

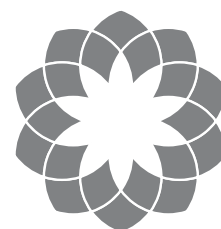
INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL
Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN
SOBRE LA SITUACIÓN FINANCIERA
Y LOS RIESGOS
DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL
2008-2009



INFORME

**GOBIERNO
FEDERAL**

08
09



Vivir Mejor

8 de Mayo de 2009

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. Paseo de la Reforma No. 476
Col. Juárez,
06600 México, D.F.**

En relación al Contrato de Prestación de Servicios de Consultoría Actuarial No. 8S8323 celebrado el 12 de diciembre de 2008 por el Instituto Mexicano del Seguro Social y Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V., me permito señalar lo siguiente respecto a la "Auditoría a la Valuación Financiera y Actuarial del IMSS 31 de Diciembre de 2008".

La auditoría realizada consistió en verificar la confiabilidad y razonabilidad de la información, y en validar la metodología empleada por el IMSS en los siguientes modelos: i) Modelo Actuarial de Largo Plazo; ii) Modelo Financiero de Corto Plazo; y, iii) Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo. En el caso del Modelo Actuarial de Largo Plazo, el método empleado para realizar la Auditoría fue el método de censo, mientras que en el caso de los otros dos modelos se utilizó la técnica de proyección de estados financieros.

Respecto al Modelo Actuarial de Largo Plazo, se analizó para el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), el Seguro de Invalidez y Vida (SIV) y el ramo de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), la suficiencia de las cuotas y contribuciones establecidas en la Ley del Seguro Social (LSS) para hacer frente a las obligaciones contraídas por el IMSS con los asegurados y sus beneficiarios, por las prestaciones en dinero o en especie establecidas en la Ley para cada seguro. Este análisis permitió ratificar por un lado la suficiencia financiera del SRT y del SIV para cubrir en el largo plazo las prestaciones en dinero por pensiones, indemnizaciones, subsidios y ayudas; y por otro lado, la notoria insuficiencia de la prima del ramo de GMP para financiar las prestaciones en especie a los pensionados y sus beneficiarios.

Cabe señalar que atendiendo a las recomendaciones realizadas por nuestra Firma en la pasada Auditoría, en el Modelo Actuarial de Largo Plazo con el que se elaboraron las valuaciones actuariales al 31 de diciembre de 2008, se actualizaron las bases biométricas de entrada a pensión, con la información de pensiones iniciales del periodo 1998-2008. Asimismo, se incorporó la probabilidad de otorgar una indemnización por accidente o enfermedad laboral; y además se actualizaron las distribuciones de componentes familiares de inválidos e incapacitados, y de asegurados fallecidos.

Los cálculos de las valuaciones actuariales son responsabilidad de la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales (CARI) del Instituto Mexicano del Seguro Social, y nuestra responsabilidad consiste en expresar una opinión sobre los mismos tomando como base la auditoría realizada.

Las pruebas efectuadas para validar dichos cálculos, fueron realizadas con base en las normas actuariales generalmente aceptadas, las cuales permiten que la auditoría garantice que los resultados obtenidos no contienen errores que afecten significativamente la suficiencia de las cuotas y contribuciones establecidas en la LSS, así como el nivel de las reservas actuariales de los seguros valuados.

Lockton Consultores Actuariales
Av. Santa Fe No. 481, Piso 19
Corporativo World Plaza
Col. Cruz Manca, Del. Cuajimalpa
05349 México, D.F.
Tel: 5980-4300




Por lo que se refiere al Modelo Financiero de Corto Plazo, nuestra Firma analizó los supuestos empleados para determinar el comportamiento de los ingresos y los egresos en los próximos tres años, considerándose que tales supuestos fueron adecuados, al igual que los resultados obtenidos.

En cuanto al Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo, nuestra Firma analizó tanto la información con la que fue desarrollado dicho modelo, la cual incluye resultados de las valuaciones actuariales al 31 de diciembre de 2007, como los supuestos utilizados para determinar la situación financiera del Instituto en el largo plazo. De este análisis se concluyó que los resultados obtenidos se consideran adecuados para efectos de la presente auditoría.

Por lo expuesto anteriormente, certifico que la información y los supuestos utilizados en el Modelo Actuarial de Largo Plazo, en el Modelo Financiero de Corto Plazo y en el Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo, son suficientes y consistentes con la experiencia que ha tenido el Instituto en los últimos años.

Asimismo, certifico que el Modelo Actuarial de Largo Plazo, en nuestra opinión y a nuestro leal saber y entender, presenta razonablemente la situación financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social, con respecto a la suficiencia de las cuotas y contribuciones, así como del nivel de sus reservas actuariales para hacer frente a los servicios y prestaciones estipulados en la Ley del Seguro Social.

Por último certifico que el Modelo Financiero de Corto Plazo y el Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo fueron validados por nuestra Firma y también representan razonablemente la situación financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social para el período que abarcan sus proyecciones.



ACT. MARCELA FLORES QUIROZ
CÉDULA PROFESIONAL NO. 1280075
PERITO VALUADOR DE PASIVOS
CONTINGENTES NO. 049-1280075

Lockton Consultores Actuariales
Av. Santa Fe No. 481, Piso 19
Corporativo World Plaza
Col. Cruz Manca, Del. Cuajimalpa
05349 México, D.F.
Tel.: 5980-4300

A partner in 

31 de Marzo de 2009

Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. Paseo de la Reforma 476,
Col. Juárez,
06600, D.F., México

Con base en lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios número 8S8323 celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V. para llevar a cabo la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a las Empleados", al 31 de Diciembre de 2008 y Proyecciones 2009, nos permitimos señalar lo siguiente:

La Valuación Actuarial antes mencionada se realizó con base en la información proporcionada por el IMSS, respecto a las prestaciones establecidas en el RJP para el personal jubilado y pensionado, así como para los trabajadores en activo de base y confianza que fueron valuados con los beneficios de este esquema complementario de pensiones.

Asimismo, se realizó tomando en cuenta tanto los recursos que el Instituto ha destinado para afrontar las obligaciones derivadas del RJP y para constituir las reservas de la subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de las Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC), como las aportaciones realizadas por los trabajadores y los rendimientos que ha generado dicho fondo. La información que proporcionó el IMSS fue revisada y validada por nuestra firma, considerándose confiable y suficiente para realizar la valuación.

Todos los supuestos financieros y demográficos utilizados en la valuación, así como la metodología de cálculo aplicada, fueron validados de acuerdo a la experiencia del Instituto y del país y se mantuvieron consistentes con los utilizados en la Valuación Actuarial al 31 de diciembre de 2007.

Cabe señalar que en la valuación actuarial, el gasto del IMSS para afrontar sus obligaciones laborales durante el ejercicio 2008 (Costo Neto del Periodo) es mayor que el que se consigna en los Estados Financieros Dictaminados del Instituto para ese ejercicio, en virtud de que en éstos el registro de dichas obligaciones se realiza de manera parcial, y por lo tanto se afecta en ejercicios futuros. Esto obedece a que la práctica contable del IMSS se apega a la NIF08-BIS de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Lockton Consultores Actuariales
Av. Santa Fe No. 481, Piso 19
Corporativo World Plaza
Col. Cruz Manca, Del. Cuajimalpa
05349 México, D.F.
Tel.: 5980-4300


A partner in 

En los Estados Financieros del Instituto, de acuerdo a la NIF08-BIS, el cargo a resultados del RJP correspondiente al ejercicio 2008 considera los siguientes conceptos: los pagos por prima de antigüedad y cláusulas contractuales; las aportaciones del IMSS al RJP; el pago de la nómina de jubilados y pensionados (pago por pensiones complementarias descontadas las aportaciones de los trabajadores y del IMSS patrón); y la provisión constituida durante el ejercicio para obligaciones contractuales.

De esta forma, los recursos destinados por el Instituto para cubrir sus obligaciones laborales, derivadas del RJP y Prima de Antigüedad, coinciden con el cargo a resultados reportado en la Valuación Actuarial al 31 de diciembre de 2008.

De acuerdo con lo anterior, hago constar que toda la información contenida en la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", al 31 de Diciembre de 2008 y Proyecciones 2009, es suficiente y adecuada para determinar el pasivo laboral del IMSS en su carácter de patrón. Asimismo, hago constar que los resultados de esta valuación se produjeron de acuerdo a los lineamientos de la NIF D-3 del Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera, A. C. (CINIF), así como a las normas actuariales generalmente aceptadas, y que se actuó con objetividad en la cuantificación de las obligaciones sin que existiera impedimento alguno y/o relación que modificara los resultados del dictamen.

Por último, certifico que los resultados obtenidos, en nuestra opinión y a nuestro leal saber y entender, reflejan razonablemente la situación del Instituto Mexicano del Seguro Social con respecto a su Obligación Laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de sus trabajadores.



