

PROGRAMA
INSTITUCIONAL
DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

2014 - 2018

Índice

Mensaje del Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social	2
Marco Normativo	4
Capítulo I. Diagnóstico	6
I.1 El IMSS y la Seguridad Social en México	6
I.2 Entorno Económico y la Cobertura de Aseguramiento.....	9
I.3 Recursos Humanos e Infraestructura.....	15
I.4 Estructura de Ingresos y Gastos	16
I.5 Los Retos del Instituto 2014-2018.....	17
Capítulo II. Alineación a las Metas Nacionales.....	29
Capítulo III. Objetivos, estrategias y líneas de acción	34
Objetivo 1. Contribuir a la universalización del acceso a la salud.....	34
Objetivo 2. Fortalecer los ingresos.....	35
Objetivo 3. Incrementar la productividad.....	37
Objetivo 4. Mejorar el modelo de atención a la salud.....	40
Objetivo 5. Mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales.	43
III.1 Estrategias Transversales	46
III.1.1 Líneas de acción específicas del Programa para Democratizar la Productividad	46
III.1.2 Líneas de acción específicas del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno	48
III.1.3 Líneas de acción específicas del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD)	49
III.1.4 Líneas de acción de carácter general correspondientes a los Programas Especiales Transversales.....	51
Capítulo IV. Indicadores	53
IV.1. Consideraciones para el cálculo de las metas.....	65
Transparencia.....	69
Acrónimos	70
Glosario	72

Mensaje del Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social

A 70 años de su creación, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es responsable de la salud y seguridad social de 58 millones de derechohabientes y de 12 millones de beneficiarios del Programa IMSS-Oportunidades.

En un día típico, el IMSS atiende cerca de 500 mil consultas; 200 mil niños en sus guarderías; 50 mil urgencias; y cuatro mil intervenciones quirúrgicas diarias. En gran medida esto se consigue por el esfuerzo y compromiso de los 428 mil trabajadores: médicos, enfermeras y personal administrativo, que día a día operan las casi seis mil unidades médicas de este Instituto.

Lograr esta labor, implica una gran inversión. Cada día, en promedio, se hacen uso de cerca de mil millones de pesos para brindar estos servicios. Sin embargo, hay que reconocer que el IMSS enfrenta un panorama financiero complicado ocasionado por una combinación de factores externos e internos.

Entre los factores externos destacan la transición demográfica y la transición epidemiológica que enfrenta nuestro país y que han ejercido una considerable presión sobre las finanzas del IMSS. El Instituto atiende hoy a una población exponencialmente más envejecida que requiere servicios médicos de alto costo, relacionados principalmente con padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares, la hipertensión y los distintos tipos de cáncer.

Aunado a estos factores externos, existen también factores internos que afectan su óptimo funcionamiento. El primero proviene de los altos costos administrativos del Instituto. El segundo factor, es el régimen de jubilaciones y pensiones de los propios trabajadores del Instituto, que ha derivado en un pasivo laboral cuyo valor presente es de 1.9 billones de pesos de 2012.

La combinación de estos factores ha ocasionado desequilibrios importantes en los seguros y fuertes presiones financieras generales. Por lo tanto, resulta primordial definir las acciones que realizará el Instituto para hacer frente a los retos que se le presentarán en el futuro.

El Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (PIIMSS 2014-2018) plantea 5 objetivos centrales que en su conjunto agrupan 29 estrategias y 129 líneas de acción que se implementarán en los próximos años y con las que se busca contribuir principalmente al logro de dos objetivos fundamentales propuestos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, y ampliar el acceso a la seguridad social.

El primer objetivo señalado en el PIIMSS 2014-2018 está directamente relacionado con la visión gubernamental de alcanzar un México Incluyente donde se garantice a todos los mexicanos el ejercicio efectivo a sus derechos de protección de la salud y acceso a la seguridad social. Para ello, el IMSS establece las estrategias y acciones que llevará a cabo para participar en la creación del Sistema Nacional de Salud Universal.

Por su parte, los objetivos 2 y 3 del PIIMSS 2014-2018 reconocen la complicada situación financiera en la que se encuentra el Instituto y advierten que el saneamiento financiero y operativo del Instituto es ineludible para fortalecer su participación en el marco de la seguridad social universal. En este sentido se plantean acciones encaminadas a fortalecer los ingresos; así como aquellas acciones que se implementarán para hacer un uso más eficiente y transparente de los recursos materiales, humanos y financieros del Instituto.

Finalmente, los dos últimos objetivos del PIIMSS 2014-2018 buscan transformar al IMSS en una institución de vanguardia y excelencia. Para ello, se propone un conjunto de estrategias y acciones enfocadas a garantizar que los derechohabientes tengan acceso a servicios de salud y seguridad social con calidad y calidez.

Marco Normativo

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cumple con uno de los mandatos constitucionales que derivan del artículo 123, apartado A, fracción XXIX de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual señala que “es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”.

De esta manera, los artículos 2 y 4 de la Ley del Seguro Social señalan que el Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional y que tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Conforme al artículo 5 de la propia Ley del Seguro Social, el IMSS tiene la noble misión de organizar y administrar el Seguro Social en el mejor interés de todos los trabajadores y sus familias. Por ello, el Instituto se constituye como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, cuya administración está integrada de manera tripartita, puesto que concurren representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal.

Para el cumplimiento de sus fines, el Instituto de conformidad con el artículo 11 de la LSS, otorga a sus derechohabientes del régimen obligatorio diversos seguros de contenido social, a fin de darles certidumbre frente a los riesgos de la vida del trabajador. Asimismo, el Seguro Social tiene un régimen voluntario para todas las familias en México que deseen un seguro de salud para sus miembros, ofreciéndoles las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en los términos del artículo 240 de la Ley del Seguro Social y su respectivo reglamento.

El Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (PIIMSS 2014-2018) se presenta en el marco del sistema de planeación democrática del desarrollo nacional definido en el artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en cumplimiento al artículo 17 de la Ley de Planeación y a los artículos tercero y cuarto del Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que norman la elaboración de los programas institucionales de las dependencias pertenecientes

a la Administración Pública Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013.

Considerando lo anterior, el PIIMSS 2014-2018 define los objetivos, estrategias y líneas de acción que se implementarán durante la presente Administración, con sujeción a los objetivos y prioridades de la planeación nacional de desarrollo y establece los indicadores, con sus respectivas metas, con los que se le dará seguimiento y se medirá el cumplimiento de los objetivos planteados.

Finalmente, cabe señalar que el PIIMSS 2014-2018 está alineado principalmente con la Meta Nacional de un México Incluyente del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND 2013-2018), así como con los Programas Especiales Transversales derivados del mismo. Del mismo modo, atendiendo lo dispuesto en el artículo 17, fracción V de la Ley de Planeación, los objetivos del PIIMSS 2014-2018 son congruentes con los establecidos en programas sectoriales como el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA 2013-2018), el Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018 y el Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018.

Capítulo I. Diagnóstico

I.1 El IMSS y la Seguridad Social en México

El 19 de enero de 1943 se constituyó el IMSS, con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal.

Dentro del conjunto de las instituciones que otorgan prestaciones de seguridad social y/o aseguramiento público en salud en México, el IMSS es la institución con el mayor número de población atendida, seguido por el Seguro Popular (cuadro I.1) ya que actualmente cuenta con una población derechohabiente de 57.5 millones de personas. Además de los servicios médicos que el IMSS ofrece a sus derechohabientes, también brinda servicios médicos de primero y segundo niveles de atención a la población que no cuenta con seguridad social a través del Programa IMSS-Oportunidades, cuya población adscrita asciende a 11.9 millones de personas.

Las prestaciones que el IMSS brinda a sus derechohabientes se encuentran bajo dos tipos de regímenes: el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario. En el Régimen Obligatorio una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral que obligue a su aseguramiento, mientras que en el Régimen Voluntario, la afiliación es producto de una decisión individual o colectiva. El Régimen Obligatorio se integra por cinco tipos de seguros: Riesgos de Trabajo (SRT), Enfermedades y Maternidad (SEM), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS). Por su parte, el Régimen Voluntario sólo cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y el Seguro Facultativo.

Cuadro I.1.**Población por condición de aseguramiento, diciembre 2012**

Institución	Número de derechohabientes	Porcentaje de la población^{1/}
IMSS	69,330,621	58.90
Régimen Ordinario	57,475,897	48.80
Asegurados directos ^{2/}	16,062,043	13.60
Otros asegurados ^{3/}	6,520,957	5.50
Pensionados ^{4/}	3,276,596	2.80
Familiares ^{5/}	31,616,301	26.90
IMSS-Oportunidades	11,854,724	10.10
ISSSTE	12,449,609	10.60
Seguro Popular	52,908,011	44.90
PEMEX, SEDENA, SEMAR	1,143,663	1.00
Instituciones privadas	2,102,931	1.80
Otras instituciones públicas	944,092	0.80

^{1/} La población a diciembre de 2012 se estimó como el promedio de las poblaciones a mitad del año de 2012 y 2013 proyectadas por el Consejo Nacional de Población (117'724,402 personas).

^{2/} Incluye a los trabajadores del sector privado y a trabajadores del IMSS como patrón.

^{3/} Incluye el Seguro Facultativo (estudiantes, familiares de los trabajadores IMSS y familiares de los trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad), Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio. En estos seguros se registra al titular y a cada uno de los miembros de la familia.

^{4/} Incluye los pensionados no asociados al IMSS como patrón y los pensionados asociados al IMSS como patrón.

^{5/} Las cifras de familiares corresponden a estimaciones determinadas con base en coeficientes familiares. Los coeficientes familiares pueden ser interpretados como un promedio del número de miembros por familia y se aplican al número de asegurados directos y de pensionados.

Fuente: Estimaciones propias con base en: IMSS, Informe Mensual de Población Derechohabiente y Sistema de Acceso a Derechohabientes, diciembre 2012; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Anuario Estadístico 2012; Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados enero-diciembre 2012; Petróleos Mexicanos (PEMEX); Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA); Secretaría de Marina (SEMAR), e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), XIII Censo de Población y Vivienda 2010.

La provisión de atención médica es una de las funciones más importantes que realiza el Instituto en términos de recursos requeridos e impacto poblacional. La amplia gama de servicios médicos, preventivos y curativos que ofrece el IMSS tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y contribuir al desarrollo de las familias derechohabientes. En un día típico del Instituto se otorgan más de 491 mil consultas médicas, de las cuales 49,800 son atenciones por urgencias; se registran alrededor de 5,500 egresos hospitalarios y 4,100 intervenciones quirúrgicas; además, se elaboran más de 762 mil análisis clínicos (cuadro I.2).

Cuadro I.2.
Servicios médicos otorgados en un día típico,
enero a diciembre de 2012

Concepto	Promedio total nacional
Total de consultas otorgadas	485,200
Consultas de medicina familiar	336,794
Consultas de especialidades	79,054
Consultas dentales	19,017
Atenciones de urgencias	50,335
Egresos hospitalarios	5,496
Intervenciones quirúrgicas	4,139
Partos atendidos	1,262
Análisis clínicos	758,657
Estudios de radiodiagnóstico	56,319

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), IMSS.

Los servicios brindados por el IMSS representan casi la mitad de los servicios de salud otorgados por instituciones públicas (cuadro I.3).

Cuadro I.3.
Servicios otorgados en el Sistema Nacional de Salud, 2011
(porcentajes)

Institución	Consultas				Egresos	Cirugías	Servicios auxiliares de diagnóstico		
	General	Especialidad	Urgencias	Odontológicas			Laboratorio clínico	Radiología	Otros
IMSS ^{1/}	47.1	39.8	61.0	29.5	38.7	43.7	51.3	56.3	57.7
ISSSTE	7.4	15.9	3.6	8.9	6.7	6.8	8.8	9.0	12.2
SS ^{2/}	42.2	33.3	28.1	54.5	48.0	44.4	34.2	27.6	20.3
Otras instituciones ^{3/}	3.2	11.1	7.2	7.1	6.6	5.1	5.7	7.0	9.8

^{1/} Incluye IMSS-Oportunidades.

^{2/} Secretaría de Salud, incluye los servicios prestados por los Servicios Estatales de Salud, los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia. Estos servicios incluyen los otorgados bajo el Seguro Popular.

^{3/} Incluye información de hospitales universitarios, PEMEX, SEMAR, ISSSTE estatales y SEDENA.

Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística No. 31, vol. III, 2011.

Desde su origen el IMSS se ha destacado por introducir avances importantes en los servicios médicos que ofrece, algunos de ellos que requieren un alto nivel de infraestructura y/o complejidad técnico-médica (cuadro I.4). Este compromiso por mantenerse a la vanguardia médica ha dado como resultado que el Instituto goce de un gran prestigio nacional e internacional.

Cuadro I.4.
Introducción de avances en la práctica médica del IMSS

Año	Intervención
1963	Primer trasplante renal en México
1988	Primer trasplante de corazón
1994	Primer trasplante hepático en paciente pediátrico en el Hospital de Pediatría
1999	Primera cirugía intrauterina exitosa en México
2004	Primera separación tóracoabdominal exitosa de gemelas siamesas en el Hospital La Raza
2013	Primera ablación vésicula renal por vía endovascular para el tratamiento de la hipertensión arterial maligna.
2013	Primer implante de corazón mecánico

Fuente: DPM, IMSS.

Dentro del contexto de seguridad social y de manera complementaria a los servicios de salud, el IMSS brinda prestaciones económicas que protegen tanto a los trabajadores como a sus familiares frente a un evento de riesgo contemplado en la LSS y con apoyo para el cuidado infantil a las madres y padres trabajadores durante su jornada laboral. A la vez se ofrecen otros tipos de prestaciones sociales, por ejemplo, cursos directos, conferencias y campañas de bienestar, cultura y deporte, actividades culturales y deportivas, recreativas y de cultura física y en general, de todas aquéllas tendientes a lograr una mejor ocupación del tiempo libre, tiendas, centros vacacionales y velatorios.

I.2 Entorno Económico y la Cobertura de Aseguramiento

En este apartado se describen diversos factores económicos relacionados con el ciclo económico y el mercado laboral que condicionan el entorno en el que el IMSS lleva a cabo sus actividades. Estos factores afectan tanto al número de trabajadores afiliados al Instituto como al salario registrado por los patrones, lo que determina el monto de los ingresos que recauda el Instituto. Entre los factores a considerar se encuentran: i) la terciarización de la economía; ii) la composición de los tipos de relación laboral, y iii) la participación creciente de las mujeres en la fuerza laboral.

El primer factor hace referencia a la creciente terciarización de la economía registrada en México durante los últimos años –el sector servicios (sector terciario) ha crecido a un mayor ritmo que los sectores agrícola (primario) e industrial (secundario)–, lo que ha implicado la transferencia relativa de empleo entre distintos sectores de actividad económica. El cuadro I.5 muestra que durante el lapso 2002-2012, el sector servicios registró un crecimiento promedio anual de 2.9 por ciento, cifra superior a la de los sectores agrícola e industrial de 1.5 por ciento y 1.9 por ciento, respectivamente.

Cuadro I.5.
Crecimiento del Producto Interno Bruto por sector de actividad económica, 2002-2012
 (porcentajes)

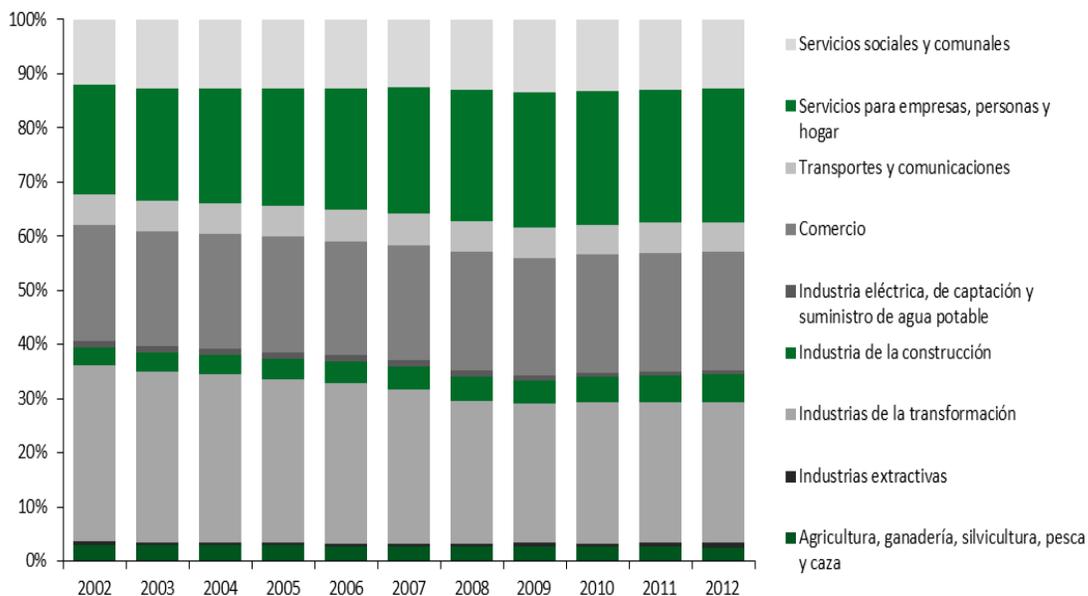
Sector de actividad económica	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Promedio anual 2002-2012 ^{1/}
Primario (agrícola)	-0.2	2.9	2.5	-2.6	6.3	2.3	1.2	-3.2	2.9	-2.6	6.7	1.5
Secundario (industrial)	-0.3	0.8	3.7	2.8	5.7	2.0	-0.1	-7.7	6.1	4.0	3.6	1.9
Terciario (servicios)	0.1	1.5	4.5	4.2	5.3	4.5	2.4	-4.9	5.2	4.8	4.1	2.9
Total	0.1	1.3	4.1	3.2	5.2	3.3	1.2	-6.0	5.3	3.9	3.9	2.3

^{1/} Promedio de la variación real anual acumulada.

Fuente: INEGI.

El fenómeno descrito de terciarización de la actividad económica ha generado cambios en la estructura del mercado laboral; por ejemplo, mediante la transferencia del empleo de una actividad económica como son las industrias de transformación donde se registra una alta participación de la seguridad social, al sector de servicios para empresas, personas y hogar, que se caracteriza por un menor nivel de participación (gráfica I.1). Entre 2002 y 2012, el número de trabajadores de las industrias de transformación, como porcentaje del total de trabajadores permanentes, disminuyó de 32.7 por ciento a 26 por ciento, mientras que para los trabajadores de servicios para empresas, personas y hogar el porcentaje aumentó de 20.2 por ciento a 24.7 por ciento.

