades	Gasto igual o menor al programado	Gasto igual o menor al programado

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006.

3.6 Impacto Social

Esta es la perspectiva de mayor jerarquía en el BSC del IMSS, la perspectiva del derechohabiente. Es en esta perspectiva donde se reflejan todos los esfuerzos realizados en las otras tres perspectivas, el resultado es el valor creado para el derechohabiente. Esta perspectiva tiene por objetivos estratégicos:

- Mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Reforzar las acciones de protección social.
- Ampliar la cobertura de la seguridad social.
- Rendición de cuentas.

Mediante la mejora de la calidad de los servicios, las acciones de protección social reforzadas, la ampliación de la cobertura de la seguridad social y la rendición clara y oportuna de cuentas, se alcanzarán servicios de calidad, transparencia y control, desarrollo y crecimiento, además de una buena administración de los seguros que permitirá enfrentar las responsabilidades contraídas en esta área.

Todo lo anterior en conjunto nos lleva a la eficiencia y eficacia operativa, con un buen manejo y uso de los recursos que es la meta en el corto plazo del IMSS.

3.6.1 Mejorar la calidad de los servicios de salud

Es preciso elevar la calidad de todos los servicios que otorga el Instituto, y llevarla a niveles homogéneos de atención en todo el país. La mejora y estandarización de la calidad en los servicios de salud se centrará en asegurar un trato digno a los pacientes, afinar los aspectos técnicos de la atención, garantizar el abasto oportuno de los

medicamentos, lo mismo que ofrecer oportunidades de crecimiento a los trabajadores del Instituto, fortaleciendo su motivación y capacitación.

Así, el IMSS fortalecerá los esfuerzos para monitorear el surtimiento de recetas a los derechohabientes, y conocer y elevar la eficiencia en el proceso de abasto institucional. El compromiso a cumplir para fines de 2006 es un porcentaje de surtimiento de medicamentos de 97 por ciento.

Se buscará:

- i) Asegurar el acceso de toda la población a los servicios de salud
- ii) Avanzar en la desconcentración de los servicios con calidad
- iii) Elevar la eficiencia de los servicios por medio de un enfoque predominantemente preventivo.

Las estrategias de atención tradicionales no siempre son adecuadas a los padecimientos que han crecido en importancia o a las nuevas tecnologías, por lo que se deberán explorar nuevos enfoques de atención ambulatoria, domiciliaria y comunitaria.

Mientras tanto, es preciso elevar la atención de los servicios médicos establecidos. Las acciones en materia de Atención Médica, orientadas a través del Proceso de Mejora de Medicina Familiar, se enfocarán a proporcionar a los derechohabientes, pensionados y jubilados un servicio de salud integrado, ágil y de calidad, que responda a sus necesidades de manera oportuna.

Las bases de la mejora de los servicios médicos son los programas de salud reproductiva y los programas integrados de salud. De igual manera se continuará con los protocolos preventivos y con los programas de oportunidad en el tratamiento quirúrgico. En el proceso de expansión, transformación y mejora de los servicios será preciso que el Instituto cuente con personal médico, de enfermería y de apoyo mejor capacitado. Con la finalidad de mejorar la calidad de la atención que el personal otorga a la población usuaria, se continuará impulsando su profesionalización, para lo cual se formalizarán los convenios necesarios con las instituciones educativas en el ámbito nacional que permitan agilizar este proceso.

De manera particular, el Instituto continuará con el apoyo al programa integrado de salud PREVENIMSS. Esto implica reorientar recursos hacia las acciones preventivas de primer nivel de atención y reforzar las medidas de bajo costo en materia de educación y promoción, básicamente mediante “Guías para el Cuidado de la Salud” y “Cartillas de Salud y Citas Médicas”.

El Instituto ha instrumentado cambios para garantizar el abasto oportuno y suficiente de recetas en todas las unidades médicas institucionales incluyendo a las UMAE, entre

otras medidas, mediante el cumplimiento estricto del Programa de visitas de verificación del abasto delegacional. Paralelamente se seguirán ejerciendo acciones a fin de asegurar que los insumos para la salud sean de calidad y cuenten con respaldo científico y tecnológico, de tal forma que se proporcione al personal de salud las herramientas adecuadas para contribuir así a la atención de excelencia para los derechohabientes.

El Instituto fortalecerá el programa de Encuentros Médico Quirúrgicos. Este programa permite a la población indígena y campesina marginada tener acceso a los procedimientos de alta especialidad que se realizan en unidades de tercer nivel.

El Programa IMSS-Oportunidades seguirá asistiendo a la población de las zonas marginadas del país, con un enfoque integral preventivo y curativo y de cooperación con las comunidades rurales. Con ello se fomenta el desarrollo de las comunidades y se logra disminuir los rezagos en materia de salud propios de cada entidad.