ACT. MARCELA A. FLORES QUIROZ
CEDULA PROFESIONAL No. 1280075
PERITO VALUADOR PASIVOS
CONTINGENTES No. 049-1280075



11 de Mayo de 2009

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. Paseo de la Reforma 476,
Col. Juárez,
06600, D.F., México**

De acuerdo con el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales de Consultoría Actuarial No. 8S8323 celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V., me permito señalar lo siguiente en relación al “Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual para los Trabajadores del IMSS, al 31 de diciembre de 2008”:

El estudio actuarial en referencia fue realizado con base en la información proporcionada por el IMSS, respecto a sus trabajadores contratados bajo las condiciones del “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso” firmado el 14 de octubre de 2005 entre el Instituto y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS). Asimismo, se realizó tomando en cuenta lo establecido en la reforma del 11 de agosto de 2004 a los artículos 277D y 286K de la Ley del Seguro Social.

El estudio considera los siguientes elementos para el financiamiento de las obligaciones por pensiones de los trabajadores contratados en los términos del Convenio Adicional: i) el saldo acumulado al 31 de diciembre de 2008 en la subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) por \$4,461.9 millones, en los cuales se incluyen los rendimientos generados por la inversión de los recursos; ii) las aportaciones futuras de los trabajadores en activo que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004; y, iii) las aportaciones futuras de los trabajadores contratados por el IMSS conforme al citado Convenio Adicional.

El estudio no certifica el detalle mensual de las aportaciones realizadas a diciembre de 2008, debido a que nuestra Firma no contó con las nóminas mensuales en donde se registran los descuentos aplicados a los trabajadores para el fondeo del RJP de las contrataciones realizadas bajo dicho Convenio.

Lockton Consultores Actuariales
Av. Santa Fe No. 481. Piso 19
Corporativo World Plaza
Col. Cruz Manca, Del. Cuajimalpa
05349 México, D.F.
Tel: 5980-4300

A partner in  EOS



En la determinación y proyección de los recursos para cubrir plenamente las obligaciones, se actuó con objetividad, sin que existiera impedimento alguno y/o relación que modificara los resultados del dictamen.

De acuerdo con lo anterior, certifico que para los 45,773 trabajadores activos del Instituto que ingresaron al IMSS bajo las condiciones del Convenio de octubre de 2005, el valor presente de sus obligaciones totales (VPOT) se encuentra plenamente financiado con sus aportaciones futuras, así como con las aportaciones futuras de los trabajadores en activo con fecha de ingreso al IMSS anterior al 12 de agosto de 2004 y con el saldo acumulado en la Subcuenta 2 del FCOLCLC a la fecha de valuación.

ACT. MARCELA A. FLORES QUIROZ
CEDULA PROFESIONAL No. 1280075
PERITO VALUADOR PASIVOS
CONTINGENTES No. 049-1280075

DICTAMEN DE LOS AUDITORES INDEPENDIENTES

A la Secretaría de la Función Pública y a la
H. Comisión de Vigilancia del
Instituto Mexicano del Seguro Social

Hemos examinado los balances generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, Organismo Público Descentralizado, al 31 de diciembre de 2008 y 2007, y los estados de ingresos y gastos y de variaciones en el patrimonio que les son relativos, por los ejercicios que terminaron en esas fechas, así como el estado de flujos de efectivo por el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2008 y el estado de cambios en la situación financiera por el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2007. Dichos estados financieros son responsabilidad de la Administración del Instituto. Nuestra responsabilidad consiste en expresar una opinión sobre los mismos con base en nuestras auditorías.

Nuestros exámenes fueron realizados de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en México, las cuales requieren que la auditoría sea planeada y realizada de tal manera que permita obtener una seguridad razonable de que los estados financieros no contienen errores importantes, y de que están preparados de acuerdo con los criterios contables que se mencionan en el siguiente párrafo. La auditoría consiste en el examen, con base en pruebas selectivas, de la evidencia que soporta las cifras y revelaciones de los estados financieros; asimismo, incluye la evaluación de las bases contables utilizadas, de las estimaciones significativas efectuadas por la Administración y de la presentación de los estados financieros tomados en su conjunto. Consideramos que nuestros exámenes proporcionan una base razonable para sustentar nuestra opinión.

1. Como se describe en la Nota 2.01 a los estados financieros, el Instituto prepara sus estados financieros de conformidad con las instrucciones sobre forma y términos en que las entidades federales deben llevar su contabilidad y que se contienen en las Normas de Información Financiera Gubernamentales (NIFG), emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), conforme a lo dispuesto por la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Algunas de las reglas contables contenidas en éstas NIFG, difieren de las Normas de Información Financiera (NIF) emitidas por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera (CINIF). Las principales diferencias que afectan a la información financiera del Instituto se describen en la Nota 3.

2. Como se indica en las Notas 2.12 y 14, a los estados financieros, las disposiciones de la "Norma Específica de Información Financiera Gubernamental para el Sector Paraestatal" NEIFGSP-08 "Reconocimiento de las obligaciones laborales al retiro de los trabajadores de las entidades del sector paraestatal", no coinciden con las reglas establecidas en la NIF D-3 "Beneficios a los empleados", en tanto que en este último, el reconocimiento del costo neto del período en los resultados del ejercicio es de aplicación obligatoria, en la NEIFGSP-08, sólo es de aplicación obligatoria siempre y cuando, no implique la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable, por tal motivo durante el ejercicio de 2008 y 2007, el Instituto no reconoció íntegramente los efectos relativos al costo de las obligaciones laborales por \$513,402,000 miles y \$118,205,000 miles, respectivamente y solo reconoció \$12,546,018 miles y \$3,113,917 miles, respectivamente, consecuentemente al 31 de diciembre de 2008 y 2007 el pasivo laboral registrado por el Instituto es insuficiente en \$1,114,730,028 miles y \$1,026,085,046 miles, respectivamente, comparado con las cifras determinadas en los estudios actuariales.

3. Los estados financieros al 31 de diciembre de 2007 muestran la reclasificación que el H. Consejo Técnico del Instituto autorizó en su sesión del 10 de diciembre de 2008 de los depósitos efectuados en 2004, 2005 y 2006 en el fondo para el cumplimiento de obligaciones laborales favorables de carácter laboral o contractual (subcuenta 1), transfiriendo a las reservas financieras y actuariales en los seguros de riesgos de trabajo e invalidez y vida, el total de aportaciones realizadas, las cuales ascienden a \$6,835 millones más los intereses generados al 31 de octubre de 2008 por \$1,561 millones. Los efectos de esta transferencia de recursos mencionados anteriormente en los estados financieros fueron informados a este órgano de Gobierno por la dirección de Finanzas el 28 de enero de 2009, así como, las modificaciones y actualización de las reglas para la administración y manejo del fondo laboral, ver Nota 2.17.

4. Como se menciona en la Nota 2.19 a los estados financieros, a partir del 1 de enero del 2008, el Instituto adoptó la Norma de Información Financiera B-2, estado de flujos de efectivo, de aplicación prospectiva, por lo que este estado no es comparable con el estado de cambios en la situación financiera.

5. Los pasivos acumulados del Instituto relacionados con las obligaciones laborales al retiro, que no han sido registrados, aunado a las necesidades de: a) equipamiento y expansión de la capacidad de las unidades operativas, b) los altos costos de atención provocados por el crecimiento demográfico de la población derechohabiente, c) el incremento en las incidencias epidemiológicas, d) el insuficiente financiamiento de los ramos de seguros de enfermedades y maternidad, guarderías y prestaciones sociales y salud para la familia y e) la obligación de acumulación de reservas financieras actuariales; están incidiendo en que la situación financiera del Instituto se continúe deteriorando.

En nuestra opinión, los estados financieros antes mencionados, presentan razonablemente, en todos los aspectos importantes, la situación financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social, Organismo Público Descentralizado, al 31 de diciembre 2008 y 2007, y los estados de ingresos y gastos y de variaciones en el patrimonio, por los ejercicios que terminaron en esas fechas, así como el estado de flujos de efectivo por el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2008 y de cambios en la situación financiera por el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2007, de conformidad con las bases contables descritas en la Nota 2.

Asimismo, llevamos a cabo el examen de la asignación de los ingresos y gastos de cada ramo de seguro a que está obligado el Instituto, de conformidad con lo que establece el artículo 277 E de la Ley del Seguro Social y en apego a la metodología establecida para esos efectos. Dichas asignaciones fueron efectuadas bajo la responsabilidad de la Administración del Instituto. Nuestra responsabilidad consiste en expresar una opinión sobre las asignaciones mencionadas con base en nuestras revisiones, tanto de los ingresos como de los gastos, con base en pruebas selectivas de las cifras y en la evaluación de los controles internos establecidos por la Administración del Instituto.

En nuestra opinión, la asignación de ingresos y gastos a cada ramo de seguro, efectuada por la Administración del Instituto Mexicano del Seguro Social, Organismo Público Descentralizado, por los ejercicios terminados el 31 de diciembre 2008 y 2007, se realizó en apego a lo que establece el artículo 277 E de la Ley del Seguro Social y conforme a las bases incorporadas en la metodología establecida para tales efectos, descrita en la Nota 12.