Gráfica I.1.
Trabajadores permanentes por actividad económica, 2002-2012^{1/}
 (porcentajes con respecto al total, al 31 de diciembre de cada año)

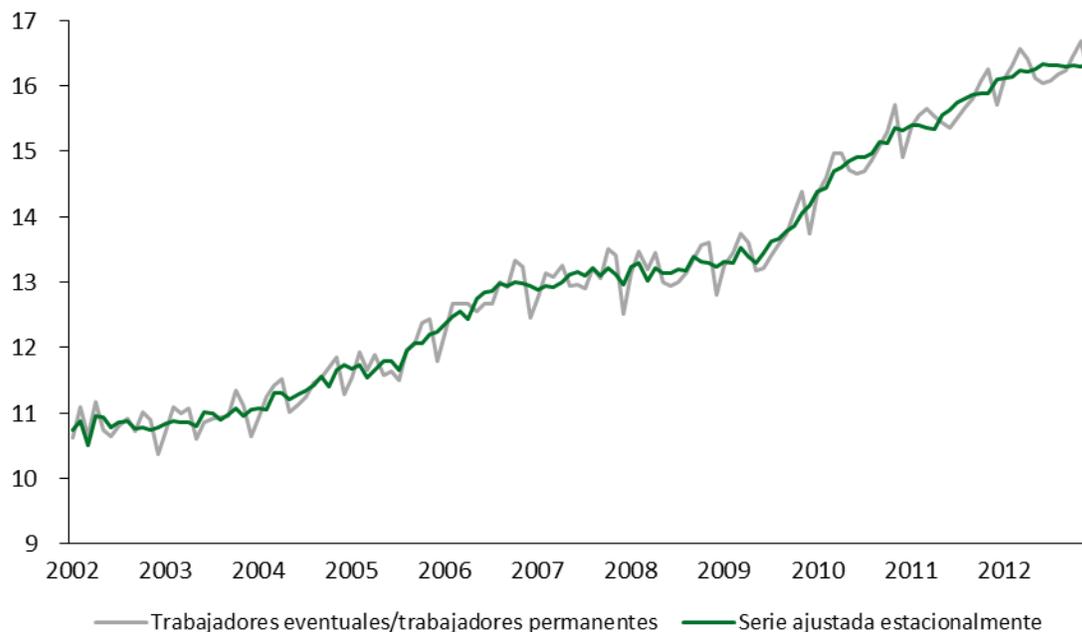


^{1/} Trabajador permanente es aquel que tiene una relación de trabajo por tiempo indeterminado.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), IMSS.

Un segundo factor a considerar en el análisis del mercado laboral es la composición entre trabajadores permanentes y eventuales. La LSS contempla la afiliación de los dos tipos de trabajadores y, en ambos casos, tanto las condiciones de entero y pago de las cuotas al IMSS como las obligaciones patronales ante el Instituto son las mismas.¹ En este sentido, la única diferencia radica en que los trabajadores eventuales podrían tener una menor acumulación en el tiempo de cotización, debido a que pasan menos tiempo incorporados al IMSS, y requieren de un mayor tiempo previo de aseguramiento necesario para el pago de subsidio en caso de enfermedad.² Como se observa en la gráfica I.2, la razón de trabajadores eventuales respecto a los trabajadores permanentes ha aumentado en los últimos años.

Gráfica I.2.
Razón de trabajadores eventuales vs. permanentes, 2002-2012
(porcentajes, al cierre de cada mes)



Fuente: DIR, IMSS.

El tercer factor que impacta en la conformación del mercado laboral es la creciente incorporación de las mujeres, el cual es un tema de especial relevancia abordado en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y

¹ Trabajador permanente es aquél que tiene una relación de trabajo por tiempo indeterminado (LSS, Artículo 5A, fracción VI); trabajador eventual es aquél que tiene una relación de trabajo para obra determinada o por tiempo determinado en los términos de la Ley Federal del Trabajo (LSS, Artículo 5A, fracción VII).

² El asegurado permanente tiene derecho a percibir el subsidio establecido en el Artículo 97 de la LSS cuando tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad, mientras que los trabajadores eventuales pueden percibir el subsidio cuando tienen cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

Empleo, en 2012, 42.9 por ciento del total de la población femenina en edad de trabajar formaba parte de la fuerza laboral del país, es decir, poco más de cuatro de cada 10 mujeres participaron de manera activa en el mercado laboral. De 2002 a 2012, la tasa de participación de la población femenina en el mercado laboral aumentó en 6 puntos porcentuales, observándose el mayor incremento en el rango de edad de 25 a 54 años, en el que una de cada dos mujeres participa en el mercado laboral.

El aumento en la participación de la mujer en el mercado laboral también ha tenido implicaciones en la composición entre trabajadores permanentes y eventuales. Durante el periodo 2002-2012 se observa una tasa media anual de crecimiento de 9.8 por ciento en el empleo eventual en la población femenina, mientras que el empleo eventual en la población masculina se incrementó en 5.2 por ciento, en promedio, es decir, el empleo eventual se ha incrementado más en la población femenina en comparación con la masculina.

Como se muestra en el cuadro I.6, la participación relativa de la mujer como parte de los trabajadores permanentes y eventuales del IMSS se ha incrementado 1.7 puntos en los últimos 11 años, al pasar de 34.4 por ciento del total en 2002 a 36.1 por ciento en 2012. Destacan los grupos de 25 a 54 años y de 55 a 64 años, cuya participación se incrementó en 3 puntos porcentuales y 6 puntos porcentuales, respectivamente, entre 2002 y 2012. Estas cifras van en línea con la evolución creciente de la tasa de participación económica femenina.

Cuadro I.6.

Participación femenina en los trabajadores afiliados al IMSS por grupo de edad, 2002-2012^{1/}
(porcentajes, al mes de diciembre de cada año)

Grupos de edad	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
15 a 24 años	39.2	38.9	38.8	38.7	39.0	39.2	39.0	38.7	37.9	37.2	36.6
25 a 54 años	33.7	34.0	34.4	34.8	35.3	35.8	36.2	36.9	37.0	36.9	36.7
55 a 64 años	23.6	24.0	24.5	24.9	25.3	26.0	26.8	28.0	28.7	29.2	29.6
65 años y más	22.7	22.8	22.9	22.8	22.3	22.2	22.6	23.6	24.0	24.3	24.8
Total	34.4	34.5	34.8	35.0	35.5	35.9	36.1	36.6	36.5	36.4	36.1

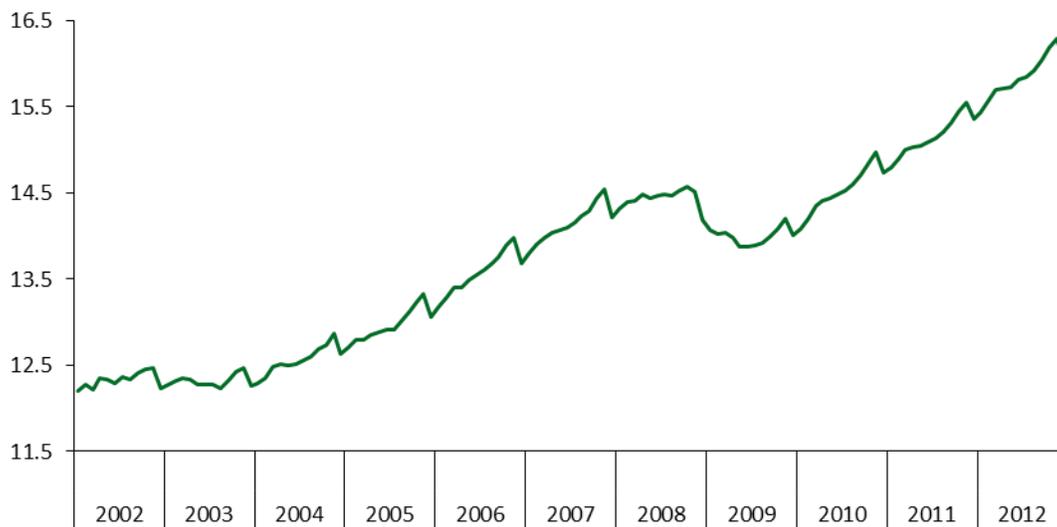
^{1/} Incluye trabajadores permanentes y eventuales. En este Informe se incluye como parte de la estadística de los trabajadores afiliados a los trabajadores eventuales del campo.

Fuente: DIR, IMSS.

Los factores señalados han influido en el crecimiento de los trabajadores asegurados. En los últimos diez años el número de trabajadores asegurados creció en poco más de 30 por ciento (gráfica I.3). Al cierre de 2012 había 16'062,043 trabajadores registrados en el Instituto. El aumento observado en la afiliación de trabajadores al IMSS ha impactado en el nivel de cobertura poblacional de los servicios de seguridad social que proporciona el

Instituto. La población derechohabiente del Instituto se integra con el registro de los asegurados trabajadores y no trabajadores, así como con los pensionados, y los familiares de los asegurados y pensionados. Se estima que al cierre de 2012 la protección de la seguridad social proporcionada por este organismo cubrió a un total de 57'475,897 personas (cuadro I.7).³ Al considerar también a los beneficiarios de IMSS-Oportunidades, la proporción de la población del país cubierta por los servicios que otorga el IMSS se sitúa en más de 50 por ciento.

Gráfica I.3.
Número de trabajadores afiliados al IMSS, 2002-2012^{1/}
 (millones de personas, al cierre de cada mes)



^{1/} Incluye trabajadores permanentes y eventuales.

Fuente: DIR, IMSS.

³ Esta cifra no incluye a los beneficiarios de los servicios que brinda el Programa IMSS-Oportunidades.

Cuadro I.7.
Población derechohabiente del IMSS, 2012^{1/}
(cifras al 31 de diciembre de cada año)

Tipo de afiliación	2012	Participación porcentual
Asegurados	22,583,000	39.3%
Asegurados directos ^{2/}	16,062,043	27.9%
Permanentes	13,847,599	24.1%
Eventuales urbanos	2,054,233	3.6%
Jornaleros agrícolas	160,211	0.3%
Seguro Facultativo ^{3/}	5,969,638	10.4%
Familias	123,080	0.2%
Estudiantes	5,846,558	10.2%
Otros ^{4/}	551,319	1.0%
Familiares de Asegurado^{5/}	28,929,392	50.3%
Pensionados no IMSS^{6/}	3,045,836	5.3%
En curso de pago ^{7/}	2,807,503	4.9%
Por renta vitalicia	238,333	0.4%
Pensionados IMSS^{8/}	230,760	0.4%
Familiares de Pensionados^{9/}	2,686,909	4.7%
Total	57,475,897	100.0%

^{1/} Incluye a los trabajadores del sector privado y a trabajadores del IMSS como patrón.

^{2/} A partir del 30 de abril de 2008 se emplea una nueva metodología para calcular los afiliados, la cual se explica a detalle en la nota de prensa del 9 de mayo de 2008 y no aplica para pensionados ni familiares de pensionados.

^{3/} Incluye estudiantes, familiares de los trabajadores IMSS y familiares de los trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad. Para efectos de estos seguros, se registra al titular y a cada uno de los miembros de la familia.

^{4/} SSFAM y Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio. Para efectos de este seguro, se registra al titular y a cada uno de los miembros de la familia.

^{5/} La estadística de "población derechohabiente del IMSS" incluye tanto a asegurados y pensionados, como a sus familiares dependientes. Las cifras de asegurados y pensionados son determinadas con base en los registros administrativos del IMSS, mientras que las relativas a sus familiares corresponden a estimaciones determinadas con base en coeficientes familiares. Los coeficientes familiares pueden ser interpretados como un promedio del número de miembros por familia y se aplican al número de trabajadores asegurados y de pensionados. Por su parte, la estadística de "población derechohabiente adscrita a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS" es determinada, tanto las cifras de asegurados y pensionados como la de sus familiares, con base en los registros administrativos del Sistema de Acceso a Derechohabientes. Por ejemplo, para diciembre de 2012, la cifra de "población derechohabiente del IMSS" era de 57'475,897, mientras que la "población adscrita a UMF del IMSS", es de 49'502,989. La diferencia de 7'972,908 personas se considera la parte estimada, con base en coeficientes familiares.

^{6/} Pensionados no asociados al IMSS como patrón. Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES), IMSS.

^{7/} Incluye a las pensiones provisionales, temporales, garantizadas y derivadas de garantizadas.

^{8/} Pensionados asociados al IMSS como patrón. Este rubro se incluye a partir del 31 de agosto de 2010. Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED), IMSS.

^{9/} Incluye a familiares de pensionados IMSS y no IMSS.

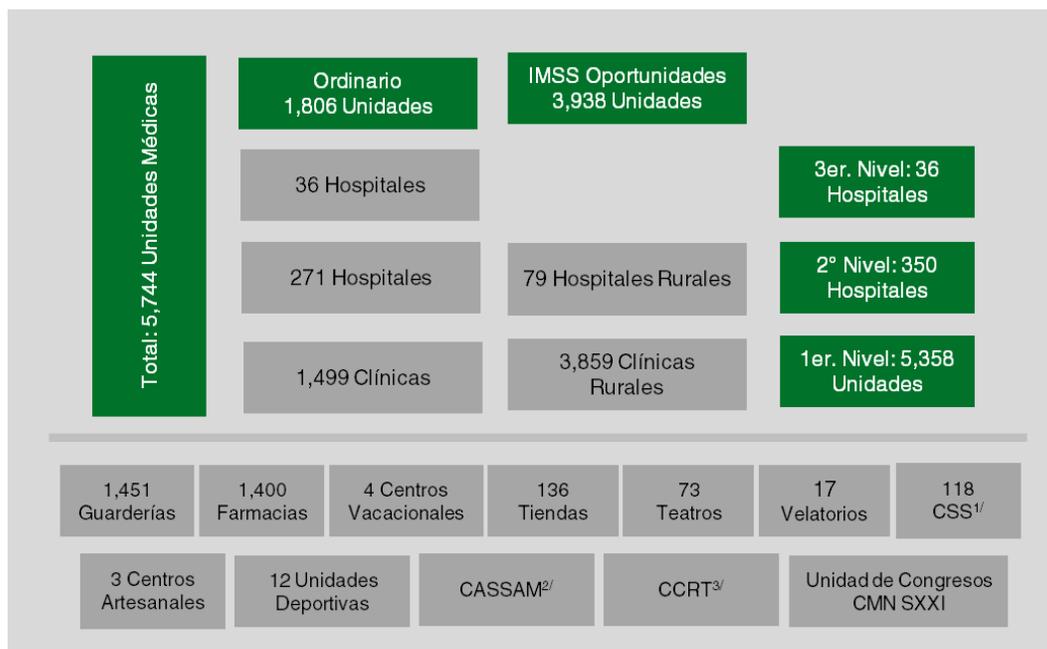
Fuente: DIR, IMSS.

I.3 Recursos Humanos e Infraestructura

En gran medida el IMSS se ha logrado posicionar como el pilar fundamental de la seguridad social del país gracias al esfuerzo y compromiso de sus casi 444,967 trabajadores.⁴ De éstos, alrededor de 103,448 son enfermeras y 71,014 son médicos que trabajan arduamente en beneficio de la salud de la población derechohabiente del Instituto.⁵

Por otra parte, el IMSS tiene sus cimientos en una amplia red de infraestructura médica y social con más de 5,700 unidades médicas, 1,806 de régimen ordinario y casi 4 mil del Programa IMSS Oportunidades. Además se cuenta con 1,451 guarderías, 1,400 farmacias, 4 centros vacacionales, 136 tiendas, 118 Centros de Seguridad Social (CSS), 3 Centros Artesanales (CA), un Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores (CASSAAM), un Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo (CECART), la Unidad de Congresos del Centro Médico Siglo XXI, 73 teatros, 12 unidades deportivas y 17 velatorios a lo largo y ancho del país (cuadro I.8).

Cuadro I.8.
Infraestructura del IMSS



^{1/} Centro de Seguridad Social.

^{2/} Centro de Atención Social a la Salud de los Adultos Mayores.

^{3/} Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo.

Fuente: IMSS.

⁴ Incluye plazas presupuestales y no presupuestales.

⁵ De los 71,014 médicos 10,033 son médicos residentes.

I.4 Estructura de Ingresos y Gastos

El IMSS para brindar sus servicios requiere de una gran inversión, en promedio, diariamente el Instituto gasta cerca de mil millones de pesos. Los ingresos de operación del ejercicio 2012 ascendieron a 301,359 millones de pesos. Por su parte, el gasto de operación fue de 301,065 millones de pesos. Las cifras de ingresos y gastos no consideran 133,541 millones de pesos correspondientes a pensiones en curso de pago, ya que son transferencias del Gobierno Federal. El resultado del ejercicio fue equivalente a 294 millones de pesos sin considerar el registro total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales (cuadro I.9).

Cuadro I.9.
Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2012
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2012	Participación porcentual
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	265,568	88.1%
Ingresos por venta de bienes y servicios		0.0%
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	506	0.2%
Otros ingresos y beneficios		0.0%
Ingresos financieros		0.0%
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	8,752	2.9%
Otros ingresos y beneficios varios	26,533	8.8%
Total de ingresos	301,359	100%
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal	135,227	44.9%
Materiales y suministros	43,082	14.3%
Servicios generales y subrogación de servicios	26,404	8.8%
Subsidios	22,814	7.6%
Otros gastos y pérdidas		0.0%
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	9,467	3.1%
Otros gastos	7,706	2.6%
Pagos a pensionados y jubilados IMSS	47,145	15.7%
Costo por beneficios a empleados (RJP)	9,220	3.1%
Total de gastos	301,065	100%
Resultado del ejercicio	294	

Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2012.

Los ingresos del Instituto provienen principalmente de tres fuentes: i) de las cuotas y aportaciones tripartitas a la seguridad social que se reciben por parte de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal, incluidas las multas, recargos y actualizaciones; ii) de los ingresos derivados de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales, velatorios y la Unidad de Congresos del Centro Médico Siglo XXI; y iii) de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de las reservas y disponibilidades, así como del uso de los recursos de las reservas y fondos del Instituto.

En cuanto al gasto del Instituto, éste comprende todas aquellas erogaciones que realiza para llevar a cabo la prestación de sus servicios. Ello incluye servicios de personal (pago de nómina a trabajadores del Instituto); materiales y suministros; servicios generales y subrogación de servicios; subsidios; estimaciones, depreciaciones y deterioro; pagos a jubilados y pensionados del IMSS; costo por beneficios a los empleados (RJP), así como otros gastos.