Cuadro III.7
Scorecard Modernización tecnológica

<i>Objetivo</i>	<i>Medidas</i>	<i>Metas</i>	
		<i>2005</i>	<i>2006</i>
Garantizar el abasto oportuno y suficiente de recetas en todas las unidades médicas institucionales, incluyendo a las UMAE	Porcentaje de surtimiento de recetas	95%	97%
	Número de delegaciones supervisadas mediante visitas de verificación del nivel abasto.	95%	95%
Plan para la mejora, seguimiento y evaluación de la cobertura de protección anticonceptiva de la población derechohabiente por Delegación	Tasa de partos por mil mujeres en edad fértil (régimen obligatorio)	51 por mil mujeres en edad fértil	50 por mil mujeres en edad fértil
Programas integrados de Salud	Cobertura de vacunación con esquemas completos en niños de un año	> 95%	> 95%
	Cobertura de derechohabientes incorporados a protocolos de atención preventiva	26,361,205	31,339,556
Programa de Mejora de Medicina de Familia	Porcentaje de derechohabientes atendidos a través de cita previa en la consulta de medicina familiar	50%	60%
Programa de Mejora de Atención en Urgencias de segundo nivel	Porcentaje de pacientes con estancia prolongada en el área de observación del servicio de urgencias en unidades de segundo nivel	30%	20%
Programa de Mejora de la Atención en Consulta de Especialidades en segundo nivel	Oportunidad en la consulta de especialidades (consulta de primera vez) en unidades de segundo nivel a la segunda semana	80%	85%
Mejorar el desempeño del sistema de salud del Instituto	Oportunidad en la consulta de especialidades en unidades de tercer nivel	77%	85%

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006.

3.6.2 Reforzar las acciones de protección social

El IMSS reforzará las acciones relacionadas con la protección ante riesgos de salud y de los medios de subsistencia, lo mismo que los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Se fortalecerán las acciones previstas para inducir la reducción en las incidencias por enfermedad general y riesgos de trabajo, con estricto apego a la LSS.

De igual manera se mejorarán los mecanismos de control en el otorgamiento de las prestaciones económicas, a través de la consolidación de la reingeniería de los procesos de los Sistemas de Pensiones y Rentas Vitalicias y de Subsidios y Ayudas, con el apoyo de herramientas informáticas para el análisis de información.

Con la finalidad de mejorar el proceso de dictaminación del estado de invalidez se realizará la actualización del marco normativo en esta materia y se promoverá la creación de Divisiones de Salud en el Trabajo en las 17 Delegaciones que aún no disponen de este Servicio.

La reorganización del sistema hará posible incrementar las transacciones electrónicas y de ese modo coadyuvará a mantener el pago oportuno de las prestaciones económicas. El Programa de Riesgos de Trabajo será fortalecido.

Se elevará el cupo del sistema de guarderías a través de la promoción de la modalidad del esquema único, se aumentará en 40 mil lugares la capacidad instalada de dicho sistema. En 2006, se espera un gran total estimado de 233 mil 361 en todo el sistema.

Para mejorar los Servicios Sociales de Ingreso se prevé continuar con la automatización en las tiendas, e iniciar la sistematización de los centros vacacionales y velatorios, a través de los Sistemas de Administración de Tiendas IMSS-SNTSS, Hotelero y Administrativo y Contable, respectivamente.

En materia de prestaciones sociales, se prevé la automatización de la operación para el registro, seguimiento, valoración y control de los servicios de enlace en los casos de pacientes referidos de las Unidades de Medicina Familiar.

Cuadro III.8
Scorecard Modernización tecnológica

<i>Objetivo</i>	<i>Medidas</i>	<i>Metas</i>	
		<i>2005</i>	<i>2006</i>
Fortalecer el Programa de Riesgos de Trabajo	Tasa de incidencia de accidentes y enfermedades de trabajo por cada 100 trabajadores de empresas afiliadas	2.6	2.6
	Tasa de invalidez inicial por cada mil trabajadores, según delegación origen.	1.3	1.3
Promoción de la salud y protección de la población derechohabiente en los ámbitos laborales.	Tasa de incapacidad permanente inicial por cada 1,000 accidentes de trabajo	23	23
Ampliar la capacidad instalada del Sistema de Guarderías	Porcentaje de avance en la expansión del servicio de guardería.	100% de los 40,000 lugares programados del esquema único	100% de los 10,000 lugares programados del esquema subrogado

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006.

3.6.3 Ampliar la cobertura de la seguridad social

El Instituto busca fortalecer los diversos mecanismos de aseguramiento y de prestación de servicios previstos en la Ley y sus reglamentos para extender la cobertura a un mayor segmento de la población. Aprovechará el marco jurídico actual para ampliar la cobertura sin necesidad de elevar los costos laborales.

Dentro de estos mecanismos se encuentran el Convenio de Incorporación Voluntaria con Entidades Federativas, la Incorporación de Trabajadores Eventuales del Campo, la revisión del Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), la incorporación de Agentes de Ventas Directas; y la difusión y divulgación de derechos y obligaciones de los derechohabientes.

Se estima que los asegurados que se encuentren inscritos en el IMSS a finales de 2006, totalizarán 16 millones 748 mil 226 personas. De ellos, 77.2% corresponderían a los asegurados en la categoría de trabajadores y 22.8% a los no trabajadores.

El reto a afrontar en el futuro será que la acción institucional responda a las políticas económicas, sociales y laborales de tal manera que la cobertura y la prestación de servicios se adecuen al comportamiento del mercado laboral, aprovechando las oportunidades que éste brinda.

La ocupación continuará creciendo en sectores más difíciles de fiscalizar. Dado el cambio del esquema histórico de incorporación, basado en la afiliación generada por el sector secundario y a una fuerza laboral de menor rotación y movilidad que la existente en la actualidad, es necesario responder a la nueva dinámica de generación de empleos que se ha trasladado al sector servicios. Para tal fin, el Instituto deberá implantar mecanismos novedosos de fiscalización, por una parte y para extender su misión social habrá de proponer alternativas de financiamiento acordes con los distintos tipos de actividad económica existentes en el país.