Solloa, Tello de Meneses y Cía., S.C.

C.P.C. Francisco A. Tello de Meneses y Cervantes

13 de marzo de 2009

ÍNDICE

	Página
PRESENTACIÓN	iii
I. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	3
I.1. El IMSS en la Seguridad Social Mexicana.....	3
I.1.1. Regímenes de Aseguramiento del IMSS.....	5
I.1.1.1. El Régimen Obligatorio.....	6
I.1.1.2. El Régimen Voluntario.....	8
I.1.2. Esquemas de Financiamiento	8
I.2. Política Institucional.....	11
I.2.1. Eje Rector I: Mejorar la capacidad de gestión y operación del Instituto.....	13
I.2.2. Eje Rector II: Fortalecer la viabilidad financiera del IMSS.....	15
I.2.3. Eje Rector III: Preparar al Instituto para el Sistema Integrado de Salud.....	17
II. ENTORNO ECONÓMICO, DEMOGRÁFICO, EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL.....	21
II.1. El Ciclo Económico y el Seguro Social	21
II.1.1. Asegurados trabajadores.....	22
II.1.2. Asegurados no trabajadores.....	26
II.2. Dinámica de la Estructura del Mercado Laboral, 2000-2008	28
II.2.1. Terciarización de la economía.....	29
II.2.2. Tipos de relación laboral	32
II.2.2.1. Tipo de contrato.....	32
II.2.2.2. Trabajadores sujetos a ser afiliados al IMSS.....	33
II.2.3. El trabajo femenino	37
II.2.3.1. Crecimiento de los servicios de Guarderías	38
II.2.3.2. Cobertura de la demanda de los servicios de Guarderías	40
II.3. El Reto del Envejecimiento Poblacional y la Transición Epidemiológica.....	43
II.3.1. Envejecimiento de la población	43

II.3.2.	Transición epidemiológica.....	45
II.4.	Perspectivas en Salud	52
II.4.1.	Evolución de la demanda de servicios.....	52
II.4.2.	Programas de fomento a la prevención.....	54
II.4.2.1.	Niños.....	55
II.4.2.2.	Adolescentes	56
II.4.2.3.	Mujeres	57
II.4.2.4.	Hombres.....	62
II.4.2.5.	Adulto mayor	64
II.4.2.6.	Actividades extramuros y estrategias especiales	65
II.4.2.7.	Salud en el trabajo.....	66
II.4.2.8.	Principales retos	72
II.4.3.	Salud reproductiva	72
II.4.3.1.	Planificación familiar.....	73
II.4.3.2.	Salud materna	76
II.4.3.3.	Salud perinatal	77
II.4.3.4.	Climaterio y menopausia	81
II.4.4.	Acciones frente a los retos del futuro	82
II.4.4.1.	Plan gerontológico	82
II.4.4.2.	Programa Institucional de Trasplantes.....	84
II.4.4.3.	Fortalecimiento del tercer nivel de atención: Unidades Médicas de Alta Especialidad.....	85
II.5.	Cobertura Universal en Salud en 2010	86
II.5.1.	Oportunidades de coordinación entre esquemas de salud hacia la cobertura universal.....	88
II.5.2.	Retos en el proceso de ajuste entre el IMSS y el Seguro Popular, así como efectos sobre la ponderación de riesgos del Instituto.....	92
II.5.2.1.	Competencia por afiliación de trabajadores.....	92
II.5.2.2.	Incentivos para buscar el Seguro Popular en lugar de la afiliación al IMSS	95

II.5.2.3.	Impacto del Seguro Popular en la ponderación de riesgos del Instituto.....	96
III.	RESULTADOS DE LAS VALUACIONES ACTUARIALES.....	101
III.1.	Objetivo y Características de las Valuaciones Actuariales	102
III.2.	Escenario Base de las Valuaciones Actuariales	104
III.2.1.	Población asegurada sujeta a la valuación actuarial.....	104
III.2.2.	Beneficios valuados.....	105
III.2.3.	Hipótesis y bases biométricas.....	107
III.2.4.	Criterios	108
III.2.4.1.	Árboles de decisión	108
III.2.4.2.	Duración de las pensiones con carácter provisional o temporal.....	110
III.2.4.3.	Aportaciones a la Subcuenta de Vivienda	111
III.3.	Escenarios de Sensibilización	111
III.4.	Seguro de Riesgos de Trabajo	113
III.4.1.	Resultados de la valuación actuarial	113
III.4.1.1.	Proyecciones demográficas	113
III.4.1.2.	Proyecciones financieras	114
III.4.1.3.	Resultados de los escenarios de sensibilización del SRT.....	118
III.5.	Seguro de Invalidez y Vida	121
III.5.1.	Resultados de la valuación actuarial	121
III.5.1.1.	Proyecciones demográficas	121
III.5.1.2.	Proyecciones financieras	122
III.5.1.3.	Resultados de los escenarios de sensibilización del SIV	126
III.6.	Gastos Médicos de Pensionados	129
III.6.1.	Principales supuestos de la valuación actuarial.....	129
III.6.2.	Resultados de la valuación	132
III.6.2.1.	Proyecciones demográficas	132
III.6.2.2.	Proyecciones financieras	133

III.7.	Elementos Generales y Estadísticas Relevantes de las Valuaciones Actuariales.....	138
III.7.1.	Elementos generales de las valuaciones actuariales	138
III.7.2.	Estadísticas Relevantes de las Valuaciones Actuariales.....	143
IV.	PERSPECTIVAS DE LARGO PLAZO PARA SEGUROS NO EVALUADOS ACTUARIALMENTE	149
IV.1.	Esquema de Financiamiento Vigente.....	150
IV.2.	Información y Premisas.....	151
IV.3.	Resultados de las Proyecciones de Cada Seguro.....	152
IV.3.1.	Seguro de Enfermedades y Maternidad.....	152
IV.3.1.1.	Ramo de trabajadores en activo (SEM-Asegurados).....	152
IV.3.1.2.	Ramo de Gastos Médicos de Pensionados.....	154
IV.3.1.3.	Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM-Total)	156
IV.3.2.	Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	159
IV.3.3.	Seguro de Salud para la Familia	161
IV.4.	Resumen.....	163
V.	VALUACIÓN DEL PASIVO LABORAL DEL INSTITUTO EN SU CARÁCTER DE PATRÓN	167
V.1.	Sindicato e IMSS Comprometidos con el Futuro	167
V.2.	Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad, al 31 de diciembre de 2008	169
V.2.1.	Principales cambios de la NIF D-3 con respecto a la metodología del Boletín D-3, para la valuación de pasivos laborales	170
V.2.2.	Hipótesis para la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad ...	172
V.2.3.	Características de la población valuada	174
V.2.3.1.	Trabajadores en activo	174
V.2.3.2.	Jubilados y pensionados.....	178
V.2.4.	Resultados demográficos y financieros de la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad	180

V.2.4.1.	Resultados demográficos.....	180
V.2.4.2.	Resultados financieros.....	181
V.2.4.3.	Resultados de la aplicación de la norma de información financiera D-3.....	182
V.3.	Resultados del Estudio Actuarial Sobre la Suficiencia Financiera del Fondo Laboral para las Nuevas Contrataciones de Base	189
V.3.1.	Reforma del 11 de agosto de 2004 a la LSS y Convenio IMSS- SNTSS del 14 de octubre de 2005.....	189
V.3.2.	Objetivo del estudio actuarial.....	191
V.3.3.	Hipótesis utilizadas en el estudio actuarial.....	192
V.3.4.	Características de la Población Valuada	192
V.3.5.	Resultados del estudio actuarial	195
V.4.	Estadísticas Relevantes del RJP	197
V.4.1.	Evolución y principales características del RJP	197
V.4.2.	Percepciones de los jubilados del IMSS comparadas con las de trabajadores en activo del Instituto.....	201
V.4.3.	Financiamiento histórico del RJP, 1966-2008	203
V.4.4.	Aportaciones acumuladas al FCOLCLC, 1966-2008.....	205
V.4.5.	Financiamiento actual del RJP	206
VI.	ESTADO DE RESULTADOS Y BALANCE GENERAL.....	213
VI.1.	Introducción.....	213
VI.2.	Estado de Resultados.....	214
VI.2.1.	Estado de resultados global	214
VI.2.2.	Estado de resultados por ramo de seguro	218
VI.3.	Balance General.....	221
VII.	RESULTADOS DE CORTO PLAZO	227
VII.1.	Introducción.....	227
VII.2.	Panorama General de la Situación Financiera.....	230
VII.3.	Resultados para los Ramos de Aseguramiento.....	238