Cabe señalar que para el ejercicio 2012 los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT), de Invalidez y Vida (SIV), y de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) tuvieron excedentes de operación. Por otra parte, los seguros de Enfermedades y Maternidad (SEM) y de Salud para la Familia (SSFAM) fueron deficitarios.

I.5 Los Retos del Instituto 2014-2018

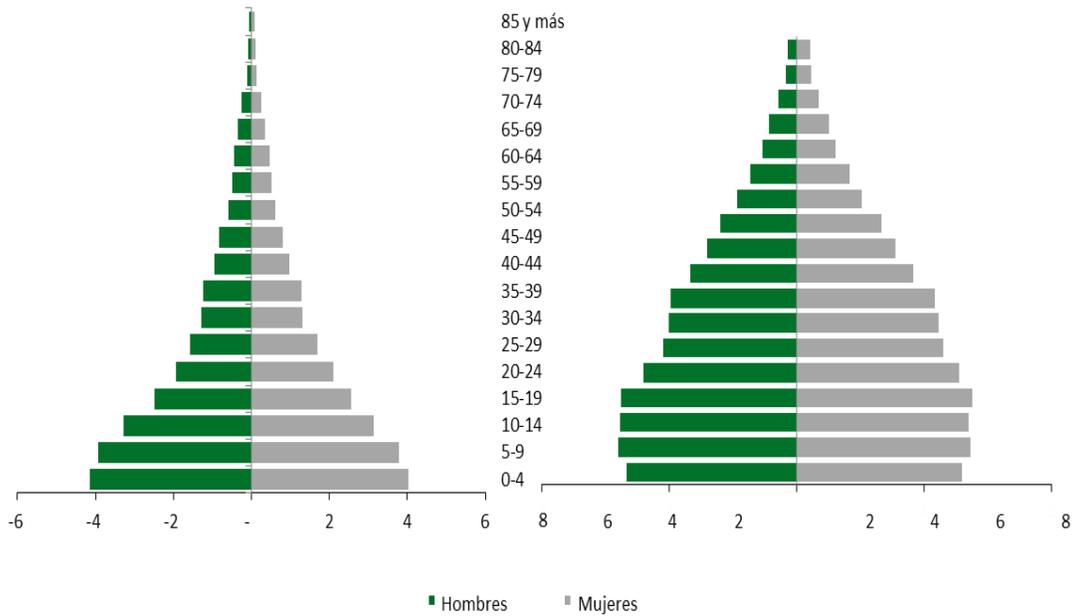
La situación financiera de Instituto es compleja. En los últimos años las finanzas del Instituto se han visto presionadas por una combinación de factores exógenos y endógenos.

Factores exógenos: Transición demográfica y epidemiológica.

El proceso de envejecimiento de la población en México y, por ende, de la población derechohabiente, es uno de los retos principales que enfrentan los sistemas de seguridad social, tanto por la presión que se ejerce sobre el financiamiento de las pensiones, como por la que se genera por el aumento en el gasto en servicios médicos. Algunos indicadores ilustran esta realidad. De 1970 a 2010, es decir en tan sólo 40 años, la población mayor de 60 años en México, pasó de 2.7 millones de personas a 10.2 millones, 4 veces más (gráfica I.4). Una población de mayor edad, además de demandar una mayor cantidad de servicios, requiere de intervenciones médicas más complejas y de mayor costo. Por otro lado,

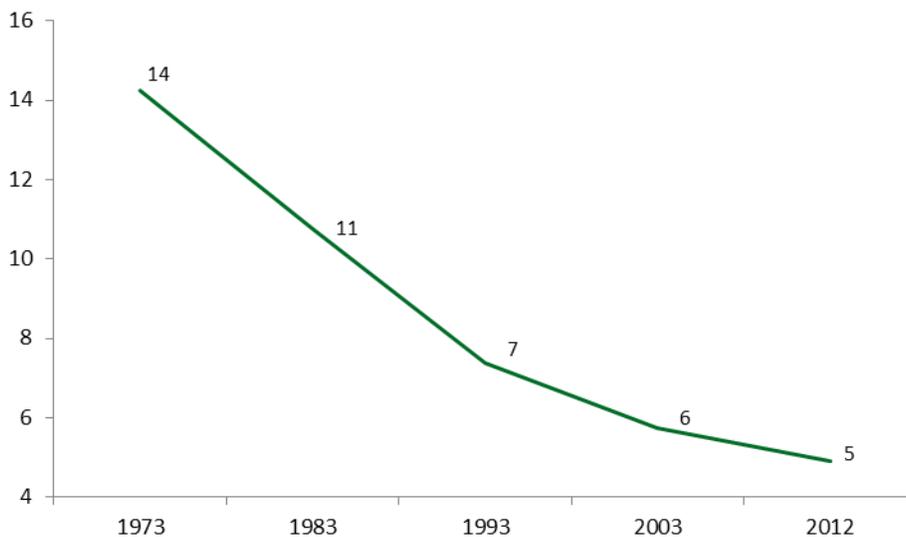
mientras que en 1973 había 14 trabajadores por cada pensionado, esta cifra disminuyó a 5 en 2012 (gráfica I.5).

Gráfica I.4.
Distribución de la población en México, 1970 y 2010
(millones de personas)



Fuente: IX Censo de Población y Vivienda, 1970. XIII Censo de Población y Vivienda, 2010.

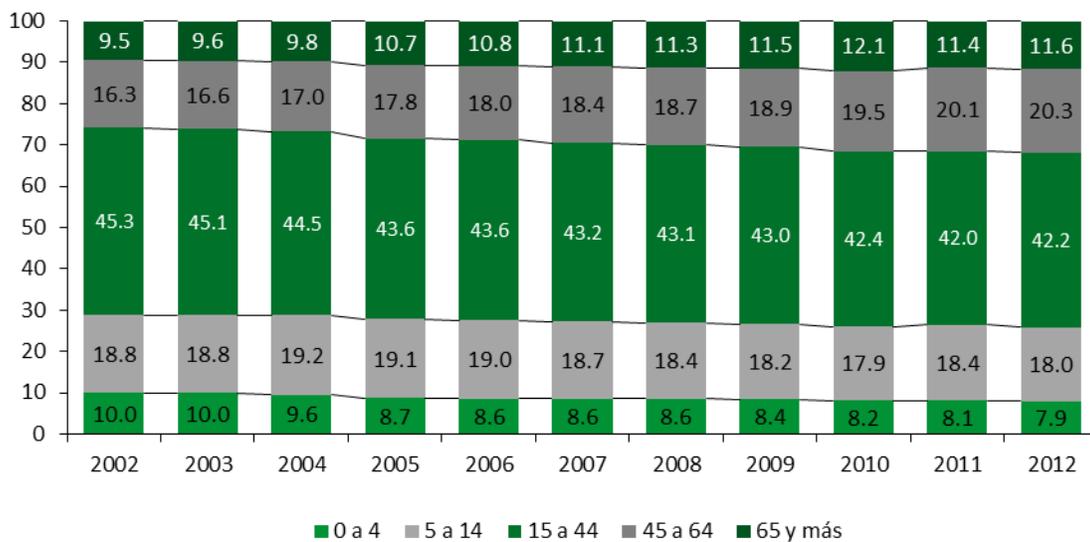
Gráfica I.5.
Trabajadores Asegurados por Pensionado, 1973-2012



Fuente: IMSS. Cifras de trabajadores, DIR; cifra de pensionados, DPES y DA.

En la gráfica I.6 se muestra el cambio estructural en el peso relativo de los grupos de edad de la población derechohabiente adscrita a médico familiar durante el periodo 2002-2012. Los cambios más significativos han sido el incremento registrado en el grupo de 45 a 64 años, que en 2012 representó 20.3 por ciento de la población total adscrita a médico familiar, y el de mayores de 65 años, que significó 11.6 por ciento del total.

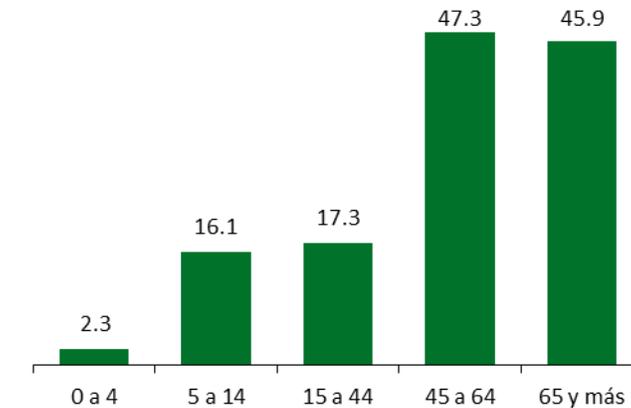
Gráfica I.6.
Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar
por grupo de edad, 2002-2012^{1/}
 (porcentajes)



^{1/} De 2002 a 2010, cifras al mes de junio de cada año. Para 2011 y 2012, cifras al mes de diciembre de cada año.
 Fuente: Antes del 2010, DPM; a partir de 2011, DIR, IMSS.

El número de personas ubicadas en los grupos de 45 a 64 años y de 65 años y más adscritas a médico familiar ha registrado un aumento sostenido. Entre 2004 y 2012 estos grupos de edad crecieron a una tasa de 47.3 y 45.9 por ciento, respectivamente. En contraste, se observa una tasa baja de crecimiento para los grupos de edad menores de 44 años (gráfica I.7).

Gráfica I.7.
Crecimiento de la población derechohabiente adscrita a médico familiar
por grupo de edad, 2004-2012
 (porcentajes)

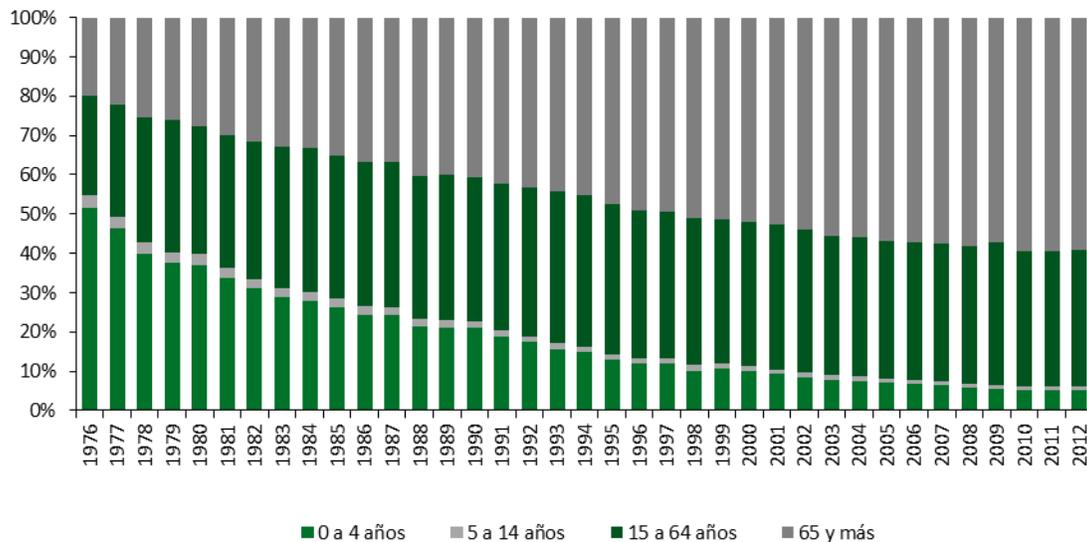


Fuente: DIR, IMSS.

Por su parte, el perfil epidemiológico de una población cambia como resultado de dos fenómenos: el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos, y el cambio en las causas de muerte y de enfermedad. Los factores que originan estos dos fenómenos son, por un lado, la reducción en la natalidad y en la mortalidad general que se reflejan en una mayor esperanza de vida que conducen a una modificación en la composición de la mortalidad por edades. Por otro lado, el aumento en la exposición de la población a factores de riesgo, incluyendo estilos de vida no saludables, afecta la incidencia de las enfermedades.

La disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida al nacer han propiciado que más niños sobrevivan, como se ilustra en la gráfica I.8. Del total de las defunciones en el IMSS en 1976, 51.5 por ciento ocurrió dentro del grupo de menores de cinco años y 20 por ciento fue dentro del grupo de mayores de 65 años. Para 2012 la situación de estos dos grupos se había revertido: 5.2 por ciento de todas las defunciones ocurrió en el grupo de menores de cinco años y 59.1 por ciento en el grupo de mayores de 65 años. Entre las acciones de salud que contribuyeron a este fenómeno, además de las mejoras de condiciones generales de salubridad y alimentación, se encuentran: i) la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los niños menores de cinco años; ii) la terapia de hidratación oral; iii) el incremento de las coberturas de vacunación en este grupo de edad, y iv) mejoras en la infraestructura sanitaria, así como la implementación de nuevos programas de medicina preventiva.

Gráfica I.8.
Defunciones por grupo de edad, 1976-2012
 (porcentajes)

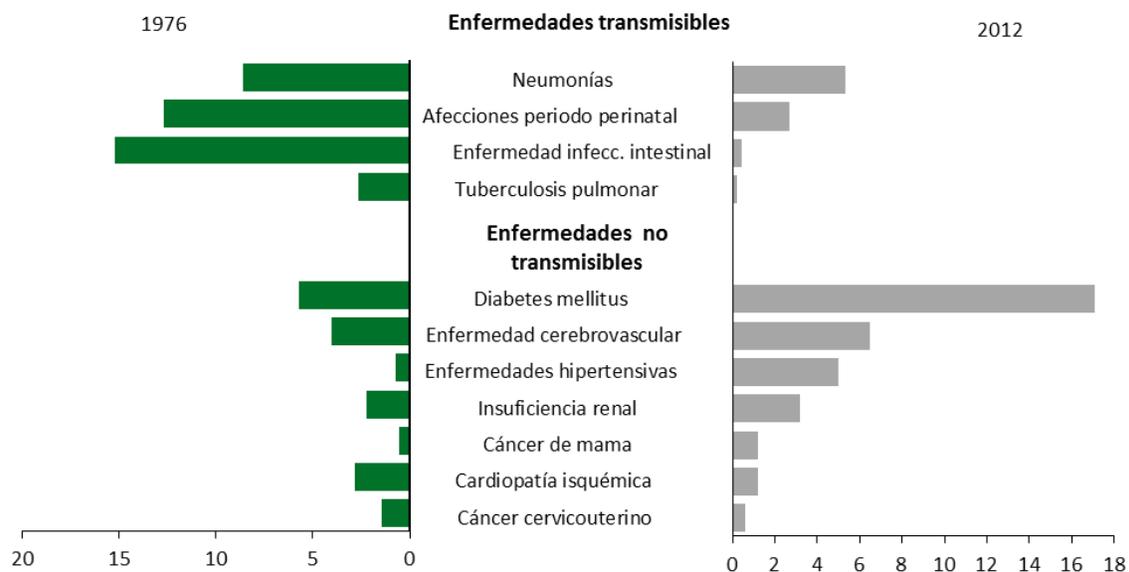


Fuente: DPM, IMSS.

Adicionalmente, la población está cada vez más expuesta a una serie de factores de riesgo relacionados con los estilos de vida como el sedentarismo y la ingesta de alimentos industrializados, así como la persistencia de enfermedades crónicas e infecciosas. Estos factores han modificado la historia natural de las enfermedades, observándose cambios trascendentes en las causas de muerte y carga de enfermedad en la población.

La gráfica I.9 muestra los cambios que se presentan en las causas de mortalidad. Se observa una reducción drástica de las defunciones registradas por afecciones en la etapa perinatal, enfermedades infecciosas intestinales y tuberculosis pulmonar, que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, y un aumento de defunciones por una combinación de enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas y neoplasias malignas, que ocuparon los primeros lugares en 2012.

Gráfica I.9.
Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2012
 (porcentajes)



Fuente: DPM, IMSS.

Esta transición epidemiológica se observa no sólo en el ámbito urbano, sino en el rural donde se ofrece atención médica de primero y segundo nivel, principalmente a través del Programa IMSS-Oportunidades. A pesar de la menor participación de las enfermedades transmisibles y aquellas asociadas con la desnutrición y la reproducción, su prevalencia representa un doble desafío para el IMSS. Por un lado, debe continuar atendiendo estas enfermedades conocidas en conjunto como enfermedades del rezago; por el otro, debe hacer frente a las enfermedades crónico-degenerativas y otras enfermedades que en varios casos, aunque no ocasionan la muerte inmediata, generan discapacidad temporal o permanente, con un alto costo.

Estas transiciones anticipan un importante incremento tanto en la demanda de atención médica de personas con enfermedades crónico-degenerativas o infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana que genera el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), como en la presión sobre el gasto médico del Instituto. Por ello, la prevención, el tratamiento y la posible recuperación de estos padecimientos constituyen uno de los más grandes retos para la institución.

El gasto total estimado en 2012 para la atención médica de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/SIDA asciende a 71,352 millones de pesos, que equivale a 30.4 por ciento del gasto

corriente del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) para ese año (cuadro I.10). La diabetes mellitus y la hipertensión arterial concentran la mayor proporción de este gasto con una participación de 77.9 por ciento.