Para el cierre de 2006 se estima otorgar cobertura de seguridad social a alrededor de 57.1 millones de mexicanos, de los cuales cerca del 79% estarán protegidos por el régimen ordinario y 21% por el Programa IMSS Oportunidades.

Así se logrará una cobertura de 53.1% del total de la población nacional.

Cuadro III.9
Scorecard Modernización tecnológica

<i>Objetivo</i>	<i>Medidas</i>	<i>Metas</i>	
		<i>2005</i>	<i>2006</i>
Maximizar la cobertura.	Índice de Cobertura de la población ocupada registrada en el INEGI (asegurados)	35%	36%
	Índice de Cobertura de asalariados registrados en el INEGI (trabajadores)	50.54%	50.71%

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006.

3.6.4 Rendición de cuentas

La rendición de cuentas y la evaluación del desempeño es un aspecto fundamental para generar confianza en los derechohabientes y obtener una mejor posición competitiva.

Por ello, el Instituto continuará difundiendo la información en los diferentes medios establecidos, especialmente en Internet. Destacan:

- i) el Informe de los Servicios Personales del IMSS, que da transparencia total a las remuneraciones de todos los mandos y trabajadores del Instituto,
- ii) el anual relativo a la situación financiera y los riesgos del Instituto, el cual incluye la valuación actuarial de los riesgos que enfrenta,
- iii) el publicado semanalmente en internet, sobre la situación financiera de las inversiones del Instituto,
- iv) el relativo al régimen de inversión institucional publicado semanalmente en internet, con el que se muestra a la sociedad, a los asegurados y a sus beneficiarios, la forma en que se administra la inversión de las reservas financieras y el fondo laboral.

Se identificará y trabajará en los procesos críticos en los que haya posibilidad de conductas irregulares. Se definirán mecanismos de control que disminuyan el riesgo de dichas conductas, se fortalecerán la conducta ética de los servidores públicos; y buscará mecanismos de comunicación e interacción con el público usuario a fin de cumplir con sus requerimientos.

Cuadro III.10
Scorecard Modernización tecnológica

<i>Objetivo</i>	<i>Medidas</i>	<i>Metas</i>	
		<i>2005</i>	<i>2006</i>
Publicación semanal en Internet, de la situación financiera de las inversiones del Instituto	Grado de actualización de la página de Internet del IMSS sobre las Inversiones realizadas.	100% de la meta anual, equivalente a 52 publicaciones en el año	100% de la meta anual, equivalente a 52 publicaciones en el año
Informe de servicios personales publicado en el Diario Oficial de la Federación	Publicación del informe de servicios personales. Art. 277-D de la LSS	100% (1 informe)	100% (1 informe)

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006.

3.7 Monitoreo Control administrativo

El monitoreo y control administrativo es con el proceso cascada, pues cada dirección se responsabiliza de los objetivos estratégicos que le corresponden para apoyar la estrategia, es entonces más sencillo reportar y analizar los resultados.

El IMSS ya ha comenzado con el proceso cascada desarrollando a detalle los scorecards de las 14 áreas normativas. En ellos se explica la misión del área, a que perspectivas apoya, en que línea estratégica, con cuales objetivos, así mismo incluye las métricas con que se evaluará el desempeño de las iniciativas y la forma de calcularlas. Por último señala las metas que se planearon para los años 2005 y 2006.

Estos tableros sientan las bases para que cada uno de los involucrados en cada área normativa puedan construir su propio scorecard alineado a la estrategia global del IMSS.

Cuadro III.10
Sistema de Planeación, Programación, Presupuestación, Medición del Desempeño y Obtención de Resultados 2005-2006

Áreas Normativas	Líneas estratégicas	Objetivos del bienio	Iniciativas	Indicadores
Dirección de Inversiones Financieras	3	6	16	16
Secretaría General del IMSS	1	1	8	10
Dirección de Administración y Calidad	4	8	13	14
Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente	2	3	7	3
Dirección de Incorporación y Recaudación al Seguro Social	4	7	45	21
Dirección de Prestaciones Médicas	4	9	15	23
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales	4	11	25	20
Dirección Jurídica	3	3	4	6
Unidad de Vinculación Institucional	2	6	10	10
Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico	4	6	16	17
Dirección de Planeación y Finanzas	3	13	22	26
Dirección de Desarrollo de Personal y Organización	4	11	13	16
Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades	4	4	21	5
Coordinación General de Comunicación Social	3	3	5	5
Total		91	220	192

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006.

Cuadro III.11
Sistema de Planeación, Programación, Presupuestación, Medición del Desempeño y Obtención de Resultados 2005-2006
Ejemplo

Sistema de Planeación, Programación, Presupuestación, Medición del Desempeño y Obtención de Resultados. 2005-2006