VII.3.1.	Seguro de Riesgos de Trabajo	241
VII.3.2.	Seguro de Enfermedades y Maternidad	243
VII.3.3.	Seguro de Invalidez y Vida.....	245
VII.3.4.	Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	247
VII.3.5.	Seguro de Salud para la Familia	249
VII.4.	Presupuesto Basado en Resultados y Sistema de Evaluación del Desempeño	251
VIII.	INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN DEL IMSS	255
VIII.1.	Ingresos Totales y Contribuciones al Seguro Social	255
VIII.1.1.	Los ingresos del IMSS.....	255
VIII.1.2.	Ingresos obrero-patronales.....	259
VIII.1.3.	Meta de recaudación de ingresos obrero-patronales	262
VIII.2.	Ampliación de la Cobertura.....	262
VIII.2.1.	Población derechohabiente	263
VIII.2.2.	Evolución de los asegurados	264
VIII.2.3.	Cotizantes.....	265
VIII.2.4.	Trabajadores eventuales del campo	267
VIII.2.5.	Reglamento de la industria de la construcción	270
VIII.3.	Salario Base de Cotización y Mejora en los Términos de Cotización	272
VIII.3.1.	El salario base de cotización	272
VIII.3.2.	Desplazamiento de cotizantes hacia rangos superiores de cotización ...	276
VIII.4.	Incentivos al Cumplimiento Voluntario	278
VIII.4.1.	IMSS Desde Su Empresa.....	278
VIII.4.2.	Movimientos afiliatorios	279
VIII.4.3.	Entrega de la EMA en diversos medios.....	279
VIII.4.4.	Pago electrónico.....	280
VIII.4.5.	Mejora Regulatoria	281
VIII.4.6.	Módulos de Recepción y Atención Integral (MORAI)	282
VIII.4.7.	Sistema de Reporte Informativo de Semanas Cotizadas	283
VIII.4.8.	Centro de Contacto IMSS (CCIMSS).....	283

VIII.5. Mayor Eficiencia en la Cobranza.....	284
VIII.5.1. Índices de recuperación de la emisión.....	284
VIII.5.2. Convenios de pago en parcialidades	287
VIII.5.3. Evolución de la cartera en mora	287
IX. LAS RESERVAS DEL IMSS.....	291
IX.1. Administración de las Reservas y el Fondo Laboral.....	291
IX.1.1. Antecedentes	291
IX.1.2. Reservas y fondos para enfrentar pasivos de distinta naturaleza	291
IX.1.3. Estructura y propósito de las reservas y el Fondo Laboral.....	291
IX.2. Marco Normativo	294
IX.3. Proceso Integral de Inversión y Gobierno Corporativo	298
IX.3.1. Consejo Técnico, Comisión de Inversiones Financieras y proceso integral de inversión	298
IX.3.2. Asignación estratégica de activos.....	298
IX.3.3. Inversiones.....	299
IX.3.4. Control de Operaciones	299
IX.3.5. Administración de Riesgos y Evaluación.....	300
IX.3.6. Estrategias de inversión.....	301
IX.3.7. Evolución del portafolio de inversión	301
IX.3.7.1. Asignación estratégica de activos.....	302
IX.3.7.2. Asignación estratégica de activos, 2008.....	302
IX.3.7.3. Asignación estratégica de activos, segundo semestre 2008 .	302
IX.3.8. Posición del portafolio de inversión.....	304
IX.3.9. Fondeos y transferencias efectuadas para constituir, incrementar, reconstituir o hacer uso de las reservas y las Subcuentas del Fondo Laboral.....	305
IX.3.10. Cumplimiento de límites	306
IX.3.11. Evaluación del desempeño	308
IX.4. Manejo de las Reservas Ante la Crisis.....	311
IX.4.1. Entorno financiero	311

IX.4.2.	Medidas Prudenciales de Inversión	312
IX.4.3.	Productos financieros y exposición en bancos extranjeros y deuda corporativa	312
IX.4.4.	Valuación de Inversiones.....	313
IX.5.	Acciones de Mejora Implementadas	313
X.	SITUACIÓN DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPO DEL INSTITUTO ...	317
X.1.	Infraestructura Inmobiliaria Institucional.....	317
X.1.1.	Unidades médicas	317
X.1.2.	Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE)	321
X.1.3.	Estado que guardan las unidades médicas	323
X.1.4.	Programa IMSS-Oportunidades.....	324
X.1.4.1.	Estado que guardan las unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades	326
X.1.5.	Unidades no médicas	329
X.1.5.1.	Estado que guardan los inmuebles no médicos	330
X.2.	Equipamiento Médico Institucional.....	331
X.2.1.	Panorama general del equipo médico institucional	331
X.2.2.	Inversión en equipamiento.....	332
X.2.3.	Equipo médico adquirido.....	333
X.2.4.	Equipo médico con presupuesto autorizado en proceso de adquisición	334
X.2.5.	Equipo médico pendiente de adquirir	334
X.3.	Programa de Inversiones.....	335
X.3.1.	Medicina familiar.....	336
X.3.2.	Hospitales generales	338
X.3.2.1.	Unidades Médicas de Atención Ambulatoria	340
X.3.3.	Unidades Médicas de Alta Especialidad.....	340
X.3.4.	Programa IMSS-Oportunidades.....	341
X.3.5.	Escuelas de Enfermería y Centros de Investigación Educativa y Formación Docente.....	342
X.3.6.	Equipamiento en tecnologías de la información y comunicación	344

X.3.7.	Servicios de incorporación y recaudación.....	348
X.3.8.	Infraestructura informática	349
X.3.9.	Centros vacacionales	351
X.3.10.	Recuperación de obras inconclusas	351
X.4.	Perspectivas sobre las Instalaciones y Equipo Médico	354
X.4.1.	Estrategias innovadoras	357
XI.	RIESGOS ADICIONALES DEL INSTITUTO	361
XI.1.	Contingencias de Carácter Litigioso.....	361
XI.1.1.	Juicios laborales	362
XI.1.2.	Juicios fiscales	363
XI.1.3.	Juicios civiles, mercantiles y de otra índole	365
XI.1.4.	Programa Nacional de Atención y Control de Juicios	366
XI.1.4.1.	Juicios laborales	367
XI.1.4.2.	Juicios fiscales	373
XI.1.4.3.	Recursos de inconformidad	379
XI.2.	Riesgo del Aumento en el Gasto en Enfermedades Crónico-Degenerativas de Alto Impacto	379
XI.2.1.	Evolución bianual 2004-2008	380
XI.2.2.	Proyecciones 2009-2050	381
XI.2.2.1.	Escenario base	381
XI.2.2.2.	Escenario catastrófico.....	386
XI.2.2.3.	Comparativo entre los escenarios base y catastrófico	388
XII.	PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES.....	393
XII.1.	Introducción.....	393
XII.1.1.	Modelo de Atención Integral a la Salud.....	395
XII.1.2.	Cobertura del Programa.....	396
XII.2.	Resultados del Programa IMSS-Oportunidades	398
XII.2.1.	Calidad de la atención médica.....	398

XII.2.2.	La asesoría-supervisión como estrategia para mejorar la atención médica en Unidades de primero y segundo niveles.....	401
XII.2.3.	PREVENIMSS.....	402
XII.2.4.	Atención materno infantil	403
	XII.2.4.1. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	404
	XII.2.4.2. Programa de Vacunación Universal	405
XII.2.5.	Salud reproductiva	406
	XII.2.5.1. Mortalidad materna.....	406
XII.2.6.	Atención integral al adolescente	408
XII.2.7.	Salud ginecológica.....	409
XII.2.8.	Vigilancia epidemiológica	410
	XII.2.8.1. Familias participantes en saneamiento básico y producción de alimentos	412
XII.2.9.	Detección y control de la tuberculosis.....	412
XII.2.10.	Detección y control de padecimientos crónico-degenerativos	413
XII.2.11.	Capacitación del personal médico	414
XII.2.12.	Encuentros Médico-Quirúrgicos.....	416
XII.2.13.	La participación comunitaria en la promoción de la salud	417
XII.3.	Situación Financiera y Ejercicio Presupuestal del Programa	417
	XII.3.1. Infraestructura y equipo	418
XII.4.	Conclusiones	419
XIII.	SUFICIENCIA FINANCIERA	423
XIII.1.	Escenarios Evaluados y sus Resultados	426
	XIII.1.1. Situación Actual del IMSS	427
	XIII.1.2. Escenario base.....	428
	XIII.1.2.1. Comparativo escenario base Informe actual y anterior.....	429
	XIII.1.3. Escenario con uso de reservas	431
	XIII.1.4. Escenario con constitución de reserva óptima.....	431
	XIII.1.5. Escenario con constitución de reserva promedio.....	433

XIII.2. Impacto de la Implementación de Políticas para Mejorar la Suficiencia Financiera del IMSS.....	433
XIII.2.1. Políticas Endógenas.....	434
XIII.2.2. Políticas Exógenas.....	435
XIII.2.2.1. Política Exógena sin costo fiscal	435
XIII.2.2.2. Políticas externas que implican un costo fiscal	436
XIII.2.2.3. Evaluación conjunta de todas las Políticas Exógenas	444
XIII.3. Conclusiones.....	445
 XIV. RESPUESTA ANTE LA CONTINGENCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	 449
XIV.1. Acciones Emprendidas por el IMSS	449
XIV.1.1. Estrategia de comunicación.....	449
XIV.1.2. Continuidad de los servicios de salud	451
XIV.1.3. Medidas para evitar la propagación.....	454
XIV.1.4. Apoyo a la actividad productiva.....	457
XIV.2. Evolución y Tendencias.....	458
XIV.3. Compromiso Institucional	461
 ÍNDICES DE GRÁFICAS Y CUADROS	 463

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

I. Obligación Legal y Expresión de Transparencia

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social (LSS), el Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social presenta este Informe a consideración del Ejecutivo Federal y del Congreso de la Unión. El Informe presenta un diagnóstico detallado sobre la situación financiera y presupuestaria –presente y futura–, los principales riesgos que enfrenta el Instituto, así como diversas políticas que contribuirían a resolver la problemática descrita. Es importante recalcar que los resultados contables y actuariales, base de este documento, fueron dictaminados por auditores externos.