Cuadro I.10.
Consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y estimación del gasto médico por componente, 2012

Padecimiento	Casos (miles)			Gasto médico (millones de pesos de 2013)			
	Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnóstico	Hospitalización	Total
Diabetes mellitus	13,065	2,131	70	7,032	21,340	5,386	33,757
Hipertensión arterial	16,141	6,137	26	8,540	12,411	846	21,798
Insuficiencia renal	1,002	119	76	782	7,259	3,492	11,533
Cáncer cérvico-uterino	104	43	5	95	269	342	706
Cáncer de mama	995	38	11	771	93	941	1,806
VIH/SIDA	195	29	3	135	1,361	257	1,753
Total	31,502	8,498	191	17,355	42,733	11,264	71,352

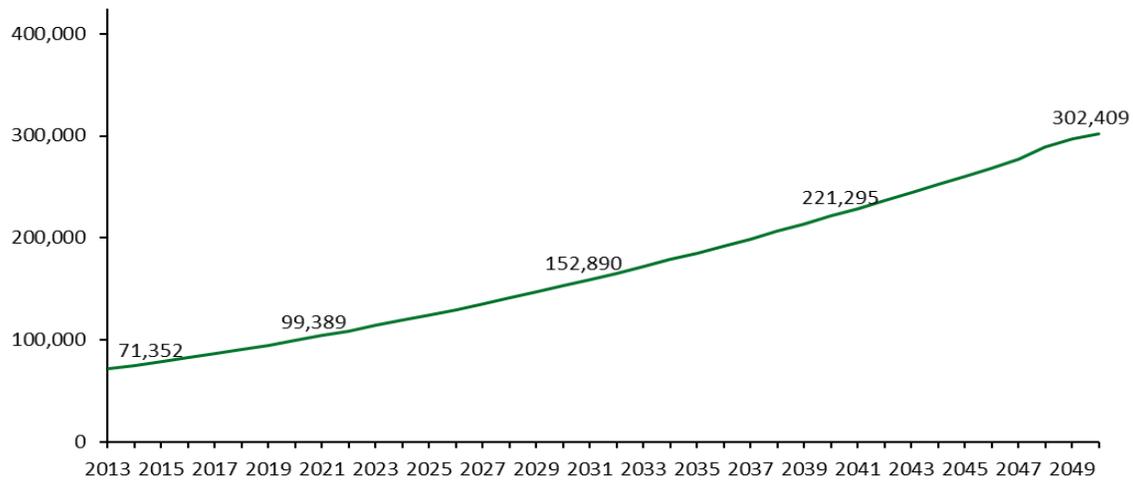
Fuente: DF, IMSS.

En línea con las cifras de otros países, las proyecciones del gasto médico del Instituto para estos seis padecimientos serán incrementales en los próximos años (gráfica I.10).⁶

⁶ De acuerdo a cifras de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América el número de personas con diabetes se estimó en 62.8 millones en 2011 y se espera que alcance los 91.1 millones en 2030. Además, estima que el costo asociado a este padecimiento en estos países oscila entre el 0.4 por ciento y el 2.3 por ciento del Producto Interno Bruto.

Gráfica I.10.

Crecimiento del gasto médico en las principales enfermedades crónico degenerativas 2013-2050
(millones de pesos de 2013)



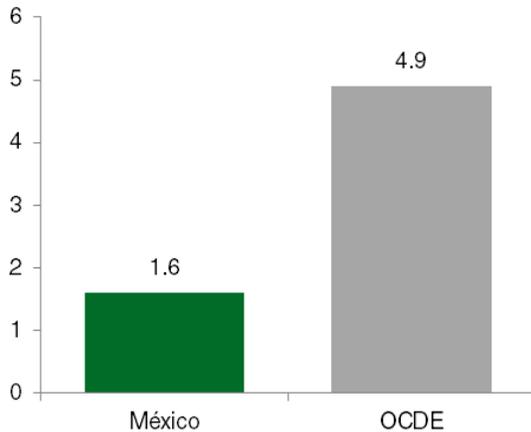
^{1/} Se refiere a diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/SIDA.

Fuente: DF, IMSS.

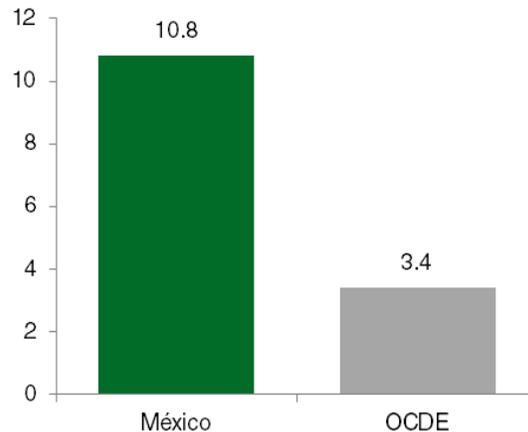
Factor Endógeno 1: Altos Costos Administrativos.

Como se ha mencionado anteriormente, además de los factores externos, existen también factores internos que afectan profundamente el óptimo funcionamiento del Instituto. El primero de ellos son los altos costos administrativos del Instituto. De acuerdo con datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), México tiene un menor número de camas censables (1.6 camas por cada mil usuarios) que el promedio registrado en los países miembros (4.9 camas por cada mil usuarios). Sin embargo, en México, el gasto administrativo como porcentaje del gasto total en salud es 3 veces mayor al promedio de la OCDE (gráficas I.11A y I.11B).

Gráfica I.11A.
Camas censables por cada
1,000 usuarios^{1/}
 (tasa, 2010)



Gráfica I.11B.
Gasto administrativo^{2/} respecto
al gasto total en salud
 (porcentaje)



^{1/} La OCDE obtiene la información del Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud. La tasa de camas censables para el sector público es de 0.90 por cada 1,000 usuarios. Al adicionarse las camas del sector privado, la proporción sube a 1.6. La tasa nacional se obtiene al sumar el total de las camas de ambos sectores, no las tasas.

^{2/} La OCDE considera al Gasto Administrativo: la planeación, administración, regulación, recaudación, manejo del sistema de quejas, actividades que son realizadas no sólo para la salud privada, sino también para otros paquetes de seguros no relacionados con la salud.

Fuente: OCDE, Health at Glance 2011.

Factor Endógeno 2: Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Rigideces del Contrato Colectivo de Trabajo de los Trabajadores del IMSS.

El segundo factor interno se relaciona con el pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón. De acuerdo con el Contrato Colectivo de Trabajo, el IMSS tiene celebrado con sus trabajadores un RJP que amplía el plan de pensiones determinado por la Ley del Seguro Social (LSS) en el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, así como en el de Riesgos de Trabajo (SRT).^{7,8}

Por esta razón, las jubilaciones y pensiones otorgadas conforme a dicho régimen para los trabajadores del IMSS que llegan a pensionarse o que fallecen tienen un componente que proviene de la LSS y es cubierto por el IMSS en su carácter de asegurador, y otro complementario de esa Ley que es cubierto por el IMSS en su carácter de patrón. La parte

⁷ El RJP es un plan para el retiro de la vida laboral a causa de una jubilación por años de servicio o una pensión por edad o una pensión por invalidez, incapacidad permanente o muerte por riesgo de trabajo o enfermedad general.

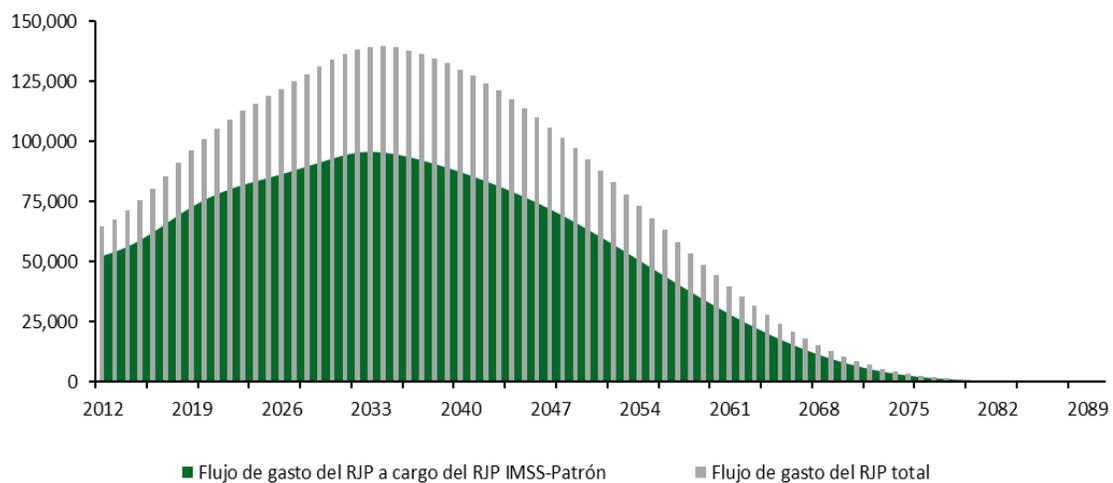
⁸ El Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte corresponde a la LSS de 1973, cuyos pasivos por pensiones están a cargo del Gobierno Federal, de acuerdo con el Artículo Duodécimo Transitorio de la LSS de 1997.

a cargo del IMSS como patrón se denomina pensión complementaria, misma que se define como la diferencia entre la pensión que otorga el RJP y la que corresponde a la LSS.

El RJP se financia a través de tres fuentes: i) los recursos del IMSS-Asegurador; ii) las aportaciones de los trabajadores activos, y iii) los recursos adicionales que el IMSS tiene que aportar de su presupuesto para complementar el RJP, es decir, la parte del IMSS-Patrón. Históricamente, los trabajadores del IMSS han financiado 8.1 por ciento del gasto total del RJP, el IMSS-Asegurador 20.8 por ciento, la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral) 8.5 por ciento, y el IMSS-Patrón 62.6 por ciento.

En la gráfica I.12 se muestra la proyección del flujo de gasto anual total del RJP en pesos de 2012. El área sombreada representa el flujo de gasto anual a cargo del IMSS-Patrón y las barras representan el flujo de gasto anual total del RJP.

Gráfica I.12.
Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones,
total y a cargo del IMSS-Patrón
 (millones de pesos de 2012)



Fuente: Valuación Actuarial del RJP, Lockton.

De la estimación futura del flujo de gasto anual del RJP complementario, se tiene que el máximo se pagará en el año 2034, alcanzando los 95,727 millones de pesos de 2012, mientras que el flujo de gasto a cargo de la seguridad social, representado por la diferencia entre el área sombreada y las barras, llegará en ese mismo año a 43,701 millones de pesos. En total, el gasto del RJP será de 139,428 millones de pesos.

El valor presente de obligaciones totales se determina a partir de la estimación de los flujos anuales de gasto en pesos de 2012. Dicho valor correspondiente al RJP total y prima de antigüedad e indemnizaciones es de 2.6 billones de pesos y el que está a cargo del IMSS-Patrón asciende a 1.9 billones de pesos.

El pasivo laboral total menos las obligaciones futuras adquiridas con los trabajadores activos equivale a lo que comúnmente se llama obligaciones por beneficios definidos, y que para el Instituto, al 31 de diciembre de 2012, equivale a 1,526 mil millones de pesos (9.8 por ciento del Producto Interno Bruto de ese mismo año).⁹ Como resultado de las modificaciones realizadas al Contrato Colectivo de Trabajo en 2005 y 2008, todos los trabajadores que han ingresado desde entonces no representan un pasivo laboral adicional para el Instituto. Por lo tanto, el pasivo total del RJP, que al 31 de diciembre de 2012 equivale a 1.9 billones de pesos de 2012 correspondiente a una población cerrada de 261,960 trabajadores activos y 231,795 jubilados, ya no se va a incrementar con el tiempo. Sin embargo, las obligaciones por beneficios definidos van a seguir aumentando en la medida que se vayan reconociendo los derechos pensionarios de los trabajadores activos conforme aumenta su edad y años de cotización.

Deterioro del Balance Operativo.

La combinación de factores externos e internos ha ocasionado desequilibrios importantes en los seguros y fuertes presiones financieras generales. Así, desde 2009, el Instituto presenta finanzas deficitarias. Actualmente, el déficit es de aproximadamente 18 mil millones de pesos anuales y, de mantenerse este escenario, se prevé que continúe creciendo en los próximos años.

Como una primera medida para hacer frente a esta situación, desde 2009, el H. Consejo Técnico del IMSS autorizó utilizar la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, para cubrir el déficit. Sin embargo, este fondo se agotó en 2013. Previendo esta situación, en 2011 la Ley de Ingresos de la Federación autorizó la transferencia de excedentes de los saldos de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) de los Seguros de Invalidez y Vida (SIV) y de Riesgos de Trabajo (SRT) a la reserva del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) por un monto de 61,222

⁹ Las obligaciones por beneficios definidos son las que se tienen adquiridas tanto con los pensionados en curso de pago, como con los trabajadores en activo por los servicios que estos han proporcionado desde su ingreso al IMSS hasta la fecha de valuación. Por ello se dice que son obligaciones por servicios pasados.

millones de pesos.¹⁰ Esta reserva se comenzó a utilizar a partir del 2013. Si los ingresos y gastos continúan con su tendencia inercial, se estima que esa reserva se agote en 2016.

Por lo tanto, considerando lo mencionado en este breve diagnóstico, resulta prioritario definir claramente las estrategias que pondrá en marcha el Instituto en los próximos años para hacer frente a los retos que se le presentarán en el futuro.

En las siguientes secciones se describen los objetivos del IMSS debidamente alineados a las Metas Nacionales establecidas en el PND 2013-2018 y se enumeran las estrategias y líneas acción que se desprenden de cada uno de los objetivos. Del mismo modo, se señalan los indicadores y metas con los cuales se dará seguimiento al cumplimiento de los objetivos planteados.

¹⁰ El saldo contable de esta reserva al 31 de diciembre de 2012 era de 67,352 millones de pesos.

Capítulo II. Alineación a las Metas Nacionales

Considerando lo señalado en el capítulo anterior, el PIIMSS 2014-2018 plantea cinco objetivos que estarán alineados al logro de los objetivos 2.3 *Asegurar el acceso a los servicios de salud* y 2.4 *Ampliar el acceso a la seguridad social*, ambos vinculados con la Meta Nacional del PND 2013-2018 de un México Incluyente. Además, se alinea directamente a algunos de los objetivos del PROSESA 2013-2018 y contribuye al logro de objetivos del Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018 y del Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018.

Alineación de los objetivos del PIIMSS al PND y a los Programas Sectoriales				
Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategia(s) del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivos Sectoriales	Objetivo del PIIMSS 2014-2018
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	PROSESA 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.	Contribuir a la universalización del acceso a la salud.
México Incluyente	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.3. Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.		Fortalecer los ingresos.

Alineación de los objetivos del PIIMSS al PND y a los Programas Sectoriales				
Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategia(s) del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivos Sectoriales	Objetivo del PIIMSS 2014-2018
México Incluyente	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.3. Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del Sistema de Seguridad Social en el mediano y largo plazos.		Incrementar la productividad.
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad. 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	PROSESA 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. PROSESA 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. PROSESA 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.	Mejorar el modelo de atención a la salud.

Alineación de los objetivos del PIIMSS al PND y a los Programas Sectoriales				
Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategia(s) del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivos Sectoriales	Objetivo del PIIMSS 2014-2018
México Incluyente	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.1. Proteger a la sociedad ante eventualidades que afecten el ejercicio pleno de sus derechos sociales. 2.4.2. Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población.		Mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales.

Vínculo del PIIMSS 2014-2018 con programas sectoriales derivados del PND 2013-2018

El PIIMSS 2014-2018 mediante sus estrategias y acciones contribuye al cumplimiento de varios objetivos planteados en diversos programas sectoriales derivados del PND 2013-2018, destacando los siguientes:

- a) *Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA 2013-2018)*: El IMSS como principal proveedor de servicios médicos del país tiene un papel fundamental en el cumplimiento de los objetivos sectoriales del sector salud. El IMSS, a través de este Programa Institucional, retoma estos objetivos para dirigirlos a su población derechohabiente y a afiliados al Programa IMSS-Oportunidades. En este sentido, el PIIMSS 2014-2018 establece como su primer objetivo contribuir a la universalización del acceso a la salud, el cual está directamente relacionado con el sexto objetivo del PROSESA 2013-2018 que establece el avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Por otra parte, el IMSS consciente de la importancia de que los servicios médicos que presta deben ser de calidad, establece como uno de sus objetivos mejorar el modelo de atención en salud, el cual establece líneas de acción concretas, descritas en la siguiente sección, que se alinean a tres de los objetivos planteados en el

PROSESA 2013-2018 (objetivos sectoriales 1, 2 y 3).¹¹ A su vez, con este mismo objetivo institucional, el IMSS contribuye al cuarto objetivo del programa sectorial ofreciendo cada vez mejores servicios de salud a los afiliados al Programa IMSS-Oportunidades.¹²

- b) *Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2013-2018 (PSTPS 2013-2018)*. Por el vínculo que existe entre la situación laboral de los trabajadores y el acceso a la seguridad social, el IMSS incentiva a los trabajadores a buscar un empleo formal a través de ofrecerles servicios de salud y seguridad social cada vez de mejor calidad (objetivos 4 y 5 del PIIMSS 2014-2018). Esto está estrechamente relacionado con el primer objetivo del PSTPS 2013-2018 que busca impulsar el empleo de calidad e intermediar en el mercado laboral para favorecer la empleabilidad, la protección social y la ocupación productiva.

Por otra parte, las labores que realiza el IMSS en materia de promoción de la salud y de prevención de riesgos de trabajo, así como de las acciones para reincorporar de forma oportuna a los trabajadores que sufrieron alguna incapacidad laboral, contribuyen a impulsar la productividad de los trabajadores, la cual es un elemento importante en la democratización de la productividad planteada en el segundo objetivo del PSTPS 2013-2018.

Finalmente, el IMSS contribuye al salvaguardar los derechos de los trabajadores (objetivo 3 del PSTPS 2013-2018), mediante la atención de denuncias y auditorías para garantizar que los trabajadores estén registrados correctamente ante el Instituto.¹³

- c) *Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018 (PSDS 2013-2018)*. Una de las preocupaciones descritas en el PSDS 2013-2018 es la falta de acceso a la seguridad social de los sectores de la población más desprotegidos. En este sentido, el PSDS 2013-2018 plantea como uno de sus objetivos el dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza. El IMSS contribuye al logro de este objetivo mediante la

¹¹ Los objetivos sectoriales 1, 2 y 3 del PROSESA 2013-2018 son: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; y 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.

¹² El objetivo 4 del PROSESA 2013-2018 es Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

¹³ El objetivo 3 del PSTPS 2013-2018 es salvaguardar los derechos de los trabajadores y personas en situación de vulnerabilidad y vigilar el cumplimiento de la normatividad laboral.

administración del programa de salud del Gobierno Federal, denominado IMSS-Oportunidades, al cual están afiliados alrededor de 12 millones de personas sin seguridad social localizados principalmente en zonas rurales y urbano-marginadas del país.

Capítulo III. Objetivos, estrategias y líneas de acción

En el presente capítulo se describen los cinco objetivos del PIIMSS 2014-2018, así como las estrategias y líneas de acción que se seguirán en los próximos años para el logro de cada uno de estos objetivos.

Objetivo 1. Contribuir a la universalización del acceso a la salud.

El PND 2013-2018 establece como uno de sus objetivos “asegurar el acceso a los servicios de salud”, por lo que el IMSS, como principal proveedor de servicios de salud en el país, contribuirá activamente para alcanzar el logro de este objetivo. Para ello, se encaminarán acciones congruentes con el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) para reforzar la colaboración entre las instituciones de salud con estrategias como la coordinación e intercambio de servicios que agilicen la prestación, establezcan sinergias y permitan hacer un uso más eficiente de la capacidad instalada. Asimismo, se busca evitar duplicidades en la cobertura, a la vez que se avanza hacia una homologación de los servicios, intervenciones y protocolos de atención médica con un enfoque de contención de costos y trato digno al usuario y su familia.