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

#	Misión del área normativa	Visión al 2006	Perspectiva de Marcador Balanceado	Línea Estratégica	Objetivo Estratégico	Acción, Proceso o Proyecto (Iniciativa)	Producto Resultante	Nombre del Indicador Clave de Desempeño	Fórmula del indicador (periodicidad)	Meta 2005 (unidad de medida)	Meta Primer Semestre 2005	Meta Segundo Semestre 2005	Meta 2006 (unidad de medida)	Meta Primer Semestre 2006	Meta Segundo Semestre 2006
18							Informe trimestral.	Oportunidad de la información estadística en salud (promedio mensual de días de desfase)	Primera fecha de entrega de reportes menos sumatoria del número de días de desfase (a partir de esa fecha) con que entregan cada una de las 37 delegaciones restantes / 37	≤ 4 (días de desfase)	≤ 5 (días de desfase)	≤ 4 (días de desfase)	≤ 3 (días de desfase)	≤ 4 (días de desfase)	≤ 3 (días de desfase)
19					Generar conocimientos científicos <i>(Mejorar la atención a la salud, mediante la generación de conocimientos científicos derivados de la investigación en salud)</i>	1.- Proceso de Promoción y Desarrollo de la Investigación en Salud 2.- Proceso de Gestión y Regulación de la Investigación 3.- Proceso de Evaluación, Difusión y Uso de Resultados de la Investigación en Salud	Publicaciones científicas	Tasa de publicaciones científicas	(Número de publicaciones científicas generadas por personal IMSS / Número de médicos adscritos al IMSS) * 100 (periodicidad trimestral acumulado)	2.2 (tasa)	1.08 (tasa)	2.2 (tasa)	2.3 (tasa)	1.14 (tasa)	2.3 (tasa)
20					Promover la formación de capital humano <i>(Contribuir al desempeño idóneo del sistema de salud del Instituto, mediante el impulso creciente a la formación y capacitación del personal de salud)</i>	1.- Proceso de Promoción y Desarrollo de la Investigación en Salud 2.- Proceso de Gestión y Regulación de la Investigación 3.- Proceso de Evaluación, Difusión y Uso de Resultados de la Investigación en Salud	Personal del IMSS con evaluación curricular que le acredite como Investigador del Instituto	Tasa de Investigadores	(Número de investigadores con calificación curricular vigente adscritos al IMSS / Número de médicos adscritos al IMSS) * 100 (periodicidad anual)	1.14 (tasa)	No aplica	1.14 (tasa)	1.16 (tasa)	No Aplica	1.16 (tasa)
21					Programa de capacitación de directivos médicos	1.-Capacitación en dirección en salud. 2.-Proyectos de mejora implantados por los graduados	1-Capacitación en dirección en salud. 2-Proyectos de mejora implantados por los graduados	Tasa de personal directivo médico formado en dirección en salud	directivos graduados / total directivos de unidades medicas	280 directivos graduados	0	280 directivos graduados	280 directivos graduados	0	280 directivos graduados
22					Fortalecimiento de la formación docente; implantación de la carrera docente institucional.	Formación del personal docente capaz de conducir el cambio necesario para la propiciación del aprendizaje autónomo en todos los ámbitos institucionales, con el apoyo de la investigación educativa aplicada a la evaluación académica.	Formación del personal docente capaz de conducir el cambio necesario para la propiciación del aprendizaje autónomo en todos los ámbitos institucionales, con el apoyo de la investigación educativa aplicada a la evaluación académica.	Tasa de profesores de carrera	(Número de profesores de carrera / Número total de profesores) * 100 (periodicidad anual)	1 (porcentaje)	0.40 (porcentaje)	1 (porcentaje)	2 (porcentaje)	1.4 (porcentaje)	2 (porcentaje)

Página 6 de 7

Fuente: Elaboración propia a partir del PEIMSS 2005-2006

3.7.1 Recomendaciones para garantizar la continuidad.

El *Balanced Scorecard* es una herramienta dinámica, no se trata de sólo un proyecto que se implementa y se espera que de resultados por ello. Debe de dársele seguimiento, análisis y en su caso adaptarse de modo que resulte útil a los propósitos de la organización. El *Balanced Scorecard* es un proceso continuo. Para garantizar que exista dicha continuidad, debe tenerse en cuenta que el BSC requiere no un cambio, sino una transformación de la forma de planear y administrar en el Instituto, y la única forma de lograr esta transformación es involucrando a todas las partes, comunicarles de los beneficios que traerá para todos el implementar la estrategia exitosamente, de modo que hagan la estrategia suya.

El IMSS todavía tiene un largo camino por andar en este sentido, ya que aún cuando ya se desarrolló un *scorecard* del Instituto, son contadas las personas que lo conocen y aún menos las que lo comprenden. El IMSS tiene mucho que trabajar en la comunicación de la estrategia en todos los niveles, no puede esperarse que las personas lleven a cabo eficazmente las tareas, sino saben para que se requieren, y aún menos podemos esperar que sean capaces de aportar su conocimiento para mejorar las tareas y así apoyar correctamente los objetivos que guiarán al éxito de la estrategia.

Es fundamental comprender que el tablero no es sólo para medir el desempeño pasado, sino para vislumbrar el desempeño futuro y poder diseñarlo según se desee. Las necesidades de los derechohabientes van cambiando más rápido de lo que se esperaba, es entonces que el BSC se convierte en una valiosa herramienta ya que mediante la medición del logro de los objetivos estratégicos, se sientan las bases para crear valor a largo plazo. Si sólo se espera lograr las metas a corto plazo, se esta perdiendo visión y el Instituto caerá en los mismos errores del pasado que sacrificaron el desempeño del Instituto a largo plazo por cumplir con objetivos, que no agregaron valor, en el corto plazo. El BSC debe convertirse en la nueva metodología de administración de la estrategia en el IMSS. Aún cuando esta cambie o se transforme de acuerdo a los nuevos retos que se le presenten al Instituto, la metodología para implementarla debe ser siempre el *Balanced scorecard*.