El contenido del documento se ajusta a lo establecido por el citado Artículo 273:

- Los capítulos III, IV y VI dan cumplimiento a la fracción I, la cual establece incluir *“la situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto, y actuarial de sus reservas, aportando elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de cada seguro”*.
- Los capítulos V, VI, IX y XIII observan lo establecido en la fracción II: *“los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se están tomando en cada seguro y la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos en función de sus ingresos y las reservas disponibles”*.
- Los capítulos III, IV, VI y XIII ofrecen sustento a lo establecido en la fracción III: *“estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas obrero patronales y a las cuotas, contribuciones y aportaciones del Gobierno Federal de cada seguro, en su caso, que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto, y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas”*.
- Los capítulos V y XI responden a la exigencia de la fracción IV que establece *“la situación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal”*.
- El capítulo II da cumplimiento al penúltimo párrafo del Artículo *“....el Instituto informará sobre las tendencias demográficas de su población beneficiaria, incluyendo modificaciones en la esperanza de vida; tendencias en la transición demográfica, y cambios en la composición de género de la fuerza laboral, entre otros factores. La*

estimación de riesgos, a su vez, considerará factores derivados del ciclo económico, de la evolución del costo de los tratamientos y medicamentos, los costos laborales, de la situación macroeconómica, así como cualquier otro factor que afecte la capacidad del Instituto para cumplir con sus compromisos.....”.

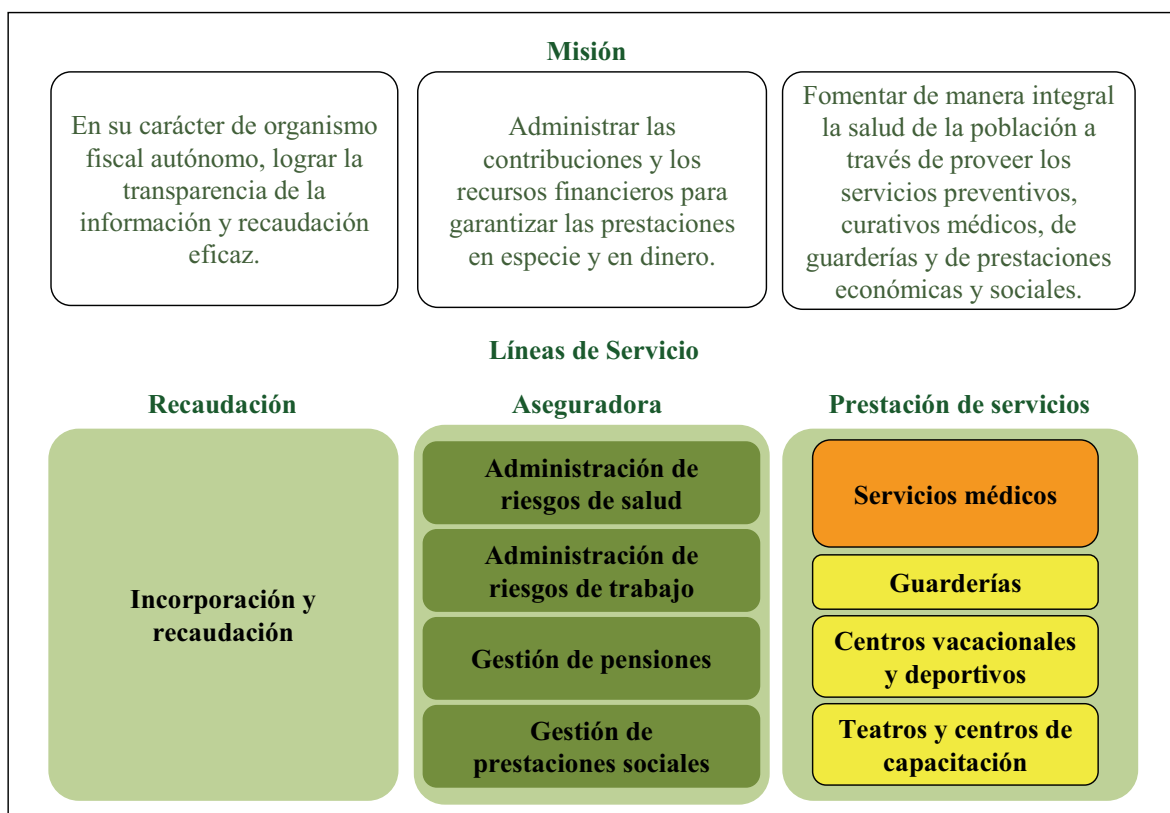
- El capítulo X ofrece elementos requeridos por su último párrafo “...información sobre el estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica....”.

En un ejercicio de transparencia, este Informe ha sido puesto a disposición del público a través de la página de Internet del Instituto. El mismo constituye, desde 2001, un instrumento de consulta anual, serio y detallado, que permite a los sectores de la sociedad, pero particularmente al Ejecutivo Federal y al H. Congreso de la Unión, contar con un diagnóstico certero de la situación del Instituto y un importante insumo para continuar con un debate informado sobre los retos que enfrenta la institución pilar del Sistema Nacional de Salud de nuestro país y las soluciones que requiere para superarlos.

II. Política Institucional

Como se observa a lo largo del Informe, el Instituto presenta un panorama complejo respecto de su viabilidad financiera en los próximos años. En este sentido, la presente administración ha puesto en marcha una política institucional que responde en forma ágil y efectiva a los grandes retos internos y externos a que se enfrenta.

La *Misión* del IMSS, de acuerdo con sus mandatos y estructura, se puede conceptualizar alrededor de tres *líneas de servicio*: i) aseguradora; ii) prestadora de servicios; y, iii) recaudación. Cada una de ellas, como se puede observar en el siguiente cuadro, con funciones de naturaleza muy diferente.

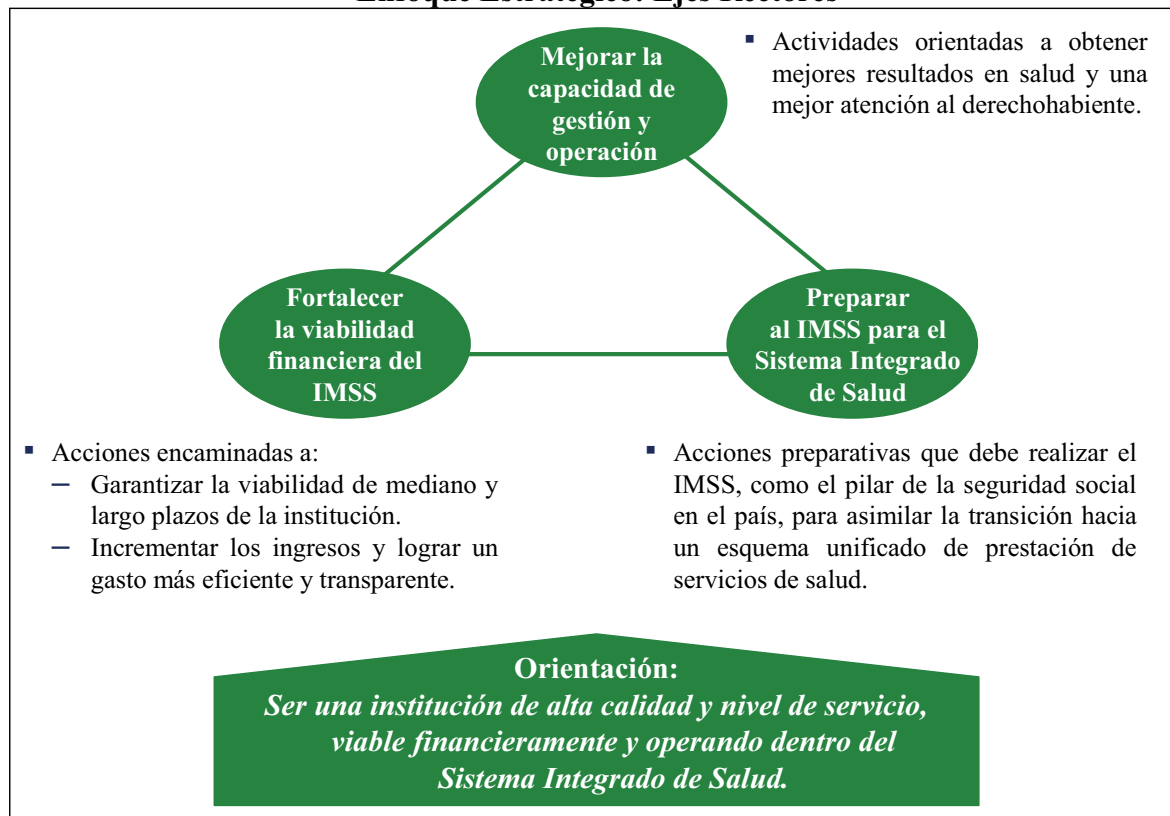


Fuente: IMSS.