Por otra parte, el Instituto continuará encabezando la compra consolidada de medicamentos, material de curación, material de laboratorio, material radiológico y vacunas en el Sector Salud, promoviendo la incorporación de un mayor número de dependencias y entidades del sector público y la obtención de beneficios económicos para las instituciones participantes. De esta manera se garantizará la disponibilidad de medicamentos y otros insumos necesarios para brindar servicios de salud de alta calidad, eficaces y seguros.

Estrategia 1.1 Mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud.

Líneas de Acción:

- Consolidar el intercambio de servicios a través de la suscripción de los convenios específicos en esta materia a nivel nacional.
- Colaborar con las instituciones del sector para incrementar la cartera de servicios de salud susceptibles para el intercambio.
- Incrementar el número de consultorios de Medicina Familiar para aumentar el acceso efectivo a la atención médica de primer nivel.
- Incrementar el número de camas censables construyendo hospitales en las zonas con mayor rezago.

Estrategia 1.2 Ampliar los servicios ofertados a los afiliados al Programa IMSS-Oportunidades para garantizar la portabilidad y la convergencia del derecho a la salud.

Líneas de Acción:

- Suscribir Convenios con el Seguro Popular por parte del Programa IMSS-Oportunidades como prestador de servicios.
- Ampliar gradualmente el paquete de servicios que el Programa IMSS-Oportunidades oferta a las familias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
- Promover la afiliación de las personas beneficiarias del Programa IMSS-Oportunidades al Seguro Popular.

Estrategia 1.3 Privilegiar la contratación consolidada de bienes terapéuticos, a fin de garantizar mejores precios de insumos para la operación del Instituto.

Líneas de Acción:

- Implementar mecanismos para determinar los bienes o servicios a adquirir mediante consolidación, considerando sus características, uso y recurrencia.
- Promover la contratación consolidada con las dependencias y entidades del Sector Salud.

Estrategia 1.4 Asegurar a todos los mexicanos el acceso efectivo a un paquete definido de servicios médicos de calidad a la persona.¹⁴

Líneas de Acción:

- Participar en el diseño del Sistema Nacional de Salud Universal (SINASU).
- Crear un Catálogo de Intervenciones para Mejorar el Acceso a la Salud (CIMAS) predefinido y acotado de servicios de salud.
- Establecer garantías explícitas de tiempos de atención y de calidad en el servicio de ciertos padecimientos incluidos en el CIMAS.
- Contar con un modelo de atención homogéneo que propicie la unificación y la integración funcional y efectiva de las instituciones del sector.

Objetivo 2. Fortalecer los ingresos.

Conforme a lo señalado en el diagnóstico y en línea con la estrategia 2.4.3 del PND 2013-2018, un tema prioritario es continuar generando los ingresos necesarios para financiar la prestación de los servicios que brinda el Instituto a más de la mitad de la población del país y aumentar los niveles de cobertura de la seguridad social. Para ello, se implementaran

¹⁴ El paquete de servicios médicos debe ser definido y acotado por cuestiones financieras, primordialmente.

estrategias y líneas de acción orientadas al incremento de los ingresos sin aumentar las tasas de contribución, por medio de la mejora de la gestión de las áreas de incorporación y recaudación, la implementación de un nuevo modelo de fiscalización integral y la creación de áreas funcionales que permitan especializar la atención y gestión en materia fiscal.

Estrategia 2.1 Mejorar la gestión de las áreas de incorporación y recaudación.

Líneas de Acción:

- Instrumentar la iniciativa IMSS Digital.
- Simplificar y reducir los trámites en materia de incorporación y recaudación.
- Eficientar las actividades de soporte y control de la gestión de las áreas de incorporación y recaudación.

Estrategia 2.2 Implementar un nuevo modelo de fiscalización integral.

Líneas de Acción:

- Implementar nuevas áreas funcionales que permitan especializar la atención y gestión en materia fiscal
- Consolidar un nuevo modelo para la programación y selección de casos de fiscalización.
- Mejorar la coordinación con el Servicio de Administración Tributaria y con otras autoridades fiscales.
- Incrementar la eficiencia y eficacia de la función de auditoría.

Estrategia 2.3 Reducir el pasivo contingente derivado de procedimientos judiciales.

Líneas de Acción:

- Establecer criterios y esquemas que fortalezcan los actos jurídicos, para prevenir nuevos juicios, sobre todo de aquéllos que puedan generar pasivos contingentes.
- Mejorar la defensa de los intereses institucionales, atendiendo con especial relevancia los asuntos que impliquen un mayor pasivo contingente.
- Establecer criterios internos para la elaboración de demandas, contestaciones y demás actos que se promueven a nivel nacional.
- Promover ante el Poder Judicial de la Federación, la generación de criterios jurisprudenciales que favorezcan los intereses institucionales.
- Evitar que se incremente el pasivo contingente en los juicios en trámite, impulsando su estado procesal para su conclusión.
- Conjuntar esfuerzos con los órganos jurisdiccionales para abatir el mayor número de juicios laborales en trámite.

Estrategia 2.4 Mejorar la recuperación de cartera por juicios fiscales ganados.

Líneas de Acción:

- Establecer criterios y esquemas que fortalezcan los actos jurídicos, para prevenir su impugnación por los sujetos obligados al pago de cuotas obrero-patronales.
- Establecer mejores criterios internos para la elaboración de demandas, contestaciones y demás actos que deban promoverse en juicio.
- Promover ante el Poder Judicial de la Federación, la generación de criterios jurisprudenciales que favorezcan los intereses institucionales.
- Fortalecer la detección, investigación e integración de los actos fraudulentos que afecten al Instituto, para el ejercicio de la acción penal.
- Monitorear el estado que guardan averiguaciones iniciadas con motivo de las denuncias y/o querellas formuladas por el Instituto.
- Fortalecer la coadyuvancia con el Ministerio Público durante los procedimientos iniciados.

Objetivo 3. Incrementar la productividad.

La política institucional se orientará a contribuir a la universalización del acceso a la salud y a la ampliación del acceso a la seguridad social sin demérito de la mejora continua de los servicios de salud y seguridad social. Para lograrlo, el IMSS enfocará sus esfuerzos en fortalecer los ingresos e incrementar la productividad y la eficiencia de los recursos.

Como complemento a las medidas destinadas a incrementar los ingresos, es indispensable que éstas vayan acompañadas de un programa que fortalezca la productividad mediante la contención ordenada en el crecimiento del gasto, el fortalecimiento de los recursos humanos y de la infraestructura institucional, la racionalización de las estructuras orgánicas y ocupacionales y la mejora de los procesos. En este sentido, el Instituto implementará acciones orientadas al uso eficiente y transparente de los recursos. Aunado a esto, se pondrá particular énfasis en los procesos de compras y abasto de insumos y medicamentos, la profesionalización del recurso humano, las mejoras de infraestructura y tecnología y el establecimiento de mecanismos que permitan mejorar el control del gasto.

Las áreas administrativas y operativas del Instituto ejercerán un papel fundamental en el fortalecimiento de la capacidad administrativa y el desempeño institucional, y deberán contribuir al desarrollo de las actividades sustantivas del Instituto con altos estándares de calidad, dentro de un marco de transparencia y de eficiencia en el gasto.

Estrategia 3.1 Racionalizar y optimizar el gasto administrativo y de operación para contener su crecimiento y fortalecer los programas prioritarios.

Líneas de Acción:

- Implementar medidas de austeridad, racionalidad y contención del gasto administrativo y de operación.
- Mejorar los esquemas de adquisición de bienes y de contratación de servicios y obra pública.
- Fortalecer la cadena de suministro de bienes terapéuticos y la prestación de servicios integrales.
- Optimizar la utilización de los espacios e inmuebles institucionales.

Estrategia 3.2 Modernizar y hacer más eficientes las estructuras orgánicas-ocupacionales y los procesos institucionales.

Líneas de Acción:

- Optimizar las estructuras orgánicas del Instituto.
- Simplificar los procesos, trámites y servicios del IMSS.
- Implementar políticas y estándares para la mejora del clima laboral y satisfacción de usuarios.
- Identificar e implementar a nivel general las mejores prácticas de las unidades operativas del Instituto.

Estrategia 3.3 Elevar el desempeño institucional con base en la experiencia y capacidad del capital humano del Instituto.

Líneas de Acción:

- Implementar un programa de reconocimiento del talento institucional.
- Implantar un sistema de evaluación del desempeño del personal institucional.
- Ejecutar planes y programas de capacitación y desarrollo de personal.
- Establecer mecanismos para prevenir el ausentismo no programado.
- Fortalecer la comunicación interna vertical y horizontal en el Instituto.

Estrategia 3.4 Fortalecer la infraestructura institucional para mejorar la prestación de los servicios.

Líneas de Acción:

- Desarrollar y optimizar el uso de la infraestructura física institucional en línea con la implementación del Sistema Nacional de Salud Universal.
- Modernizar y mejorar la imagen de los inmuebles institucionales con el uso de nuevas tecnologías.
- Reforzar los programas de seguridad y protección civil internos.

Estrategia 3.5 Fortalecer los mecanismos de evaluación y seguimiento de resultados para mejorar los procesos y servicios.

Líneas de Acción:

- Retroalimentar los resultados de las evaluaciones para identificar y aprovechar áreas de oportunidad.
- Promover el uso de las tecnologías de la información y comunicación para mejorar los esquemas de evaluación y de difusión de resultados.

Estrategia 3.6 Optimizar la utilización de los recursos para la atención médica.

Líneas de Acción:

- Controlar y evaluar la prescripción adecuada y eficiente de medicamentos, incapacidades y auxiliares de diagnóstico.
- Aplicar los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) para mejorar la gestión médica, económica y financiera de los hospitales.
- Consolidar los Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria (GRAA) para mejorar la gestión médica, económica y financiera de los servicios ambulatorios.
- Controlar la prescripción mediante la evaluación colegiada de padecimientos específicos.
- Fortalecer de la sustitución terapéutica de medicamentos privilegiando el uso de los de menor costo con seguridad y eficacia comparables.
- Evaluar la calidad de los recursos y gestión de insumos necesarios para la prestación de los servicios médicos.
- Fortalecer programas de salud preventiva y de donación de órganos que tengan un impacto positivo en la contención del gasto.

Estrategia 3.7 Desarrollar mecanismos innovadores de presupuestación.

Líneas de Acción:

- Diseñar nuevos mecanismos de asignación presupuestal que privilegien la productividad en la prestación de servicios.
- Establecer mecanismos para el seguimiento y control del gasto.
- Transitar gradualmente de una presupuestación inercial hacia una asignación presupuestal con base en resultados.

Objetivo 4. Mejorar el modelo de atención a la salud.

Como se mencionó en el diagnóstico, la creciente demanda de servicios como consecuencia de la transición demográfica y epidemiológica implica un gran reto para el IMSS. En este sentido, alineado con el objetivo 2.3 del PND 2013-2018 y con los objetivos del PROSESA, se implementarán estrategias y acciones orientadas a modernizar el modelo de atención médica en el Instituto, para hacer más eficientes los procesos, reforzar la atención primaria, proteger la seguridad de los pacientes y mejorar la atención con calidad y eficiencia.

Estrategia 4.1 Reorganizar los servicios para la provisión de la atención integral a la salud que incluya la prevención, curación y rehabilitación.

Líneas de Acción:

- Reconvertir el Modelo de Medicina Familiar con base a la atención integral de la salud en el primer nivel.
- Incorporar nuevas modalidades de atención para satisfacer la demanda de consulta en medicina familiar.
- Ampliar la cobertura de los Programas Preventivos, PREVENIMSS.
- Ampliar el número de enfermedades sujetas a detección temprana en todos los grupos de edad.
- Atender de manera integral y coordinada la salud de la población derechohabiente
- Fortalecer las estrategias de educación participativa para el autocuidado de la salud.
- Mejorar la atención integral a pacientes con enfermedades crónico – degenerativas.
- Fortalecer la atención de los servicios de urgencias.
- Otorgar atención médica en el domicilio del paciente.

Estrategia 4.2 Otorgar servicios de salud seguros y de calidad.

Líneas de Acción:

- Reorganizar el programa de prevención y control de infecciones nosocomiales.
- Fortalecimiento y control en las acciones para disminuir la mortalidad materna y perinatal.
- Extender la red institucional de donación y trasplante de órganos, tejidos y células.
- Favorecer el apego a las Guías de Práctica Clínica.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de padecimientos transmisibles y no transmisibles.
- Incrementar la prevención, preparación, mitigación y respuesta frente a emergencias y desastres.
- Aumentar las unidades médicas certificadas por el Consejo de Salubridad General.

Estrategia 4.3 Incrementar la formación de recursos humanos de acuerdo a las proyecciones demográficas y epidemiológicas mediante su formación y actualización.

Líneas de Acción:

- Fortalecer el desarrollo profesional del personal de salud.
- Diversificar la oferta educativa dirigida a todo el personal involucrado en el cuidado a la salud.
- Facilitar y ampliar los procesos de educación en salud mediante el uso de tecnologías de Información y comunicación.

Estrategia 4.4 Consolidar la investigación científica.

Líneas de Acción:

- Desarrollar los Recursos Humanos para la investigación en salud.
- Fortalecer la infraestructura y equipamiento de la investigación para la salud.
- Incrementar la proporción de investigadores que pertenecen al Sistema Nacional de Investigadores.
- Aumentar la producción científica.

Estrategia 4.5 Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad a la población beneficiaria del Programa IMSS-Oportunidades.

Líneas de Acción:

- Fortalecer la Red Comunitaria del Programa IMSS-Oportunidades.
- Proseguir la acreditación de unidades médicas, aplicar las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente y constituir Avales Ciudadanos.
- Aumentar la capacidad resolutive y centralidad de la atención primaria, mediante unidades médicas móviles, consultas de enfermería y atención domiciliaria.
- Desplegar los contenidos de la Cruzada Contra el Hambre en su componente de salud en los municipios donde está presente el Programa.
- Realizar acciones de concertación con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas para promover el enfoque intercultural.
- Poner en marcha del proyecto “La salud de la Gente Grande” destinado al adulto mayor.

Estrategia 4.6 Impulsar la mejora de los servicios de salud con base en la información que proporcionan los derechohabientes.

Líneas de Acción:

- Atender con calidad y oportunidad las peticiones y quejas que presentan los derechohabientes respecto de los servicios de salud.
- Fortalecer los mecanismos de captación de peticiones de los derechohabientes en materia de orientación, información y quejas.
- Identificar áreas de oportunidad en la prestación de los servicios de salud a partir del análisis estadístico de las peticiones y las quejas.
- Promover mejoras en los servicios de salud conforme a la recurrencia de peticiones y quejas que formulan los derechohabientes.
- Capacitar al personal de atención y orientación al derechohabiente, sobre los trámites y servicios institucionales, con énfasis en el trato digno.

Estrategia 4.7 Fortalecer la práctica del ejercicio físico en beneficio de optimizar los recursos en clínicas y hospitales.

Líneas de Acción:

- Incrementar en el número de población que practique actividades de cultura física y deporte y demande menor atención médica.
- Aplicar a la población usuaria mediciones antropométricas y de desempeño físico.

Objetivo 5. Mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales.

Finalmente, el línea con el objetivo 2.4 del PND 2013-2018 y con el compromiso de alcanzar la excelencia en todos los servicios que presta el Instituto, este Programa plantea como uno de sus objetivos mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales. En este sentido, se implementarán acciones que permitan mejorar los procesos y trámites relacionados con estas prestaciones, así como el fortalecimiento de la calidad de los servicios.

Estrategia 5.1 Impulsar la mejora de los trámites y los servicios de prestaciones económicas y sociales que otorga el Instituto.

Líneas de Acción:

- Atender con calidad y oportunidad las peticiones y quejas que presenten los derechohabientes respecto de las prestaciones económicas y sociales.
- Fortalecer los mecanismos de captación de peticiones de los derechohabientes en materia de orientación, información y quejas.
- Identificar áreas de oportunidad en los trámites y servicios a partir de las peticiones y quejas sobre prestaciones económicas y sociales.
- Mejorar los servicios conforme a la recurrencia de peticiones y quejas que formulan los derechohabientes y usuarios.
- Capacitar al personal de atención y orientación al derechohabiente, sobre los trámites y servicios institucionales, así como en el trato digno.

Estrategia 5.2 Simplificar los trámites en materia de prestaciones económicas.

Líneas de Acción:

- Realizar un análisis integral de los trámites institucionales en materia de prestaciones económicas, para simplificar su número, requisitos documentales y lenguaje.
- Transitar a Servicios Digitales para el trámite y control de las prestaciones económicas.
- Facilitar las solicitudes de pensiones y ayudas para gastos de matrimonio y funeral, mediante el uso de internet.
- Revisar la normatividad, para identificar la necesidad de su actualización derivado de los cambios de Ley, reglamentos y otras disposiciones legales.

Estrategia 5.3 Incorporar a un mayor número de hijos(as) de asegurados(as) con derecho al servicio de guardería para favorecer el bienestar del núcleo familiar.

Líneas de Acción:

- Ampliar la cobertura del servicio de guardería para atender la demanda y necesidades del mercado laboral.
- Desarrollar mecanismos eficientes para otorgar el servicio a través de terceros por medio de procesos de adjudicación competitivos y transparentes.
- Simplificar la normatividad del servicio de guardería sustentada en investigaciones sobre el desarrollo infantil para facilitar su cumplimiento.
- Asegurar la observancia de la normatividad mediante la supervisión y evaluación homogénea y confiable, considerando la participación de los usuarios.
- Desarrollar las competencias y habilidades del personal por medio de un modelo de capacitación y evaluación del desempeño.
- Situar en un elevado estándar de calidad a todas las unidades operativas que prestan el servicio de guarderías.
- Agilizar los trámites y procesos relacionados con el otorgamiento del servicio de guardería mediante el uso de TIC.

Estrategia 5.4 Fortalecer los servicios de capacitación y adiestramiento técnico para elevar el nivel de calidad de vida de la población.