Una vez que se logre comunicar la estrategia a todo el Instituto y que sea adoptada por todos, es básico que todos puedan acceder a la información necesaria para evaluar su desempeño y verificar si sus acciones están o no contribuyendo a la estrategia, de esta manera se estimula la retroalimentación y se da continuidad a la estrategia. Para ello el IMSS necesita reforzar la capacitación de sus empleados, enfocada a las necesidades reales del Instituto. Se requiere que los empleados no sólo sean expertos de su área específica, sino que deben también comprender un poco o un mucho de todas las otras áreas para que puedan hacer aportes cada vez más valiosos que soporten la estrategia, al mismo tiempo que sean capaces de interpretar los resultados obtenidos en las métricas.

CONCLUSIONES

El IMSS es el claro ejemplo del impacto que una inadecuada administración y nula planeación estratégica pueden producir. La inconsciente toma de decisiones sobre el uso de los recursos, aunado a la corrupción a todos los niveles y presiones sindicales han puesto en jaque a la más importante institución de seguridad social de toda América Latina.

Es por ello la urgencia de buscar y utilizar métodos de planeación adecuados y efectivos que puedan ayudar a sentar las bases de una nueva forma de administrar los recursos del Instituto de modo que sea capaz de hacer frente a las demandas en salud, recreación y pensiones de sus derechohabientes, así como un crecimiento sustentable y sostenido que cubra a toda la población mexicana.

Esta planeación debe construirse desde las entrañas mismas del Instituto, enfocarse a su misión y regirse por los valores del IMSS. Incluso, si es necesario, verificar la vigencia y validez de sus políticas, como un apoyo y no como un obstáculo para posicionar a la Institución.

Es imperativo que en el desarrollo de ésta nueva forma de planear y administrar los recursos, haya un profundo conocimiento del Instituto. Hay que estar muy conscientes de sus fortalezas, pero aún más conscientes de sus debilidades; ser capaces de visualizar las oportunidades, pero aún más capaces de visualizar las amenazas. Sólo así se podrán crear estrategias adecuadas tomando ventaja de oportunidades y fortalezas para contrarrestar debilidades y amenazas.

El mayor reto del IMSS será la transformación en la actitud de sus trabajadores, ya que requerirá de ellos compromiso y participación. Deberá encontrar la manera de dialogar con los distintos grupos con intereses en pro de conseguir relaciones ganar-ganar. En las organizaciones con fines lucrativos esto se logra muy a menudo mediante estímulos económicos, pero dadas las circunstancias que atraviesa el Instituto deberá buscar alguna alternativa para que los empleados compartan el interés en el logro de los objetivos.

Que el IMSS desarrolle buenas estrategias es básico, más implantarlas adecuadamente es un deber, de otra forma sólo serán ideas al viento que no crearán valor a los *stakeholders*. Ya que la forma de implementar correctamente una estrategia es comunicándola adecuadamente, hay que hacerla entendible para todos aquellos que finalmente han de llevar a cabo las tareas necesarias para alcanzarla. Que los

trabajadores la adopten, se involucren y entiendan como sus tareas diarias apoyarán al logro de la estrategia, es un factor clave del éxito de la implementación.

El BSC es entonces la herramienta adecuada para hacer ésta traducción de la estrategia a términos operativos, ya que detalla las acciones que han de llevarse a cabo (analizadas desde perspectivas distintas pero representativas del Instituto) para el éxito de la estrategia. Además provee un sistema de control y seguimiento que ayudará a evitar los mismos errores que en el pasado, ya que ahora se tendrán elementos suficientes para poder dar continuidad a las iniciativas que contribuyen a la creación de valor y poder replantear o desechar aquellas que no.

Mediante el BSC podrá obtenerse el enfoque tan necesario hacia la misión del Instituto, sin dejar de lado las restricciones financieras que enfrenta y así poder lograr un equilibrio para poder superar los retos que hoy se representan y hacer frente a los que vienen.

La metodología que esta tesis presenta es dinámica, es flexible y es un cambio en la forma de planear, es por lo tanto una gran oportunidad para el IMSS.

El IMSS ya ha dado los primeros pasos construyendo su Balanced Scorecard, ha establecido la estrategia a seguir y la ha traducido claramente a objetivos, medidas e iniciativas. Cabe resaltar que este BSC no tiene por que ser definitivo, es completamente perfeccionable, pues los enlaces causa-efecto entre los objetivos, son hipotéticos.

La estrategia es la eficiencia y mejora operativa y financiera y para lograrlo los temas estratégicos son cuatro: inversión para el desarrollo, transparencia y control, servicios de calidad y administración de los seguros.

Se propusieron diez objetivos estratégicos que apoyarán a los temas estratégicos, repartidos en las cuatro perspectivas:

Impacto social

1. Rendición de cuentas.
2. Ampliar la cobertura de la seguridad social.
3. Reforzar las acciones de protección social.
4. Mejorar la calidad de los servicios de salud.

Administración de los recursos financieros

5. Procurar el equilibrio financiero.

Procesos internos:

6. Contar con una organización eficaz y eficiente.
7. Desconcentración y simplificación administrativa.

Construcción del futuro

8. Desarrollo de los recursos humanos.
9. Modernización tecnológica.
10. Reactivación del programa de inversión física.

Se ha elaborado y comenzado además con el proceso de cascada elaborando los scorecards de las direcciones, en el cual se detallan las medidas, las metas y las iniciativas que deberán de ejecutar para apoyar a la estrategia.