La *Visión* del IMSS hacia 2012 se enmarca en un Instituto que transita –gradual y efectivamente– hacia una estructura organizativa que le permita contar con estas tres líneas de servicios, operativamente independientes y a la vez eficientes y eficaces, tanto en su interactuar interno como externo.

El enfoque estratégico de la política institucional está conformado por tres ejes rectores, los cuales buscan atender los retos del quehacer institucional, y pueden circunscribirse como: i) mejorar la capacidad de gestión y operación; ii) fortalecer la viabilidad financiera del Instituto; y, iii) preparar al IMSS para el Sistema Integrado de Salud, en el contexto de la cobertura universal en salud.

Enfoque Estratégico: Ejes Rectores



Fuente: IMSS.

Eje Rector I: Mejorar la capacidad de gestión y operación del Instituto

Los niveles de calidad en el servicio y satisfacción presentan áreas de oportunidad importantes. En este sentido, este eje se orienta hacia la mejora de la oferta de los servicios y la capacidad resolutoria en todos los niveles de atención, con el fin de cumplir con las demandas y expectativas de la población derechohabiente.

Todas las actividades del quehacer institucional están orientadas a brindar una mejor respuesta; lo anterior incluye contar con una infraestructura más adecuada, abasto de insumos médicos en niveles aceptables y capital humano más productivo. Esto deberá reflejarse en un servicio más oportuno, cálido y efectivo. De este eje rector se desprenden cuatro frentes de trabajo:

Frente I.1. Mejorar la calidad de los servicios

Las acciones se enfocan a proporcionar a los derechohabientes, patrones, pensionados y jubilados un servicio integral, ágil y de calidad que responda a sus necesidades reales. Ello implica la consolidación de un modelo de atención concebido desde el punto de vista de la satisfacción del

usuario y de sus adecuadas necesidades diagnósticas y terapéuticas, y no exclusivamente desde el mero cumplimiento de los protocolos de atención como procesos operativos.

Destacan acciones para: i) asegurar el abasto suficiente de medicamentos e insumos terapéuticos con entregas mejor calendarizadas, estables y con mayor grado de cumplimiento; ii) reducir el índice de mortalidad materna; iii) consulta sábados y domingos; iv) proporcionar atención médica domiciliaria; v) atención para la rehabilitación de incapacitados e inválidos para su reinserción en el mercado laboral; y, vi) diseño y control de planes de contingencia y vigilancia a la salud.

Frente I.2. Mejorar la calidez de la atención

El Instituto se está poniendo en los zapatos del derechohabiente. Se trata sobre todo de mantener su confianza. En este sentido se busca permanentemente brindar un trato al derechohabiente con mayor sensibilidad humana, ampliando y fortaleciendo los canales de comunicación y de espacios físicos dignos y funcionales en los que esté al frente una especialista o técnica en atención y orientación al derechohabiente; pero sobre todo, fortaleciendo la calidez de la atención.

Las iniciativas en este frente de trabajo buscan facilitar los trámites y disminuir las molestias de los usuarios; incrementando el porcentaje de satisfacción y disminuyendo el número de quejas recibidas.

Frente I.3. Fortalecer la infraestructura

El Instituto despliega una serie de acciones para la actualización de la infraestructura inmobiliaria, tecnológica y de equipamiento médico a nivel nacional. Para ello, está en marcha el Programa de Inversión en Infraestructura y Equipamiento en Salud más ambicioso en décadas, con el propósito de avanzar en la solución del rezago actual en infraestructura que impide dar un mejor y más oportuno servicio en todos los niveles de atención.

Las iniciativas en esta materia se orientan a contar con un crecimiento óptimo en la infraestructura institucional, entre las que se encuentran: i) desarrollo de un sistema de planeación y diseño de obras nuevas, y acciones de ampliación y remodelación; y, ii) mejorar la utilización de los servicios actuales a través de programas como “Hospital sin Ladrillos”, que reorienten el uso de espacios y camas en los hospitales; así como el de “Hospitales Mixtos” con los cuales se fortalece a hospitales rurales para la correcta atención del derechohabiente.

Frente I.4. Fortalecer recursos humanos y organización

Este frente de trabajo se orienta a instrumentar un proyecto de capacitación institucional, dirigido al personal que tiene contacto directo con el derechohabiente, para sensibilizarlo y dotarlo de las técnicas, habilidades y conocimientos necesarios para el óptimo desempeño de sus labores.

El objetivo es contar con servidores públicos que desarrollen capacidades que les permitan brindar un servicio cálido, amable y de calidad; que refuercen su capacidad de respuesta frente a situaciones tales como la sobredemanda, la molestia de los usuarios o la procedencia de un trámite en específico.

Eje Rector II: Fortalecer la viabilidad financiera del IMSS

Este eje se centra en la búsqueda continua de una administración transparente y eficiente de los recursos. Incluye acciones encaminadas a fortalecer los ingresos, a lograr un gasto más eficiente y asignar prioritariamente recursos hacia acciones de atención preventiva que permitan mejorar el escenario epidemiológico de la población usuaria. Se trata, además, de encontrar el balance óptimo entre mejorar la cantidad y calidad de la atención al derechohabiente con un Instituto financieramente viable en el mediano y largo plazos. De este eje rector se desprenden cuatro frentes de trabajo:

Frente II.1. Fortalecer ingresos

Está orientado a mejorar la recaudación mediante iniciativas que permiten una mayor eficacia y eficiencia en su accionar, entre ellas destacan: i) diseño y aplicación de una mejor estrategia de fiscalización; ii) desarrollo de un sistema informático integral de los procesos de incorporación y recaudación; iii) facilitar el cumplimiento voluntario de las obligaciones, entre las que sobresale el sistema de pago referenciado a través de Internet; y, iv) reducción de la cartera en mora.

Frente II.2. Realizar un gasto más eficiente y transparente

Se refiere a las acciones de mejora enfocadas a ganar eficiencia interna y una optimización continua de los procesos sustantivos. Se centra en una mayor flexibilidad presupuestal para facilitar el quehacer diario, dentro de un marco de rendición clara de cuentas.

Entre otras medidas de carácter administrativo para realizar un gasto más eficiente y transparente se encuentran: i) ahorros en abasto a través de la adopción de múltiples estrategias como subastas en reversa, compras multianuales, compras centralizadas y regulación de compras

descentralizadas, entre otras; ii) mayor transparencia y rendición de cuentas, a través de la participación de la figura del testigo social en las licitaciones; iii) ampliar el número de servicios brindados, previa identificación del derechohabiente, mediante la credencial ADIMSS con la función de huella digital; iv) instrumentar mecanismos de medición y gestión del producto hospitalario a través de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) que permitan comparar costos de producción en las unidades de servicio y llevar a cabo medidas que permitan homogeneizar los servicios. Este mismo razonamiento se aplica para los servicios ambulatorios a través del uso de Grupos Relacionados de Atención Ambulatoria (GRAA); y, v) la implementación de un sistema de información para el control y fiscalización de las incapacidades que evite el uso fraudulento de las mismas.

Frente II.3. Fortalecer la atención preventiva

La transición epidemiológica del país repercute gravemente sobre las finanzas del Instituto. La población envejece y sus padecimientos crónicos resultan ser mucho más costosos. Como medidas de solución se asignan recursos suficientes para el fortalecimiento de la estrategia de los Programas Integrados de Salud, prioritariamente PREVENIMSS, DIABETIMSS, y el Plan Gerontológico, cuyas acciones se basan en la prevención, la curación y la rehabilitación. Asimismo, se refuerza la entrega informada de Cartillas de Salud y Guías para el Cuidado de la Salud.

Frente II.4. Mejorar la suficiencia presupuestal

Está conformado por una serie de medidas endógenas y exógenas que impactan los ingresos y gastos del Instituto. Estas medidas están encaminadas a incrementar los recursos –propios y externos–, así como a disminuir los gastos no prioritarios y reorientar los recursos hacia el financiamiento de actividades de alto impacto en los derechohabientes.