Líneas de Acción:

- Realizar un diagnóstico de las necesidades de capacitación y adiestramiento de la población y planta productiva.
- Alineación del catálogo de servicios de capacitación y adiestramiento técnico con las necesidades detectadas.
- Brindar accesibilidad de los servicios mediante el aprovechamiento de la infraestructura y las tecnologías de la información a la población.
- Optimizar los canales de comunicación y promoción de los servicios de capacitación y adiestramiento técnico.
- Lograr la validación oficial de los cursos de capacitación y adiestramiento técnico ofertados.
- Realizar una atención integral e inclusión productiva de las personas con discapacidad mediante el Modelo de Atención Social.

Estrategia 5.5 Promover el desarrollo cultural entre los derechohabientes del Instituto.

Líneas de Acción:

- Fortalecer los programas y servicios culturales con enfoque en la salud integral de las personas.
- Fomentar exposiciones colectivas o individuales que estén de manera itinerante en espacios abiertos de Hospitales, Delegaciones, etc.
- Fomentar la danza como actividad física, previene la obesidad y eleva la frecuencia cardiaca.
- Proponer estrategias para la expansión de nuevas propuestas, el Ciclo de Cine, Ciclo de Danza, etc.
- Difundir el valor y la importancia del patrimonio artístico del Instituto.
- Desarrollar nuevos cursos de acuerdo al interés de los grupos etarios.

Estrategia 5.6 Fortalecer la gestión administrativa de los servicios de Centros Vacacionales y Velatorios, para mejorar la calidad de la atención en los usuarios.

Líneas de Acción:

- Implementar modelos de certificación corporativa ISO 9001-2008 en los Velatorios IMSS.
- Instrumentar el Sistema de Gestión de Calidad en los Centros Vacacionales.

Estrategia 5.7 Implementar una emisión eficiente y oportuna de los Dictámenes de riesgos de trabajo e invalidez.

Líneas de Acción:

- Disminuir el subregistro en la dictaminación y calificación de los accidentes de trabajo.
- Fortalecer las acciones para la reincorporación laboral oportuna de los trabajadores incapacitados.
- Mejorar la atención médica prioritaria al asegurado con incapacidad temporal para el trabajo.

III.1 Estrategias Transversales

El PND 2013-2018 instruye a las dependencias de la Administración a alinear todos los Programas Sectoriales, Institucionales, Regionales y Especiales en torno a conceptos tales como Democratizar la Productividad, un Gobierno Cercano y Moderno, así como Perspectiva de Género.

En este sentido se publicaron tres Programas Especiales Transversales: i) el Programa para Democratizar la Productividad; ii) el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno; y iii) el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD). Estos programas establecen el conjunto de objetivos, estrategias y acciones de gobierno que se implementarán en todas las dependencias y entidades.

A continuación se describe brevemente cómo se implementarán en el IMSS las líneas de acción específicas y de carácter general de cada uno de los Programas Especiales Transversales. Así como su vínculo con los objetivos señalados en el capítulo anterior.

III.1.1 Líneas de acción específicas del Programa para Democratizar la Productividad

Objetivo	Estrategia	Líneas de Acción
1. Promover el uso y asignación eficiente de los factores de producción de la economía.	1.1 Fortalecer el buen funcionamiento de los mercados laborales para impulsar la creación de empleos formales bien remunerados.	1.1.4 Promover la cobertura universal de la seguridad social, estimulando la creación de empleos formales y la flexibilidad laboral.
		1.1.5 Establecer un seguro de desempleo que proteja los derechos de los trabajadores y estimule la creación de empleos formales y la flexibilidad laboral.
		1.1.6 Fortalecer los programas de inspección y fiscalización para promover el cumplimiento de las obligaciones en materia de afiliación a la seguridad social.
2. Elevar la productividad de los trabajadores, de las empresas y de los productores del país.	2.1 Incrementar las inversiones en el capital humano de la población.	2.1.2 Fortalecer los servicios de salud para reducir el impacto de las enfermedades en la productividad y la asistencia laboral.

Tener un empleo formal implica contar con acceso a la seguridad social. A su vez, el acceso a los beneficios de la seguridad social contribuye de manera importante a la construcción de un México próspero, ya que permite a las personas tener mayor certidumbre en la planeación de su vida laboral. Así, las personas pueden enfocar sus esfuerzos hacia su desarrollo personal y profesional, y esto se refleja en una mayor productividad, lo cual beneficia al trabajador y a las empresas del país. La evidencia internacional y la literatura económica señalan que los empleos formales están asociados a una mayor productividad y a la generación de mejores condiciones para el desarrollo y el crecimiento económico.

Por lo anterior, es importante continuar fortaleciendo la creación de empleos formales y ampliar la cobertura de la seguridad social. Para ello, el IMSS impulsará las siguientes acciones tendientes a promover el empleo formal, garantizar el respeto a los derechos de los trabajadores, y mejorar sus condiciones de salud:

- Lograr mayores niveles de cobertura de la seguridad social, mediante la incorporación al Seguro Social de un mayor número de trabajadores, principalmente de aquéllos ubicados en el sector informal.
- Fortalecer los programas de fiscalización, para restituir los derechos de los trabajadores e incentivar el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social.
- Simplificar y reducir los trámites en materia de incorporación y recaudación, para disminuir los costos en que incurren las empresas al realizar trámites y servicios en el IMSS, y liberar recursos para destinarlos a actividades productivas y a la creación de mayores niveles de empleo.
- Fortalecer el proceso de educación y capacitación en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, tanto para los empleadores como para los trabajadores, a fin de incidir en una cultura de prevención a todos los niveles.

III.1.2 Líneas de acción específicas del Programa para un Gobierno Cercano y Moderno

Objetivo	Estrategia	Líneas de Acción
5. Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento.	5.2 Contribuir a la convergencia de los sistemas y a la portabilidad de coberturas en los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud mediante la utilización del TIC.	5.2.1 Impulsar la convergencia de los sistemas y la portabilidad de coberturas en los servicios de salud mediante la utilización de tecnologías de información y comunicación.
		5.2.2 Establecer la personalidad única en salud a través de un padrón general de salud, incluyendo, entre otra, información de beneficiarios y profesionales.
		5.2.3 Fomentar la adopción y uso de Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud en el Sistema Nacional de Salud.
		5.2.4 Implementar el Certificado Electrónico de Nacimiento, la Cartilla Electrónica de Vacunación y el Expediente Clínico Electrónico, e integrar información biométrica de pacientes.
		5.2.5 Impulsar el intercambio de la información clínica, homologada y apegada a estándares, de manera interinstitucional e intersectorial mediante TIC.
		5.2.7 Instrumentar mecanismos innovadores de salud a distancia en múltiples plataformas, Telesalud y Telemedicina.
		5.2.8 Fortalecer los mecanismos de difusión de información en salud alineados a la estrategia de datos abiertos.

Nota: TIC es el acrónimo de Tecnologías de la Información y Comunicación.

En el marco de la estrategia destinada a asegurar la convergencia de los sistemas de salud, en el lapso 2013 a 2018 el IMSS continuará reforzando las acciones destinadas a promover la actualización de las bases de datos institucionales, así como la adopción de tecnologías de comunicación e información, principalmente a través de las siguientes estrategias:

- Integrar la base de datos única del sistema de información de incorporación y recaudación para identificar correctamente a los derechohabientes del IMSS y consolidar un padrón general de salud.
- Integrar los sistemas institucionales de información con principios de interoperabilidad entre los 3 niveles de atención médica, generando un expediente clínico electrónico (ECE) único centrado en el paciente.

- Implementar funcionalidad en el ECE para ofrecer el Certificado de Nacimiento en línea y el manejo de biométricos.
- Fortalecer la actual funcionalidad de la Cartilla Nacional de Salud en el ECE en apego a disposiciones actuales en materia de salud.
- Implementar la certificación de supervivencia en los módulos PREVENIMSS.
- Desarrollar proyectos informáticos que permitan incrementar la funcionalidad y cobertura de los sistemas para el intercambio de información médica, financiera y estadística, dentro y fuera del Instituto.
- Impulsar la modernización de las herramientas de educación a distancia para la formación y capacitación del personal de salud.
- Desarrollar a través del sitio web “Acercando el IMSS al Ciudadano” aplicaciones con servicios para los derechohabientes, pensionados, público en general, patrones, profesionales de la salud y proveedores.

III.1.3 Líneas de acción específicas del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD)

Objetivo	Estrategia	Líneas de Acción
2. Prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra mujeres y niñas, y garantizarles acceso a una justicia efectiva.	2.1 Incrementar, promover y fortalecer la prevención integral y eficaz de la violencia contra mujeres y niñas.	2.1.1 Fortalecer las acciones para la detección de la violencia contra las mujeres y las niñas en el sistema de salud.*
		2.1.2 Impulsar el cumplimiento de la Norma de Salud 046SSA2-2005.*
3. Promover el acceso de las mujeres al trabajo remunerado, empleo decente y recursos productivos, en un marco de igualdad.	3.2 Promover el acceso de las mujeres al empleo decente.	3.2.3 Garantizar la portabilidad de derechos a la seguridad social de las mujeres entre los diversos subsistemas.
	3.6 Reconocer los derechos laborales de las personas que realizan trabajo doméstico remunerado.	3.6.2 Diseñar esquemas de acceso a los servicios de salud para las trabajadoras domésticas remuneradas.*

Objetivo	Estrategia	Líneas de Acción	
4. Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar.	4.1 Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con jefatura femenina para mejorar sus condiciones de salud, vivienda e ingresos.	4.1.6 Garantizar a las mujeres en edad fértil los servicios de prevención y atención en salud sexual y reproductiva.*	
	4.2 Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida.		4.2.1 Fortalecer y mejorar la infraestructura de los servicios de salud para las mujeres en todos sus ciclos de vida.*
		4.2.2 Fomentar la formación en género e intersectorialidad del personal que brindan los servicios de salud.*	
		4.2.3 Difundir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el derecho al consentimiento previo e informado, incluyendo a población indígena.*	
		4.2.4 Impulsar esquemas integrales de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de VIH para adolescentes, jóvenes y mujeres adultas.*	
		4.2.5 Instrumentar acciones para facilitar el acceso de las adolescentes a la anticoncepción de emergencia en todo el sistema de salud.*	
		4.2.6 Realizar campañas para prevenir embarazos no deseados y ETS especialmente dirigidas a población femenina adolescente y joven.*	
		4.2.7 Fortalecer programas de detección oportuna de diabetes, cáncer de mama, cérvico-uterino, hipertensión y obesidad.*	
		4.2.8 Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.*	
		4.2.9 Impulsar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar en todo el sector salud a nivel nacional.*	
4.2.10 Fortalecer la prevención y atención de las adicciones con perspectiva de género.*			

*Nota: Líneas acción específicas para el Sistema Nacional de Salud.

El IMSS como una institución con amplia vocación social es particularmente sensible a temas relacionados con la igualdad de género, no discriminación e igualdad de oportunidades para todos los mexicanos. En este sentido, el Instituto reitera en este documento su compromiso para colaborar con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), la Secretaría de Salud y demás dependencias para alcanzar una verdadera igualdad para todos.

Además, el IMSS trabajará para alinear su marco jurídico a los principios constitucionales de igualdad y no discriminación, e instrumentará acciones de capacitación del personal médico y administrativo en materia de protección de derechos humanos y no discriminación. En particular, se implementará un Modelo de Prevención y Atención a la Violencia enfocado a la sensibilización y capacitación en perspectiva de género y derechos humanos al personal de salud.

III.1.4 Líneas de acción de carácter general correspondientes a los Programas Especiales Transversales

Las líneas transversales de carácter general correspondientes a los Programas Especiales Transversales son de observancia obligatoria para todas las dependencias y entidades. Por ello, el Instituto ha incorporado en este documento líneas de acción consistentes con los objetivos transversales, que a su vez contribuyen al logro de los objetivos institucionales.

De forma específica, las líneas transversales correspondientes al Programa para un Gobierno Cercano y Moderno, se establecerán mediante bases de colaboración suscritas entre el IMSS, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de la Función Pública. Además, se realizarán acciones estratégicas para optimizar las estructuras orgánicas del Instituto; simplificar los procesos, trámites y servicios del IMSS; establecer políticas y estándares para la mejora del clima laboral y la satisfacción de usuarios, e implementar a nivel general las mejores prácticas de las unidades operativas del Instituto.

Asimismo, el Instituto está construyendo mecanismos de difusión y capacitación en materia de transparencia y protección de datos personales; para lo cual, el pasado 12 de septiembre de 2013, suscribió un convenio de colaboración con el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI), con el fin de mantener permanentemente capacitado e informado a todo el personal que interviene en las acciones de transparencia institucional, y difundir la importancia del acceso a la información para la rendición de cuentas por parte del IMSS. Además, el Instituto implementará acciones de transparencia

proactiva, basadas en los servicios que presta, e impulsará el acceso a la información digital, a partir de la recurrencia de las temáticas que sean materia de las solicitudes de información que recibe.

Capítulo IV. Indicadores

Ficha del Indicador	
Elemento	Características
Indicador:	Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud.
Objetivo institucional:	1. Contribuir a la universalización del acceso a la salud.
Descripción general:	<p>El Indicador forma parte del conjunto de indicadores que utiliza el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 para medir los resultados de su objetivo 6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.</p> <p>El indicador mide la proporción de población que no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que le presta, incluyendo del Seguro Popular, las instrucciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, PEMEX, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados.</p> <p>El IMSS, como principal proveedor de servicios de salud en el país, juega un papel fundamental para el logro de la meta sectorial de disminuir la población sin acceso a servicios de salud.</p>
Observaciones:	Resulta de la división del número de personas en situación de carencia por acceso a los servicios de salud entre el total de la población, multiplicado por 100.
Periodicidad:	Bienal
Fuente:	Numerador y denominador: Módulo de Condiciones Socioeconómicas asociado a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Programas_y_BD_2010_y_2012.aspx
Referencias adicionales:	<p>Rectoría: Secretaría de Salud</p> <p>Estimación: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.</p> <p>Monitoreo: Dirección General de Evaluación del Desempeño</p>
Línea base 2013	Meta 2018
2012: 21.5% (Última información oficial disponible)	6.0%

Ficha del Indicador	
Elemento	Características
Indicador:	Crecimiento de la Población Adscrita a Unidad de Medicina Familiar.
Objetivo institucional:	1. Contribuir a la universalización del acceso a la salud.
Descripción general:	El indicador está alineado al objetivo 6 del Programa Sectorial de Salud que se refiere a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Este indicador permite aproximar el nivel de cobertura en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. En la medida de que la tasa de crecimiento de la Población Adscrita a Unidad de Medicina Familiar sea mayor que el crecimiento de la población del país el Instituto estaría incrementando su cobertura relativa.
Observaciones:	$\frac{\text{(Población Adscrita a Unidad de Medicina Familiar en el periodo t)}}{\text{(Población Adscrita a Unidad de Medicina Familiar en el periodo t-1)}} \times 100$
Periodicidad:	Anual (calculado en Junio)
Fuente:	Instituto Mexicano del Seguro Social
Referencias adicionales:	Dirección de Incorporación y Recaudación
	Línea base 2013
	Meta 2018
	4.0%
	4.5%

Ficha del Indicador	
Elemento	Características
Indicador:	Variación porcentual anual de la recaudación de ingresos obrero patronales en términos reales.
Objetivo institucional:	2. Fortalecer los ingresos
Descripción general:	Medir el impacto en la recaudación en términos reales (%) de las estrategias en materia de incorporación y recaudación.
Observaciones:	$\left(\frac{\text{Importe de los ingresos obrero patronales al año } t \text{ a pesos de 2013}}{\text{Importe de los ingresos obrero patronales en 2013}} - 1 \right) \times 100$
Periodicidad:	Anual
Fuente:	Instituto Mexicano del Seguro Social
Referencias adicionales:	Dirección de Incorporación y Recaudación
Línea base 2013	Meta 2018
215,107 millones de pesos	22%

Ficha del Indicador	
Elemento	Características
Indicador:	Variación porcentual anual en los cotizantes al Seguro Social.
Objetivo institucional:	2. Fortalecer los ingresos
Descripción general:	Medir el impacto de las estrategias en materia de incorporación y recaudación en la generación de empleo asegurado.
Observaciones:	$((\text{Número de cotizantes de las modalidades 10, 13 y 17 al año } t) / (\text{Número de cotizantes en 2013}) - 1) \times 100$
Periodicidad:	Anual
Fuente:	Instituto Mexicano del Seguro Social
Referencias adicionales:	Dirección de Incorporación y Recaudación
Línea base 2013	Meta 2018
16,362 miles de cotizantes	21%

Ficha del Indicador	
Elemento	Características
Indicador:	Sentencias favorables a los intereses institucionales.
Objetivo institucional:	2. Fortalecer los ingresos institucionales.
Descripción general:	Este indicador mide, en términos porcentuales, la efectividad del Instituto en obtener sentencias y laudos definitivos favorables a sus intereses.
Observaciones:	(Número de sentencias o laudos definitivos en favor del Instituto notificadas en el periodo / Número de sentencias definitivas notificadas en el periodo) x 100
Periodicidad:	Anual
Fuente:	Instituto Mexicano del Seguro Social
Referencias adicionales:	Dirección Jurídica
Línea base 2013	Meta 2018
51% de sentencias definitivas en favor del Instituto.	65% de sentencias definitivas en favor del Instituto.