Ahora sólo falta dar el paso más importante que es la ejecución, control y mejora del BSC. Para ello la mayor barrera que enfrentará el IMSS es la resistencia de las personas al cambio, es aquí donde deben redoblarse los esfuerzos por comunicar, capacitar e involucrar a todos los empleados para que el Instituto no sólo cambie, sino que se transforme.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

Kaplan, Robert, and Norton, David, "The Strategy Focused Organization"
Boston, Harvard Business School Press, 1993.

Kaplan, Robert, and Norton, David, "Strategy Maps"
Boston, Harvard Business School Press, 1993

Kaplan Robert, Norton David, "The Balanced Scorecard"
Boston, Harvard Business School Press, 1996.

Kaplan Robert, Norton David, "Translating Strategy Into Action the Balanced Scorecard"
Boston, Harvard Business School Press, 1997.

Kaplan Robert, Norton David, "The Balanced Scorecard-Measures That Drive Performance"
Boston, Harvard Business Review, January-February 1992, p.71. Press, 1997.

Kaplan Robert, Norton David, "Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System"
Boston, Harvard Business Review, January-February 1996, p.75.

Kaplan Robert, Norton David, "Putting the Balanced Scorecard to Work"
Boston, Harvard Business Review, September-Oct. 1993, p.134.

Niven Paul, "The Balanced Scorecard Step-by-Step for Government and Non Profit Agencies"
San Francisco, Jossey Bass, 2003.

Porter, Michael E., "What is Strategy"
Boston, Harvard Business Review, Nov.-Dec. 1996, p.61.

Informe de Servicios de Personal, Capítulo II, 2006.

PEIMSS 2005-2006

Reglamentos

Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social

Código de conducta del Servidor Público del Instituto Mexicano del Seguro Social

Páginas web.

http://www.mapnp.org/library/org_perf/bal_card.htm

<http://www.themanager.org/knowledgebase/Management/BSC.htm>

[http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/ODNS/IMSS/Reglamentos/11111998\(1\).pdf](http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/ODNS/IMSS/Reglamentos/11111998(1).pdf)

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

BSC Balanced Scorecard

PREI Programa de Recursos Institucionales

TQM Total Quality Management

UMAE Unidades Médicas de Alta especialidad

AMGD Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada

APÉNDICE

Cuadro A.1
Estructura Histórica de la Población Derechohabiente Total del País
Septiembre 2005-Septiembre 2006

CONCEPTO	2005				2006								
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Población Derechohabiente	44,330,058	44,872,373	45,301,591	44,960,509	45,095,607	45,427,289	45,849,059	46,065,544	46,228,249	46,482,513	46,719,752	46,978,073	47,350,061
Asegurados (Perm. y Event.)	16,703,843	16,969,597	17,153,352	17,052,418	17,115,296	17,209,425	17,365,845	17,432,060	17,502,215	17,581,703	17,647,850	17,765,064	17,890,341
Familiares de Asegurados	23,430,645	23,684,482	23,901,090	23,636,746	23,708,276	23,932,348	24,181,525	24,293,722	24,404,108	24,561,048	24,710,471	24,853,908	25,100,978
Pensionados y Familiares	4,195,570	4,218,294	4,247,149	4,271,345	4,272,035	4,285,516	4,301,689	4,339,762	4,321,926	4,339,762	4,361,431	4,359,101	4,358,742
Asegurados Permanentes	14,642,485	14,848,205	14,967,745	14,915,786	14,903,510	14,931,159	15,022,974	15,065,842	15,120,208	15,163,993	15,180,462	15,245,847	15,308,014
Urbano	14,436,032	14,640,632	14,758,064	14,702,933	14,691,295	14,718,005	14,809,429	14,852,042	14,907,885	14,952,645	14,973,751	15,038,371	15,096,124
Campo	206,453	207,573	209,681	212,853	212,215	213,154	213,545	213,800	212,323	211,348	206,711	207,476	211,890
Asegurados Eventuales	2,061,358	2,121,392	2,185,607	2,136,632	2,211,786	2,278,266	2,342,871	2,366,218	2,382,007	2,417,710	2,467,388	2,519,217	2,582,327
Urbano	2,002,384	2,061,137	2,110,667	2,037,794	2,090,909	2,147,305	2,212,061	2,244,442	2,288,377	2,347,702	2,397,771	2,447,396	2,500,137
Campo	58,974	60,255	74,940	98,838	120,877	130,961	130,810	121,776	93,630	70,008	69,617	71,821	82,190
Asegurados Trabajadores	13,079,719	13,222,107	13,334,607	13,184,863	13,222,283	13,345,459	13,483,634	13,548,801	13,613,626	13,702,371	13,786,591	13,865,736	14,003,807
Asegurados Trabajadores Permanentes	11,018,361	11,100,715	11,149,000	11,048,231	11,010,497	11,067,193	11,140,763	11,182,583	11,231,619	11,284,661	11,319,203	11,346,519	11,421,480
Asegurados Trabajadores Eventuales	2,061,358	2,121,392	2,185,607	2,136,632	2,211,786	2,278,266	2,342,871	2,366,218	2,382,007	2,417,710	2,467,388	2,519,217	2,582,327
Familiares de Asegurados Permanentes	19,709,817	19,853,282	19,948,822	19,768,098	19,699,679	19,802,803	19,933,098	20,006,459	20,093,320	20,185,572	20,243,287	20,294,061	20,427,883
Urbano	19,303,905	19,445,494	19,536,467	19,349,347	19,281,986	19,383,154	19,513,006	19,586,089	19,676,042	19,770,178	19,835,483	19,885,281	20,011,708
Campo	405,912	407,788	412,355	418,751	417,693	419,649	420,092	420,370	417,278	415,394	407,804	408,780	416,175
Familiares de Asegurados Eventuales	3,720,828	3,831,200	3,952,268	3,868,648	4,008,597	4,129,545	4,248,427	4,287,263	4,310,788	4,375,476	4,467,184	4,559,847	4,673,095
Urbano	3,606,999	3,715,275	3,807,792	3,676,897	3,773,941	3,875,392	3,993,426	4,051,367	4,130,917	4,239,692	4,331,742	4,420,805	4,514,299
Campo	113,829	115,925	144,476	191,751	234,656	254,153	255,001	235,896	179,871	135,784	135,442	139,042	158,796
Familiares de Asegurados Trabajadores	23,430,645	23,684,482	23,901,090	23,636,746	23,708,276	23,932,348	24,181,525	24,293,722	24,404,108	24,561,048	24,710,471	24,853,908	25,100,978
Pensionados	2,257,488	2,271,171	2,289,958	2,304,764	2,305,038	2,313,714	2,323,492	2,348,399	2,337,504	2,348,399	2,361,156	2,360,220	2,353,289
Familiares de Pensionados	1,938,082	1,947,123	1,957,191	1,966,581	1,966,997	1,971,802	1,978,197	1,991,363	1,984,422	1,991,363	2,000,275	1,998,881	2,005,453