Es necesario propiciar un debate serio y a fondo entre Ejecutivo Federal, Congreso de la Unión y sociedad en general, de aquellas acciones que implicarían una modificación a la Ley del Seguro Social (LSS) y uso de recursos fiscales. El logro de un consenso es básico para alcanzar el fortalecimiento del Instituto.

Eje Rector III: Preparar al Instituto para el Sistema Integrado de Salud

El IMSS, como pilar de la seguridad social y principal proveedor de servicios de salud en México, se prepara para insertarse de manera eficiente al Sistema Integrado de Salud que se está forjando en el país. En este sentido, el Instituto está trabajando en acciones específicas que le ayuden a transitar hacia ese Sistema Integrado de servicios de salud. De este eje rector se desprenden tres frentes de trabajo:

Frente III.1. Promover la portabilidad de derechos

El acceso a los servicios básicos de salud es un derecho fundamental de los ciudadanos; por ello el IMSS, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud en esta materia, coordina acciones para buscar que los derechohabientes y los usuarios tengan cobertura de atención en salud en cualquiera de las instituciones proveedoras de servicios en el país.

La portabilidad consiste en que todo ciudadano que cuente con algún seguro de salud, tenga el derecho de acudir a cualquier institución para su atención. Así, las tareas que realiza el IMSS en esta materia se encaminan, por un lado, a estructurar los mecanismos de intercambio de información para lograr un Sistema Integrado de Salud, lo que considera: i) estandarizar el padrón de derechohabientes del IMSS con otras instituciones, ii) concretar el padrón de IMSS-Oportunidades; iii) dar cumplimiento a las metas de credencialización y reexpedición en el marco del programa ADIMSS; iv) hacer compatible el uso del Expediente Clínico Electrónico (ECE), para que en cualquier clínica o unidad médica de los tres niveles de atención, a nivel nacional, se pueda consultar el historial del paciente; v) contar con una base nacional de datos de salud y guías de práctica clínica; y, vi) contar con un sistema de precios y costos para paquetes de servicios.

Frente III.2. Promover la convergencia de servicios de salud

La convergencia entre las instituciones de los servicios de salud requiere establecer mecanismos de colaboración para que la atención médica se preste de forma unificada o estandarizada, sin distinción entre instituciones públicas o privadas, federales o estatales. Ello significa mayor y mejor coordinación en el uso compartido de los recursos, dados los costos administrativos de operación en cada una de las instituciones.

En este sentido, el IMSS junto con otras instancias del Sistema Nacional de Salud, trabaja: i) en el desarrollo de “guías de práctica clínica” para que exista un estándar mínimo de

atención semejante en todas las instituciones; ii) en el establecimiento de “paquetes de servicios” respaldados con un “modelo de costeo” por actividad o proceso, por grupo relacionado de diagnóstico (GRD) y por grupo relacionado de atención ambulatoria (GRAA); y, iii) en un programa integral de inversión física en salud, que implique el intercambio de información respecto de la infraestructura existente, su ubicación, condiciones y capacidad instalada, para poder dimensionar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes y planear el monto de las inversiones futuras.

Frente III.3 Desarrollar un mercado de servicios de salud

El Instituto debe participar en la creación de un mercado interinstitucional de servicios de salud, profundo y robusto, que haga tangibles los beneficios de la portabilidad y la convergencia antes referidas. Su maduración radica en la definición de un esquema de intercambio o compra-venta de servicios médicos, como un resultado del acceso nacional al Sistema Integrado de Salud.

Este frente de trabajo requiere clarificar aspectos como: i) la separación del financiamiento de la prestación de los servicios; ii) la separación del aseguramiento contra riesgos de salud personales, de otro tipo de seguros y beneficios de la seguridad social; iii) la separación de la provisión de servicios de otro tipo de bienes públicos (como la promoción y prevención comunitaria); iv) la solución de dilemas básicos, en el marco de los derechos individuales, como definir el alcance de la cobertura; y, v) en el largo plazo, integrar todos los subsistemas de salud en uno.

III. Grandes Retos y Respuesta Institucional

La política institucional antes descrita, parte de una situación financiera –presente y futura– compleja para el Instituto. En los siete informes anteriores y en el presente, se han venido reportando de forma sistemática los grandes retos –internos y externos– que ponen en peligro la viabilidad financiera del IMSS.

Entre los grandes retos internos se encuentra una infraestructura rebasada por la creciente demanda de servicios, así como un Régimen de Jubilaciones y Pensiones que imputa un importante pasivo laboral. Externamente, el Instituto enfrenta una transición demográfica y epidemiológica que conlleva al derechohabiente hacia padecimientos crecientemente complejos y costosos de orden crónico degenerativo. Un efecto que agrava esta situación es la tendencia mundial hacia un incremento en el costo de los servicios de salud. Ante este escenario, los

seguros médicos y, en especial, el ramo de Gastos Médicos de Pensionados tienen un gran reto para seguir prestando servicios en la cantidad y calidad que demandan los usuarios. Por otra parte, un servicio altamente valorado entre las madres trabajadoras afiliadas al IMSS es el de guardería donde se tiene aún un déficit importante que cubrir.

Los retos internos y externos que enfrenta el Instituto en su conjunto se reflejan en un panorama financiero que es sin duda alguna complicado. Así lo muestran las proyecciones actuariales y financieras contenidas en este Informe.

Ante este escenario adverso, el Instituto no ha dejado de trabajar y organizarse para lograr una mayor eficiencia en su actuar. Así, se han logrado avances importantes y en muchos casos se ha logrado revertir el deterioro histórico, aunque en otros –los más– desafortunadamente no ha sido posible.

III.1. Internos: Retos y Respuesta Institucional

III.1.1. Aumento y Renovación de la Infraestructura Médica

Con la finalidad de incrementar la atención y ofrecer un mejor servicio a los derechohabientes, una prioridad establecida desde el inicio de la presente administración ha sido detener y revertir el deterioro en los indicadores básicos de infraestructura presentes en los últimos 25 años.

La infraestructura con que cuenta actualmente el Instituto, a pesar de ser la mayor y más avanzada en el país, es insuficiente para ofrecer la cantidad y calidad de servicios de salud que merecen los más de 45 millones de derechohabientes.

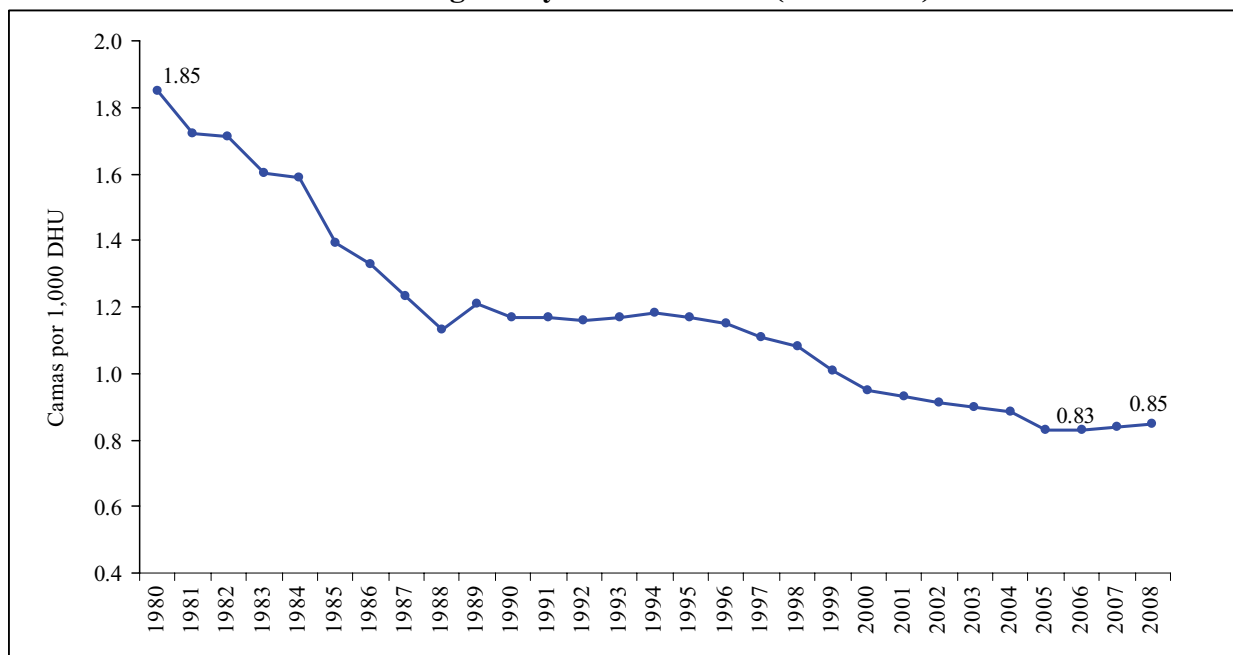
En el capítulo X se presenta a detalle la situación de las instalaciones y el equipo del Instituto. A diciembre de 2008 se contaba con 1,830 unidades médicas entre las que sobresalen:

- 1,500 Unidades de primer nivel. De éstas 1,100 son Unidades de Medicina Familiar y 400 son Unidades auxiliares (ocho Unidades de Medicina Familiar nuevas en 2008).
- 225 Hospitales de segundo nivel.
- 33 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (cuatro unidades nuevas en 2008).
- 37 Hospitales de tercer nivel.