Ficha del Indicador	
Elemento	Características
Indicador:	Nivel de surtimiento de recetas de medicamentos.
Objetivo institucional:	3. Incrementar la productividad
Descripción general:	<p>El indicador contribuye a verificar el nivel de productividad del Instituto, porque mide de la capacidad del sistema en su conjunto para entregar bienes y servicios de calidad con el mayor grado posible de aprovechamiento de los recursos institucionales, lo que incluye o involucra no sólo a los recursos humanos, materiales y financieros, sino también a los sistemas, los procesos y las estructuras.</p> <p>El indicador mide el porcentaje de las recetas de medicamentos que son atendidas de manera total durante la primera ocasión en que son presentadas para su despacho.</p>
Observaciones:	(número de recetas del periodo que fueron atendidas al 100% en su primera presentación / número total de recetas presentadas en el periodo) X 100
Periodicidad:	Mensual
Fuente:	Instituto Mexicano del Seguro Social
Referencias adicionales:	Dirección de Administración
Línea base 2013	Meta 2018
95%	97%

Ficha del Indicador	
Elemento	Características
Indicador:	Índice de ausentismo no programado.
Objetivo institucional:	3. Incrementar la productividad
Descripción general:	Plan de acción dirigido a reintegrar a los trabajadores del Instituto a la vida laboral, considerando el seguimiento a los casos de personal que inciden periódicamente en los tres ramos de incapacidad, licencias y faltas, el cual implica acciones conjuntas de la Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Administración, a fin de disminuir el número de días en que los trabajadores estuvieron ausentes de su labor, en busca de impactar favorablemente en la productividad institucional y en la calidad y calidez de los servicios otorgados a los derechohabientes.
Observaciones:	Porcentaje de días de ausentismo no programado: (días de ausentismo no programado / días de incidencias totales) x 100
Periodicidad:	Anual
Fuente:	Instituto Mexicano del Seguro Social
Referencias adicionales:	Dirección de Administración
	Línea base 2013
	Meta 2018
	3.76% (Dic. 2012)
	3.3%

Ficha del Indicador	
Elemento	Características
Indicador:	Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.
Objetivo institucional:	4. Mejorar el modelo de atención a la salud.
Descripción general:	<p>El indicador complementa el conjunto de indicadores utilizados para medir el logro de los objetivos sectoriales del PROSESA 2013-2018: 1.Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; y 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.</p> <p>El indicador mide el riesgo de morir por diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más y permite evaluar el impacto del programa de prevención, detección y control reflejando la eficiencia de los servicios en los diferentes niveles de atención.</p>
Observaciones:	<p>(Número de defunciones por diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más / Población de derechohabientes de 20años y más de edad adscritos a médico familiar) x 100, 000.</p> <p>Los valores de referencia del indicador se modifican anualmente.</p>
Periodicidad:	Anual
Fuente:	Instituto Mexicano del Seguro Social
Referencias adicionales:	Dirección de Prestaciones Médicas.
Línea base 2013	Meta 2018
74.9 por 100,000 derechohabientes de 20 años y más.	70 por 100,000 derechohabientes de 20 años y más.

Ficha del Indicador					
Elemento	Características				
Indicador:	Tasa de mortalidad materna por 100, 000 nacidos vivos.				
Objetivo institucional:	4. Mejorar el modelo de atención a la salud.				
Descripción general:	<p>El indicador está directamente relacionado uno de los indicadores del PROSESA 2013-2018 utilizados para medir el logro del objetivo 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país. Sin embargo, también contribuye a medir el logro del objetivo sectorial 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, por tratarse procesos relacionados con la atención médica dentro del IMSS.</p> <p>El indicador permite medir el número de defunciones maternas (clasificadas como directas e indirectas) acaecidas en hospitales del IMSS del régimen obligatorio, durante el embarazo, el parto y puerperio, en determinado periodo y área geográfica.</p>				
Observaciones:	(Número de defunciones maternas en determinado periodo y área geográfica / Nacidos vivos de población derechohabiente, en hospitales del IMSS del régimen obligatorio, en el mismo periodo y área geográfica) x 100,000 nacidos vivos.				
Periodicidad:	Mensual (Anualizado)				
Fuente:	Instituto Mexicano del Seguro Social				
Referencias adicionales:	Dirección de Prestaciones Médicas				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Línea base 2013</th> <th style="width: 50%;">Meta 2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Razón de muerte materna al mes de agosto de 2013: 26.9 por 100,000 nacidos vivos.</td> <td>19.8 por 100,000 nacidos vivos.</td> </tr> </tbody> </table>	Línea base 2013	Meta 2018	Razón de muerte materna al mes de agosto de 2013: 26.9 por 100,000 nacidos vivos.	19.8 por 100,000 nacidos vivos.
Línea base 2013	Meta 2018				
Razón de muerte materna al mes de agosto de 2013: 26.9 por 100,000 nacidos vivos.	19.8 por 100,000 nacidos vivos.				

Ficha del Indicador	
Elemento	Características
Indicador:	Tasa de mortalidad por riesgos de trabajo.
Objetivo institucional:	4. Mejorar el Modelo de Atención a la Salud.
Descripción general:	<p>El indicador forma parte del conjunto de indicadores utilizados en el PROSESA 2013-2018 para medir el logro del objetivo 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.</p> <p>El IMSS, como responsable del Seguro de Riesgos de Trabajo de los trabajadores que laboran en el sector formal, contribuye directamente con sus acciones a la disminución de la mortalidad por riesgos de trabajo. El indicador mide indirectamente el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de Salud Ocupacional emitidas por la COFEPRIS y operadas por el IMSS.</p> <p>El indicador mide la cantidad de trabajadores asalariados cotizantes al IMSS que fallecen a consecuencia de un accidente o enfermedad de trabajo anualmente.</p>
Observaciones:	(Número de defunciones por accidentes y enfermedades de trabajo / el total de trabajadores asegurados en el ramo de riesgos de trabajo) x 10,000; al periodo de reporte.
Periodicidad:	Anual
Fuente:	Instituto Mexicano del Seguro Social
Referencias adicionales:	Dirección de Prestaciones Médicas
Línea base 2013	Meta 2018
2012: 1.0 (Última información oficial disponible)	0.9

Ficha del Indicador	
Elemento	Características
Indicador:	Indicador de eficiencia en el otorgamiento de las prestaciones económicas.
Objetivo institucional:	5. Mejorar la Atención de las Prestaciones Económicas y Sociales.
Descripción general:	El indicador refleja el tiempo en el cual se le otorga respuesta a las solicitudes de otorgamiento de prestaciones económicas, en sus distintas modalidades (pensiones de régimen de Ley 1973, rentas vitalicias y pensión universal), a través de un sistema informático integral para el otorgamiento de las prestaciones económicas, en términos de días hábiles.
Observaciones:	(Número de solicitudes resueltas con oportunidad/Número de solicitudes totales resueltas), para todos los tipos de prestaciones económicas, donde: Se considera trámite oportuno de acuerdo a los siguientes plazos (fecha de emisión de la resolución) – (fecha de solicitud de prestación): Subsidios (7 días naturales) Pensiones y rentas vitalicias (12 días hábiles) Ayuda para gastos de matrimonio (12 días hábiles) Ayuda para gastos de funeral (12 días hábiles) Pensión universal, se definirá cuando se encuentre en operación.
Periodicidad:	Mensual
Fuente:	Instituto Mexicano del Seguro Social
Referencias adicionales:	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
Línea base 2013	Meta 2018
Por ser un indicador de nueva creación la línea base será la eficiencia en el otorgamiento de las prestaciones económicas que resulte de la operación del nuevo sistema informático integral.	Eficiencia en el otorgamiento de las prestaciones económicas al 98%

Ficha del Indicador	
Elemento	Características
Indicador:	Incremento de los lugares para el otorgamiento del servicio de guardería.
Objetivo institucional:	5. Mejorar la Atención de las Prestaciones Económicas y Sociales.
Descripción general:	Este indicador mide el número de lugares adicionales con los que se dispone para otorgar el servicio de guardería, con lo que se busca cumplir con la estrategia 6.5 Incorporar a un mayor número de hijos (as) de asegurados (as) con derecho al servicio de guardería para favorecer el bienestar del núcleo familiar. Se mide en número de lugares.
Observaciones:	Capacidad Instalada en el periodo t menos Capacidad Instalada del periodo t1.
Periodicidad:	Anual
Fuente:	Instituto Mexicano del Seguro Social
Referencias adicionales:	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
Línea base 2013	Meta 2018
239,410 (Dic. 2012)	286,410

IV.1. Consideraciones para el cálculo de las metas

Objetivo 1. Contribuir a la universalización del acceso a la salud.

Nombre del Indicador	Porcentaje de la población con carencia por acceso a los servicios de salud.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de tendencia de los datos de afiliación a instituciones públicas y privadas que financian y ofrecen atención médica. • Acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de afiliación poblacional a instituciones públicas y privadas que financian y ofrecen atención médica bajo el marco del Sistema nacional de Salud Universal. • Efectividad de las acciones de mejora en la gestión y rendición de cuentas del proceso de afiliación.

Nombre del Indicador	Crecimiento de la Población Adscrita a Unidad de Medicina Familiar.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • Para definir la meta a 2018 se consideró el crecimiento promedio de la Población Adscrita a Unidad de Medicina Familiar del IMSS durante los últimos 3 años. • Además, se consideró el crecimiento promedio anual de la población del país, conforme a las Proyecciones de Población de México que realiza el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Objetivo 2. Fortalecer los ingresos.

Nombre del Indicador	Variación porcentual anual de la recaudación de ingresos obrero patronales en términos reales.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • Meta elaborada con base en las Cuotas Obrero Patronales contenidas en el cuadro III.9 “Presupuesto 2013 y proyecciones de flujo de efectivo 2014-2050” publicado en el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, pág. 57. Cifra a la que se agregó la proyección de los otros ingresos por cuotas obrero patronales (multas, recargos, actualizaciones, gastos de ejecución y comisiones cobradas a las Afores y al Infonavit) considerando una tasa de crecimiento real de 0.5% de 2014 a 2018 sobre una cifra para 2013 de 2,887 millones de pesos.

Nombre del Indicador	Variación porcentual anual en los cotizantes al Seguro Social.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • Meta elaborada con base en el crecimiento de cotizantes promedio contenida en el cuadro III.5 “Supuestos de proyecciones financieras de corto plazo, 2013-2018” publicado en el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, pág. 53.

Nombre del Indicador	Sentencias favorables a los intereses institucionales.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • En los últimos seis años, la efectividad en tribunales del Instituto ha mejorado, llegando en enero de 2013 al 51% de juicios ganados. Sin embargo, se espera que con la implementación de las estrategias 2.3 y 2.4, los actos institucionales y la defensa en tribunales se robustezcan de manera significativa y con ello, avanzar en la efectividad del Instituto en obtener sentencias y laudos definitivos favorables a sus intereses, para que estos representen, en 2018, un 65% de la totalidad de juicios resueltos en los que el IMSS es parte.

Objetivo 3. Incrementar la productividad.

Nombre del Indicador	Nivel de surtimiento de recetas de medicamentos.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • La meta para el periodo 2018 se cumplirá gracias a la implementación de dos nuevos esquemas de distribución de medicamentos, cuya descripción y contribución a la meta se anotan en seguida: <ol style="list-style-type: none"> a) Consumo en Demanda: Esquema en el cual la proveeduría deberá mantener en los almacenes delegacionales y UMAE un inventario de acuerdo con las necesidades determinadas por el consumo mensual en las unidades médicas. Lo anterior, para aquellos medicamentos con un índice de incumplimiento alto y de mayor demanda en las unidades, los cuales impactan directamente en el indicador de rectas atendidas. Con este nuevo esquema de distribución, se reducirá hasta en 70% el incumplimiento de la proveeduría, reducción que incrementará aproximadamente en 1.5% el porcentaje de recetas atendidas al 100% en el Instituto.

	<p>b) Entrega en Unidad: A fin de hacer más eficiente la cadena de suministro de medicamentos, se implementó la entrega directa en unidades médicas de los bienes terapéuticos de alta especialidad, logrando con esto una mejora en la distribución de estos bienes que se verá reflejada en la productividad al incrementar hasta en 0.5% el porcentaje de recetas atendidas al 100%.</p>
--	---

Nombre del Indicador	Índice de ausentismo no programado.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • Días promedio de ausencia por trabajador al cierre del ejercicio por Delegación y por incidencia. • Días promedio de ausencia de trabajadores de empresas afiliadas por Delegación. • Ocupación promedio por Delegación de las categorías que generan registros de ausentismo no programado.

Objetivo 4. Mejorar el modelo de atención a la salud.

Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • En el Programa de Acción Específico Diabetes Mellitus 2013-2018, se establece una meta que corresponde a la disminución del 4.7% en ese periodo. • En el IMSS se considera que es factible alcanzar la disminución del 6.5% a 2018 debido a que en los últimos años la tendencia es hacia el descenso.

Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • Para determinar la meta se hicieron las siguientes consideraciones: <ol style="list-style-type: none"> a) Numerador: de 2013 a 2015 se espera bajar el 6% y de 2016 a 2018 el 4%, con respecto al 2012. b) Denominador: promedio de 2010-2012, se usó para estimar el valor 2013 y la diferencia de 2012-2013 se le resta a cada año hasta 2018.

Nombre del Indicador	Tasa de mortalidad por riesgos de trabajo.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de tendencia de los datos de mortalidad por riesgos de trabajo. • Proyecciones de afiliados al IMSS en 2018 del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto, 2012-2013, IMSS. • Acciones de prevención de riesgos de trabajo en el marco del cumplimiento de las NOM en materia de salud ocupacional. • Evidencia de efectividad de las acciones de prevención en la disminución de riesgos de trabajo.

Objetivo 5. Mejorar la atención de las prestaciones económicas y sociales.

Nombre del Indicador	Indicador de eficiencia en el otorgamiento de las prestaciones económicas.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • La meta del indicador se determinó considerando los valores observados durante el ejercicio 2013, respecto del comportamiento en la oportunidad del trámite de las prestaciones económicas: pensiones, rentas vitalicias, subsidios, ayudas para gasto de matrimonio y funeral, los cuales oscilaron entre el 95% y 97%.

Nombre del Indicador	Incremento de los lugares para el otorgamiento del servicio de guardería.
Consideraciones para el cálculo de la meta	<ul style="list-style-type: none"> • Para determinar los 47,000 lugares adicionales, se consideraron los ingresos del Seguro de Guarderías y de las Prestaciones Sociales estimados por la Dirección de Finanzas del Instituto para el período 2013 – 2018. • Se proyectó el gasto relacionado con la prestación del servicio, para el mismo período, tomando como base la información del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) en 2013. • Con la información anterior se determinó un superávit para el Ramo de Guarderías que permite la creación de los lugares adicionales.

Transparencia

Con el propósito de cumplir con el mandato de transparencia y rendición de cuentas el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 estará disponible a partir de su publicación en la página: www.imss.gob.mx.

Asimismo, el seguimiento de los indicadores se podrá consultar en la página: www.transparenciapresupuestaria.gob.mx.

Acrónimos

APF	Administración Pública Federal
CA	Centros Artesanales
CASSAM	Centro de Atención Social de las y los Adultos Mayores
CECART	Centro de Capacitación y Rehabilitación para el Trabajo
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CSS	Centro de Seguridad Social
DA	Dirección de Administración
DF	Dirección de Finanzas
DIR	Dirección de Incorporación y Recaudación
DJ	Dirección Jurídica
DPES	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas
ECE	Expediente Clínico Electrónico
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FCOLCL	Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual
GRAA	Grupos Relacionados con la Atención Ambulatoria
GRD	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LSS	Ley del Seguro Social
LFTAIPG	Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
MOCERI	Modelo de Competitividad, Eficiencia y Resultados Institucionales
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
PDHO	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIIMSS	Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PREVENIMSS	Programas Integrados de Salud
PROIGUALDAD	Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres

PROSESA	Programa Sectorial de Salud
PSTPS	Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social
PSDS	Programa Sectorial de Desarrollo Social
RFA	Reservas Financieras y Actuariales
RJP	Régimen de Jubilaciones y Pensiones
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
SEMAR	Secretaría de Marina
SGPS	Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
SIAIS	Sistema de Atención Integral de la Salud
SIV	Seguro de Invalidez y Vida
SRCV	Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez
SRT	Seguro de Riesgos de Trabajo
SS	Secretaría de Salud
SSFAM	Seguro de Salud para la Familia
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad
UMF	Unidad de Medicina Familiar

Glosario

Asegurado. Es el trabajador o sujeto de aseguramiento inscrito ante el Instituto en los términos de la LSS.

Beneficiario. El cónyuge del (la) asegurado(a) o pensionado(a) y a falta de éste(a), la concubina o el concubinario, en su caso, así como los ascendientes y descendientes del(la) asegurado(a) o pensionado(a) señalados en la LSS.

Cotizante. Se refiere al trabajador inscrito ante el Instituto y que, al momento de su afiliación, cuenta con un salario que servirá de base para el cálculo de sus aportaciones. Un trabajador asegurado puede laborar con más de un patrón por lo cual cotiza al Instituto más de una vez. Por ello, usualmente el número de cotizantes difiere del número de los asegurados trabajadores.

Costo Neto del Periodo (del Régimen de Jubilaciones y Pensiones). Es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de valuación y está integrado por los siguientes conceptos:

- Costo laboral: representa el costo de los beneficios adquiridos por el trabajador, por haber cumplido un año más de vida laboral con derecho al plan de pensiones, que en el caso del IMSS es el RJP.
- Costo financiero: es el costo del financiamiento por el periodo atribuible a las Obligaciones de Beneficios Definidos, considerando en su cálculo los efectos por los pagos estimados del periodo.
- Rendimiento de los activos del plan: se refiere a los rendimientos que se espera obtener durante el año de valuación por la inversión de los recursos acumulados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.
- Amortización de:
 - Variaciones en supuestos y ajustes por experiencia: es un concepto que refleja el impacto en el pasivo de los cambios en los supuestos utilizados para el cálculo de las obligaciones.
 - Servicios anteriores y modificaciones al plan: representan el reconocimiento retroactivo de los beneficios que se otorgan a los trabajadores.

Derechohabiente. Es el(la) asegurado(a), el(la) pensionado(a) y los beneficiarios de ambos que en términos de la LSS tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto.

Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral). Es administrado por el IMSS con el objeto de disponer de los recursos necesarios para el pago de las jubilaciones de sus propios trabajadores. La LSS ordena la obligación institucional de depositar en este fondo los recursos necesarios para cubrir y financiar los costos derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de sus empleados, que sean originados por la creación, sustitución o contratación de plazas.

Conforme a la propia Ley, este fondo deberá registrarse en dos cuentas, denominadas Cuenta Especial para el RJP y Cuenta de Otras Obligaciones Laborales.

- La Cuenta Especial para el RJP se integra a su vez por dos Subcuentas:
 - Subcuenta 1. Se integra con los recursos acumulados en el Fondo Laboral hasta el 11 de agosto de 2004 y se utiliza para el pago de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de Base, trabajadores de Confianza “B” y de los jubilados y pensionados del RJP que ostentaban esta condición antes del 24 de agosto de 2004.
 - Subcuenta 2. Se constituye y se incrementa con la aportación al RJP excedente a 3 por ciento del salario, establecida para los trabajadores en activo, de Base, Confianza “B” y Confianza “A”, que ostentaban esta condición antes del 24 de agosto de 2004, lo que conforma la Subcuenta 2A. Este excedente que inició en 1 por ciento del salario en 2005 se ha incrementado un punto porcentual cada año, hasta llegar a 7 por ciento del salario. A esta subcuenta también se destina la aportación de 4 por ciento del salario al financiamiento del RJP de los trabajadores de Base y de Confianza “B” que ingresen al Instituto a partir del 16 de octubre de 2005, la cual se incrementará en un punto porcentual en cada revisión anual hasta alcanzar 10 por ciento del salario, lo que conforma la Subcuenta 2B.
- La Cuenta de Otras Obligaciones Laborales no presenta a la fecha recursos acumulados.

Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Es un sistema para clasificar los casos hospitalarios en aproximadamente 500 grupos, que tienen un uso similar de recursos. Esta clasificación se realiza usando los códigos internacionales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el tipo de procedimiento quirúrgico realizado, la edad, el sexo y la presencia de complicaciones o comorbilidades. El propósito de esta clasificación es agrupar las enfermedades para asignar un valor monetario a cada uno, con el fin de mejorar la gestión de costos hospitalarios.

Jubilados (del Régimen de Jubilaciones y Pensiones). Son trabajadores del IMSS que se retiran de la vida laboral al cumplir con los años de servicio que establece el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) –al menos 27 años en el caso de las mujeres y 28 en el caso de los hombres–, y que por cumplir con los requisitos que establece el RJP reciben una prestación económica llamada pensión, la cual es complementaria de la que otorga la Ley del Seguro Social por cesantía en edad avanzada o vejez.

Pasivo (término contable). Es una obligación presente de la entidad, virtualmente ineludible, identificada y cuantificada en términos monetarios, y que representa una disminución futura de beneficios económicos, derivada de operaciones ocurridas en el pasado, que han afectado económicamente a dicha entidad.

Pasivo circulante (término contable). Es una obligación presente de la entidad, identificada y cuantificada en términos monetarios, y que representa una disminución futura de

beneficios económicos, derivada de operaciones ocurridas en el pasado y que son exigibles en un plazo no mayor a un año.

Patrimonio (término contable). Es el valor residual de los activos de la entidad, una vez deducidos todos sus pasivos.

Pensión. Es el monto de dinero que recibe el pensionado de manera periódica como resultado de una renta vitalicia o un retiro programado.

Pensión complementaria. Se define como la diferencia entre la pensión que otorga el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y la que corresponde a la Ley del Seguro Social. Este componente está a cargo del IMSS-Patrón.

Pensionado (de la Ley del Seguro Social). Se dividen en pensionados directos y pensionados derivados. Los pensionados directos son trabajadores que se retiran de la vida laboral a causa de una invalidez o de una incapacidad permanente, o bien por cesantía en edad avanzada o vejez, y que por cumplir con los requisitos que establece la Ley del Seguro Social reciben una prestación económica llamada pensión, la cual puede ser otorgada al amparo de los siguientes seguros:

- Seguro de Invalidez y Vida, en el caso de que el retiro de la vida laboral haya sido originado por una invalidez;
- Seguro de Riesgos de Trabajo, en el caso de que dicho retiro derive de una incapacidad permanente;
- Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, en caso de que el retiro se origine por una pérdida de trabajo remunerado a los 60 años de edad o por vejez a los 65 años de edad, y que la pensión se otorgue bajo las condiciones de la LSS de 1997.
- Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, en caso de que el retiro se origine por una pérdida de trabajo remunerado a los 60 años de edad o por vejez a los 65 años de edad, y que la pensión se otorgue bajo las condiciones de la LSS de 1973.

Los pensionados derivados son los beneficiarios de los pensionados directos y de los trabajadores asegurados que llegan a fallecer por una enfermedad general o por un accidente de trabajo o enfermedad profesional. Los pensionados derivados son por viudez, orfandad y ascendencia.

Pensionado (del Régimen de Jubilaciones y Pensiones). Se dividen en pensionados directos y pensionados derivados. Los pensionados directos son trabajadores del IMSS que se retiran de la vida laboral a causa de una invalidez o de una incapacidad permanente, o bien por edad avanzada o vejez, y que por cumplir con los requisitos que establece el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) reciben una prestación económica llamada pensión, la cual es complementaria de la que otorga la Ley del Seguro Social. Los pensionados derivados son los beneficiarios de los jubilados y pensionados directos con derecho al RJP y de los

trabajadores activos con derecho a ese régimen que llegan a fallecer por una enfermedad general o por un accidente de trabajo o enfermedad profesional. Los pensionados derivados son por viudez, orfandad y ascendencia.

Personal de Confianza “A”. Son trabajadores designados libremente por el Instituto. Realizan entre otras funciones las de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización, de carácter general y no tabuladas.

Personal de Confianza “B”. Son trabajadores designados por el Instituto en los términos del Reglamento para la Calificación y Selección de Puestos de Confianza “B”. Se trata de trabajadores sindicalizados que pasan a puestos de confianza, pero que no desempeñan funciones tabuladas.

PREVENIMSS. Estrategia de Programas Integrados de Salud del IMSS, de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad, definida por el cambio de enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales.

Población derechohabiente adscrita a unidad de medicina familiar. Cifra calculada con base en los registros administrativos del IMSS y que se refiere al número de casos de derechohabientes vigentes en un mes en particular y adscritos a clínicas y hospitales con medicina familiar con atención de primer nivel. En la estadística de casos se contabiliza más de una vez a los derechohabientes titulares con más de un puesto de trabajo, así como a los derechohabientes que reciben más de un pago por concepto de pensión; similarmente, a los derechohabientes adscritos al Instituto como titulares y como beneficiarios de otro titular, se contabilizan dos veces.

Población derechohabiente adscrita a médico familiar. Cifra calculada con base en los registros administrativos del IMSS y que refiere al número de casos de derechohabientes vigentes en un mes en particular, adscritos a clínicas y hospitales con medicina familiar con atención de primer nivel, y con inscripción a consultorio. En la estadística de casos se contabiliza más de una vez a los derechohabientes titulares con más de un puesto de trabajo, así como a los derechohabientes que reciben más de un pago por concepto de pensión; similarmente, a los derechohabientes adscritos al Instituto como titulares y como beneficiarios de otro titular, se contabilizan dos veces.

Prima de antigüedad. Es la prestación que se otorga a los trabajadores por concepto de años laborados en la empresa o entidad cuando se termina su relación laboral por alguna de las siguientes causas: separación voluntaria por retiro o renuncia, despido justificado, despido injustificado y muerte.

Programa IMSS-Oportunidades. Programa institucional que ofrece servicios de salud a la población que carece de seguridad social y que habita principalmente en el medio rural y

urbano marginado. No obstante, también atiende a derechohabientes del IMSS, a familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades y del Sistema de Protección Social en Salud.

Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). Programa social del Gobierno Federal cuyo objetivo es contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza extrema favoreciendo el desarrollo de las capacidades de educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias del Programa. Dentro del componente Salud, el PDHO se apoya en la infraestructura médica del Programa IMSS-Oportunidades para la entrega del Paquete Básico Garantizado de Salud a las familias beneficiarias de acuerdo con el grupo de edad y sexo de cada integrante. Este paquete incluye acciones dirigidas a la atención materno-infantil, vigilancia nutricional, planificación familiar, inmunizaciones, saneamiento de las comunidades, entre otras tareas. En lo que respecta al componente Alimentación, se entregan sobres de complementos alimenticios a mujeres embarazadas o en lactancia y a niños menores de cinco años. Asimismo, se enfatiza la educación nutricional a las familias para incidir en el ámbito de la prevención y no sólo del tratamiento de los problemas de desnutrición.

Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP). Es un plan para el retiro de la vida laboral a causa de una jubilación por años de servicio o de una pensión por invalidez, incapacidad permanente o muerte por riesgo de trabajo o enfermedad general. Dicho plan fue pactado entre las autoridades institucionales y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social en octubre de 1966 y modificado en marzo de 1988.

Régimen Obligatorio. Forma de afiliación al Seguro Social que comprende a los trabajadores asalariados permanentes o eventuales, los miembros de sociedades cooperativas y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través de decretos específicos. Estos trabajadores y sus beneficiarios tienen derecho a la protección del Seguro Social en los siguientes seguros: i) Riesgos de Trabajo; ii) Enfermedades y Maternidad; iii) Invalidez y Vida; iv) Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, y v) Guarderías y Prestaciones Sociales.

Régimen Ordinario. Se refiere al esquema de aseguramiento del IMSS en su conjunto, que abarca el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario. No incluye el Programa IMSS-Oportunidades.

Régimen Voluntario. Comprende las siguientes modalidades con los seguros que se indican:

- Seguro facultativo.
- Seguro de Salud para la Familia.
- Trabajadores domésticos y sus beneficiarios legales. Tienen derecho a prestaciones por:
 - i) Riesgos de Trabajo (sólo prestaciones en especie); ii) Enfermedades y Maternidad (sólo prestaciones en especie); iii) Invalidez y Vida, y iv) Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

- Patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y sus beneficiarios legales. Tienen derecho a las prestaciones por: i) Riesgos de Trabajo; ii) Enfermedades y Maternidad (sólo prestaciones en especie); iii) Invalidez y Vida, y iv) Retiro y Vejez.
- Trabajadores al servicio de las Administraciones Públicas de la Federación, Entidades Federativas y Municipios que estén excluidos o no comprendidos en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social y sus beneficiarios legales. Tienen derecho a las prestaciones por: i) Riesgos de Trabajo; ii) Enfermedades y Maternidad (sólo prestaciones en especie); iii) Invalidez y Vida, y iv) Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.
- Trabajadores en industrias familiares y los independientes como: profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados y sus beneficiarios legales. Tienen derecho a prestaciones por: i) Enfermedades y Maternidad (sólo prestaciones en especie); ii) Invalidez y Vida, y iii) Retiro y Vejez.
- Ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios y sus beneficiarios legales. Tienen derecho a las prestaciones por: i) Enfermedades y Maternidad (sólo prestaciones en especie), ii) Invalidez y Vida, y iii) Retiro y Vejez.

Reserva Financiera y Actuarial (RFA). Tiene como propósito hacer frente al riesgo de caídas en los ingresos o incrementos en los egresos ocasionadas por problemas económicos persistentes; normalizar el flujo de efectivo en caso de que haya fluctuaciones en la siniestralidad de los seguros que sean mayores a las estimadas en el Informe Financiero y Actuarial (IFA) del IMSS o bien, financiar por adelantado los pagos futuros de prestaciones (profondeo). La Ley del Seguro Social determina que se constituya una reserva para cada uno de los seguros y coberturas, a través de aportaciones que consideren estimaciones de sustentabilidad financiera de largo plazo contenidas en el IFA del Instituto. No obstante, los montos definitivos a aportar a las RFA son aprobados cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación, es decir, son determinados en el proceso de aprobación del presupuesto federal del ejercicio. Los recursos de cada una de estas reservas sólo pueden utilizarse para el seguro para el cual fueron establecidas y previo acuerdo del H. Consejo Técnico a propuesta del Director General, en los términos del reglamento de la materia, no teniendo que reembolsarse los montos que en su caso se utilicen.

Renta vitalicia. Es el contrato por el cual la aseguradora, a cambio de recibir los recursos acumulados en la cuenta individual, se obliga a pagar periódicamente una pensión durante la vida del pensionado.

Retiro programado. Es la modalidad que permite obtener una pensión fraccionando el monto total de los recursos de la cuenta individual; para ello se tomará en cuenta la esperanza de vida de los pensionados, así como los rendimientos previsibles de los saldos.

Sistema de Protección Social en Salud. El Sistema de Protección Social en Salud, conocido comúnmente como Seguro Popular (SP) (su brazo operativo), fue creado en 2003 a través de una reforma de la Ley General de Salud. El SP, que empezó a operar el 1 de enero de 2004, es un programa de aseguramiento público voluntario para la población sin seguridad

social. Ofrece cobertura a través de dos paquetes de beneficios de salud: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES) y las intervenciones financiadas a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. El financiamiento del SP proviene principalmente de recursos federales y estatales, mientras que las familias también participan con cuotas familiares. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud coordina el SP a nivel federal y los Servicios Estatales de Salud lo operan a nivel local. Los servicios médicos del SP se ofrecen por prestadores de las Secretarías de Salud federal y estatales.

Seguridad Social. Es el conjunto de políticas públicas que tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado (Artículo 2, LSS).

Seguro Social. Es el instrumento básico de la seguridad social (Artículo 4, LSS).

Seguro de Invalidez y Vida (SIV). Ofrece prestaciones en dinero y en especie en caso de que el asegurado se invalide o fallezca a causa de un accidente o una enfermedad no profesionales. El SIV se divide en dos ramos: el de Invalidez y el de Vida. El ramo de Invalidez protege al asegurado de la contingencia de quedar imposibilitado para procurarse una remuneración superior a 50 por ciento de su remuneración habitual. Las prestaciones que otorga este ramo son: pensiones temporales; pensiones definitivas (con una pensión mínima garantizada por el Gobierno Federal); asignaciones familiares; ayuda asistencial, y asistencia médica a cargo del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM). El ramo de Vida cubre la contingencia de fallecimiento del asegurado; las prestaciones que otorga a los beneficiarios de éste son pensiones de viudez, pensiones de orfandad, pensiones de ascendencia, ayuda asistencial, y asistencia médica a cargo del SEM.

Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (SIVCM). Es un seguro que se define en la Ley del Seguro Social de 1973 (LSS 1973), el cual estuvo vigente hasta el 30 de junio de 1997, al entrar en vigor la Ley del Seguro Social de 1997 (LSS 1997). Las prestaciones contempladas en el SIVCM se otorgan a los asegurados que comenzaron a cotizar en el IMSS antes de que entrara en vigor la LSS 1997, y que al presentar un riesgo de invalidez, vejez o cesantía eligen la LSS 1973 para recibir los beneficios de la seguridad social. Estos beneficios se otorgan bajo las siguientes condiciones: i) en caso de invalidez, cuando el asegurado que haya cotizado al IMSS al menos 150 semanas, esté imposibilitado para procurarse mediante un trabajo una remuneración superior a 50 por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo, y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales; ii) en caso de vejez, cuando el asegurado haya cumplido 65 años de edad y tenga reconocidas por el IMSS un mínimo de 500 semanas de cotización; iii) en caso de cesantía en edad avanzada, cuando el asegurado quede privado de trabajos remunerados después de los 60 años de edad y tenga

reconocidas por el IMSS un mínimo de 500 semanas de cotización, y iv) en caso de la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, vejez, o cesantía en edad avanzada.

En el caso de invalidez, las prestaciones amparadas incluyen una pensión temporal o definitiva, así como asistencia médica, asignaciones familiares y ayuda asistencial. En el caso de vejez y cesantía en edad avanzada dichas prestaciones consisten en una pensión definitiva, así como en asistencia médica, asignaciones familiares y ayuda asistencial; en el caso de muerte, el Instituto otorga a los beneficiarios del asegurado o del pensionado fallecido por invalidez, vejez, o cesantía en edad avanzada las siguientes prestaciones: i) pensión de viudez; ii) pensión de orfandad; iii) pensión a ascendientes; iv) ayuda asistencial a la pensionada por viudez, en los casos en que lo requiera, de acuerdo con el dictamen médico que al efecto se formule, y v) asistencia médica.

Cabe señalar que el SIVCM se sustituyó en la LSS 1997 por dos seguros: el Seguro de Invalidez y Vida (SIV) y el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV).

Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM). Otorga a los trabajadores afiliados al IMSS prestaciones en especie y en dinero en caso de enfermedad no profesional o maternidad; asimismo, otorga prestaciones en especie a los familiares de los asegurados, así como a los pensionados y sus familiares. En caso de enfermedad no profesional, las prestaciones cubren asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, y un subsidio en dinero cuando la enfermedad incapacite al asegurado para el trabajo. En caso de maternidad, las prestaciones incluyen para la asegurada asistencia obstétrica, ayuda en especie de lactancia, una canastilla al nacer el hijo y un subsidio de 100 por ciento del último salario diario de cotización, el cual se cubre por 42 días antes y 42 días después del parto. El SEM ofrece cobertura a asegurados y a pensionados (Gastos Médicos de Pensionados, GMP). La cobertura de GMP ofrece asistencia médica a los pensionados del Seguro de Invalidez y Vida, Seguro de Riesgos de Trabajo y Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT). Otorga a los trabajadores afiliados al IMSS prestaciones en dinero y en especie en caso de que se incapaciten o fallezcan a causa de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. Las prestaciones en dinero incluyen: i) en el caso de incapacidad temporal, un subsidio de 100 por ciento del salario mientras dure la incapacidad; ii) en el caso de incapacidad permanente, parcial o total, una indemnización global o una pensión provisional o definitiva, y iii) en el caso de fallecimiento, ayuda de gastos de funeral y una pensión. Por otro lado, las prestaciones en especie incluyen asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación.

Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV). Los riesgos protegidos son el retiro, la cesantía en edad avanzada y la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro, en los términos y con las modalidades previstas en la Ley del Seguro Social. El otorgamiento de las prestaciones contenidas requiere del cumplimiento de periodos de espera medidos en semanas de cotización reconocidas por el Instituto,

conforme se señala en las disposiciones relativas a cada uno de los ramos de aseguramiento amparados. Los patrones y el Gobierno Federal, en la parte que les corresponde, están obligados a enterar al Instituto el importe de las cuotas obrero-patronales y la aportación estatal del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez. Dichas cuotas se recibirán y se depositarán en las respectivas subcuentas de la cuenta individual de cada trabajador, en los términos previstos en la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

Seguro de Salud para la Familia (SSFAM). La Ley del Seguro Social estipula que *“todas las familias de México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros y, para ese efecto, podrán celebrar con el IMSS un convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en los términos y condiciones que se establecen en su reglamento”*. Conforme a esta disposición, desde su creación en 1997, el SSFAM ofrece a la población que no cuenta con seguridad social una opción de aseguramiento público voluntario. (Artículo 240, LSS).

Seguro Facultativo. Esquema de aseguramiento mediante el cual se otorgan las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad a estudiantes y familiares de los trabajadores del IMSS y de la Comisión Federal de Electricidad.

Trabajador eventual. Es aquél que tenga una relación de trabajo para obra determinada o por tiempo determinado en los términos de la Ley Federal del Trabajo.

Trabajador permanente. De acuerdo con la Ley Federal del Trabajo, se considera un trabajador permanente aquél que tenga una relación de trabajo por tiempo indeterminado.

Unidad de Medicina Familiar (UMF). Es el espacio físico en el que se otorgan acciones de primer nivel de atención tales como consulta dental, medicina preventiva, planificación familiar, trabajo social, nutrición y dietética, salud en el trabajo, laboratorio clínico y rayos X.