Fuente: Coordinación de Afiliación al Régimen Obligatorio.- Coordinación de Prestaciones Económicas

Cuadro A.2
Pensionados y sus Familiares Total del País
Septiembre 2005-Septiembre 2006

RAMO DE SEGURO					2006								
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Pensionados y Familiares	4,195,570	4,218,294	4,247,149	4,271,345	4,272,035	4,285,516	4,301,689	4,316,525	4,321,926	4,339,762	4,361,431	4,359,101	4,358,742
Total de Pensionados	2,257,488	2,271,171	2,289,958	2,304,764	2,305,038	2,313,714	2,323,492	2,333,143	2,337,504	2,348,399	2,361,156	2,360,220	2,353,289
En el seguro de Riesgos de Trabajo:													
Incapacidad Permanente	325,521	327,480	329,906	331,722	331,437	331,139	332,554	333,714	333,346	334,366	335,633	334,635	331,456
Viudez	264,008	265,123	266,201	267,477	267,566	267,293	268,379	269,207	268,809	269,592	270,661	270,125	270,065
Orfandad	38,624	38,796	39,011	39,099	38,907	39,009	39,183	39,267	39,253	39,394	39,519	39,327	39,413
Ascendientes	10,347	10,975	12,035	12,468	12,351	12,224	12,327	12,567	12,645	12,725	12,768	12,634	9,445
	12,542	12,586	12,659	12,678	12,613	12,613	12,665	12,673	12,639	12,655	12,685	12,549	12,533
En el Seguro de Invalidez y Vida:													
Invalidez	959,354	964,366	972,858	979,038	977,592	980,956	984,263	987,853	988,515	992,775	997,176	995,355	985,135
Viudez	329,980	330,459	330,953	331,408	330,463	330,548	330,393	329,888	328,718	328,913	329,160	327,890	328,319
Orfandad	528,177	530,508	534,123	536,932	536,664	539,462	542,112	544,691	545,666	548,606	551,623	551,094	553,627
Ascendientes	71,508	73,519	77,597	80,217	80,008	80,328	81,013	82,366	83,201	84,152	85,011	85,015	71,666
	29,689	29,880	30,185	30,481	30,457	30,618	30,745	30,908	30,930	31,104	31,382	31,356	31,523
En el Seguro de Retiro, Cesantía y Vejez:													
Cesantía	972,613	979,325	987,194	994,004	996,009	1,001,619	1,006,675	1,011,576	1,015,643	1,021,258	1,028,347	1,030,230	1,036,698
Vejez	720,861	726,207	732,367	738,060	740,672	745,112	749,492	753,501	757,216	762,271	768,484	770,994	776,255
	251,752	253,118	254,827	255,944	255,337	256,507	257,183	258,075	258,427	258,987	259,863	259,236	260,443
Familiares con derecho a servicios médicos.	1,938,082	1,947,123	1,957,191	1,966,581	1,966,997	1,971,802	1,978,197	1,983,382	1,984,422	1,991,363	2,000,275	1,998,881	2,005,453

Fuente: Coordinación de Prestaciones Económicas.

Cuadro A.3
Distribución de los asegurados por grupos de edad y delegación.
Agosto 2006

DELEGACION	SUMA	EDAD EN AÑOS													
		MENORES DE 15 AÑOS	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 Y MAS
TOTAL	17,765,064	67,991	1,784,008	3,266,524	3,486,651	2,490,790	1,999,972	1,575,525	1,154,778	824,002	588,698	280,185	128,272	79,952	37,716
Aguascalientes	235,343	863	22,041	43,293	44,031	35,630	28,806	21,707	15,425	10,595	7,244	3,305	1,328	710	365
Baja California	736,897	2,870	63,555	142,260	139,572	112,597	86,892	76,371	46,724	30,795	19,566	9,162	3,730	1,963	840
Baja California Sur	129,393	562	11,814	24,022	26,027	19,670	15,039	11,401	8,271	5,713	3,855	1,767	686	401	165
Campeche	143,166	78	12,793	26,383	30,323	22,026	16,841	11,593	8,765	6,608	4,246	1,804	751	593	362
Coahuila	589,432	1,668	35,713	113,151	111,856	91,759	73,710	57,910	41,778	29,117	19,727	7,582	2,982	1,720	759
Colima	138,958	387	19,205	29,414	27,773	16,541	12,405	10,594	8,058	6,276	4,420	2,111	962	495	317
Chiapas	318,412	992	54,525	74,127	78,658	32,203	24,277	18,245	13,271	10,000	6,624	3,040	1,349	735	366
Chihuahua	761,204	3,015	54,531	105,878	130,470	131,780	110,962	81,609	53,306	35,184	36,512	10,622	4,078	2,207	1,050
Norte del D. F. (1)	1,338,129	6,148	83,666	196,873	224,029	194,021	181,764	155,547	123,993	80,899	56,209	21,407	7,135	4,033	2,405
Sur del D. F. (1)	1,911,851	3,321	233,280	353,448	410,883	229,570	158,542	142,927	110,223	79,203	64,266	44,584	41,250	28,269	12,085
Durango	213,469	1,017	19,333	36,457	39,736	33,567	25,592	19,596	13,862	10,602	7,651	3,404	1,367	791	494
Guanajuato	684,771	3,774	62,614	129,607	134,857	105,602	79,903	59,504	41,838	30,531	21,696	8,547	3,182	2,119	997
Guerrero	296,451	7,129	50,447	67,247	66,536	28,780	20,932	16,964	12,889	10,897	7,546	3,558	1,749	1,284	493
Hidalgo	259,722	734	39,120	59,839	63,361	28,038	20,881	16,748	12,762	8,762	5,542	2,378	810	546	201
Jalisco	1,339,569	5,432	106,307	214,274	243,046	186,057	170,433	138,645	104,491	74,781	52,259	24,567	10,194	5,913	3,170
México Zona Oriente	946,261	2,409	106,471	166,765	161,997	149,254	123,346	91,850	58,105	39,425	27,421	13,878	3,269	1,421	650
México Zona Poniente	631,091	1,462	80,339	119,701	132,116	82,636	70,144	61,547	33,721	23,673	15,128	6,779	2,157	1,169	519
Michoacán	406,016	4,375	46,221	82,144	77,392	48,414	39,927	32,206	25,244	19,832	14,952	7,470	3,518	3,157	1,164
Morelos	224,252	1,587	23,795	41,213	44,853	29,715	23,878	19,385	14,628	11,165	7,858	3,331	1,389	937	518
Nayarit	154,365	1,000	23,212	30,026	32,175	17,842	13,184	10,625	8,164	6,982	5,302	3,113	1,459	706	575
Nuevo León	1,115,613	3,222	68,797	202,615	193,330	193,409	135,481	99,499	85,648	63,988	42,961	16,993	5,290	3,003	1,377
Oaxaca	265,226	327	40,611	57,613	63,519	27,898	23,616	17,980	13,243	9,179	6,103	2,887	1,238	694	318
Puebla	566,497	1,143	58,676	116,460	123,014	87,336	56,948	38,996	33,458	24,020	15,722	6,489	2,337	1,230	668
Querétaro	385,197	672	39,713	70,434	77,456	57,741	50,854	35,878	22,252	14,646	8,751	3,992	1,608	802	398
Quintana Roo	282,814	392	30,759	62,371	61,016	40,817	32,966	22,184	13,991	9,020	5,314	2,443	896	410	235
San Luis Potosí	345,464	1,199	33,866	58,060	65,894	51,542	39,845	32,489	23,935	17,020	12,362	4,973	2,221	1,212	846
Sinaloa	459,194	4,073	49,331	79,421	86,909	59,378	50,607	41,114	31,255	25,502	18,911	7,731	2,657	1,532	773
Sonora	495,513	1,503	45,718	94,768	101,047	72,755	55,714	41,586	29,021	24,413	16,662	7,281	2,940	1,302	803
Tabasco	268,343	269	48,031	65,098	74,703	22,902	18,077	15,057	9,722	6,992	4,181	1,854	792	471	194
Tamaulipas	684,897	1,570	62,666	130,763	132,496	101,449	91,072	51,364	42,307	27,528	18,255	19,198	3,497	1,861	871
Tlaxcala	116,029	643	16,395	26,805	25,957	13,759	11,059	8,197	5,647	3,770	2,253	918	335	201	90
Veracruz Norte	538,560	1,957	58,257	98,309	108,574	66,816	53,052	46,563	37,469	28,029	20,041	9,835	5,006	3,693	959
Veracruz Sur	310,393	1,050	34,840	59,778	58,991	34,216	30,582	27,073	21,297	17,626	13,753	5,607	2,533	2,049	998
Yucatán	303,612	557	23,766	52,818	58,635	46,393	36,479	28,664	20,115	14,633	10,929	5,336	2,491	1,534	1,262
Zacatecas	168,960	591	23,600	35,089	35,419	18,677	16,162	13,907	9,900	6,596	4,476	2,239	1,086	789	429

Fuente: Coordinación de Afiliación al Régimen Obligatorio