Con base en lo anterior, en los últimos dos informes se ha dado seguimiento puntual a la insuficiencia de la capacidad instalada, medida a través del indicador *número de camas por mil derechohabientes usuarios* –indicador internacionalmente aceptado–, el cual pasó de 1.85 en

1980 a 0.83 en 2006, año en que se revierte la tendencia, aunque en forma leve, para aumentar a 0.84 en 2007 y 0.85 en 2008, como se observa en la siguiente gráfica.

**Camas Censables por cada 1,000 Derechohabientes Usuarios
Segundo y Tercer Niveles (1980-2008)**



Fuente: IMSS.

El logro, sin duda alguna, es importante y es resultado de un esfuerzo institucional de reorientación de recursos hacia la inversión en ampliación, remodelación y construcción de nuevas unidades. Sin embargo, se está muy lejos aún de los niveles logrados por el Instituto en el pasado y de aquellos observados a nivel nacional, así como de los valores internacionales a los que se aspira a llegar.¹

El rezago en infraestructura es más acentuado al analizar en forma individual el segundo nivel de atención. En 1986 se contaba con 1.03 camas de segundo nivel por 1,000 derechohabientes usuarios, indicador que disminuyó a 0.63 en 2006, y que gracias al esfuerzo institucional de los últimos años, repuntó ligeramente a 0.67 en 2008.

La distribución de la infraestructura médica del Instituto con respecto a la concentración de derechohabientes es heterogénea en las diferentes regiones del país; es decir, existen estados que presentan rezagos aun mayores en infraestructura. Estos indicadores permiten, entre otros

¹ México como país presenta un indicador de 1.1 camas por mil habitantes. En 2006, el promedio simple de los países miembros de la OCDE para este indicador fue de 3.9.

factores, reorientar la inversión institucional hacia aquellos lugares donde más se necesita. En este sentido, se presentan los siguientes cuadros con el indicador número de camas por 1,000 derechohabientes usuarios por Delegación:

Infraestructura Existente y Faltante en Camas Hospitalarias por Delegación
Segundo y Tercer Niveles de Atención
(Requerimientos para alcanzar un índice de 1.0 camas censables por 1,000 DHU)^{/1}

Delegación	Camas existentes	Población adscrita a médico familiar ^{2/}	Camas x 1000 DHU actual	Camas necesarias para 1 cama x 1000 DHU	Camas faltantes	Hospitales modelo de 144 camas necesarios ^{3/}
Estado de México Ote.	1,377	2,878,828	0.48	2,879	-1,502	10.4
Estado de México Pte.	801	1,417,257	0.57	1,417	-616	4.3
Tamaulipas	844	1,355,085	0.62	1,355	-511	3.5
Guanajuato	1,142	1,644,698	0.69	1,645	-503	3.5
Querétaro	309	715,339	0.43	715	-406	2.8
Baja California	1,049	1,413,392	0.74	1,413	-364	2.5
Nuevo León	2,253	2,608,046	0.86	2,608	-355	2.5
Chihuahua	1,314	1,569,586	0.84	1,570	-256	1.8
Aguascalientes	308	535,521	0.58	536	-228	1.6
Sonora	973	1,166,307	0.83	1,166	-193	1.3
Sinaloa	942	1,132,964	0.83	1,133	-191	1.3
Michoacán	643	831,378	0.77	831	-188	1.3
Quintana Roo	310	497,341	0.62	497	-187	1.3
Coahuila	1,420	1,591,532	0.89	1,592	-172	1.2
Chiapas	294	461,719	0.64	462	-168	1.2
Guerrero	389	549,197	0.71	549	-160	1.1
Hidalgo	291	440,849	0.66	441	-150	1.0
San Luis Potosí	645	792,612	0.81	793	-148	1.0
Morelos	318	464,408	0.68	464	-146	1.0
Tabasco	206	326,188	0.63	326	-120	0.8
Veracruz Sur	716	823,116	0.87	823	-107	0.7
Zacatecas	225	331,654	0.68	332	-107	0.7
Baja California Sur	170	262,122	0.65	262	-92	0.6
Tlaxcala	184	275,936	0.67	276	-92	0.6
Yucatán	710	801,671	0.89	802	-92	0.6
Nayarit	216	307,316	0.70	307	-91	0.6
Campeche	168	250,627	0.67	251	-83	0.6
Puebla	1,052	1,133,268	0.93	1,133	-81	0.6
Veracruz Norte	917	994,310	0.92	994	-77	0.5
Oaxaca	289	365,365	0.79	365	-76	0.5
Durango	466	527,449	0.88	527	-61	0.4
Colima	195	249,922	0.78	250	-55	0.4
Jalisco	3,031	3,003,823	1.01	3,004	27	-0.2
Distrito Federal Sur	2,855	2,329,889	1.23	2,330	525	-3.6
Distrito Federal Norte	3,255	1,563,464	2.08	1,563	1,692	-11.7
Total	30,277	35,612,179	0.85	35,612	-7,579 ^{/4}	52.6 ^{/4}

^{/1} El valor objetivo de 1.0 del indicador de camas por mil derechohabientes usuarios se compone de la suma de 0.8 camas censables de segundo nivel y de 0.2 camas censables de tercer nivel.

^{/2} Población del censo junio 2008.

^{/3} El hospital de 144 camas corresponde a un modelo arquitectónico prototipo, cuya capacidad varía entre las 89 y las 199 camas, en función de la población demandante y la capacidad resolutive que se determine para su óptima operación.

^{/4} El total incluye sólo las faltantes.

Fuente: IMSS.

Infraestructura Existente y Faltante en Camas Hospitalarias por Delegación
Segundo Nivel de Atención
(Requerimientos para alcanzar un índice de 0.8 camas censables por 1,000 DHU)

Delegación	Camas existentes	Población adscrita a médico familiar ^{1/}	Camas x 1000 DHU actual	Camas necesarias para 0.8 camas x 1000 DHU	Camas faltantes	Hospitales modelo de 144 camas necesarios ^{2/}
Nuevo León	1,054	2,608,046	0.40	2,086	-1,032	7.2
Estado de México Ote.	1,377	2,878,828	0.48	2,303	-926	6.4
Estado de México Pte.	535	1,417,257	0.38	1,134	-599	4.2
Jalisco	2,118	3,003,823	0.71	2,403	-285	2.0
Querétaro	309	715,339	0.43	572	-263	1.8
Tamaulipas	844	1,355,085	0.62	1,084	-240	1.7
Distrito Federal Sur	1,673	2,329,889	0.72	1,864	-191	1.3
Guanajuato	1,142	1,644,698	0.69	1,316	-174	1.2
Distrito Federal Norte	1,092	1,563,464	0.70	1,251	-159	1.1
Puebla	762	1,133,268	0.67	907	-145	1.0
Veracruz Norte	655	994,310	0.66	795	-140	1.0
Aguascalientes	308	535,521	0.58	428	-120	0.8
Quintana Roo	310	497,341	0.62	398	-88	0.6
Yucatán	555	801,671	0.69	641	-86	0.6
Baja California	1,049	1,413,392	0.74	1,131	-82	0.6
Chiapas	294	461,719	0.64	369	-75	0.5
Hidalgo	291	440,849	0.66	353	-62	0.4
Tabasco	206	326,188	0.63	261	-55	0.4
Morelos	318	464,408	0.68	372	-54	0.4
Guerrero	389	549,197	0.71	439	-50	0.3
Zacatecas	225	331,654	0.68	265	-40	0.3
Baja California Sur	170	262,122	0.65	210	-40	0.3
Tlaxcala	184	275,936	0.67	221	-37	0.3
Campeche	168	250,627	0.67	201	-33	0.2
Nayarit	216	307,316	0.70	246	-30	0.2
Michoacán	643	831,378	0.77	665	-22	0.2
Colima	195	249,922	0.78	200	-5	0.0
Oaxaca	289	365,365	0.79	292	-3	0.0
San Luis Potosí	645	792,612	0.81	634	11	-0.1
Sinaloa	942	1,132,964	0.83	906	36	-0.2
Sonora	973	1,166,307	0.83	933	40	-0.3
Durango	466	527,449	0.88	422	44	-0.3
Veracruz Sur	716	823,116	0.87	658	58	-0.4
Chihuahua	1,314	1,569,586	0.84	1,256	58	-0.4
Coahuila	1,362	1,591,532	0.86	1,273	89	-0.6
Total	23,789	35,612,179	0.67	28,490	-5,036^{3/}	35.0^{3/}

^{1/} Población del censo junio 2008.

^{2/} El hospital de 144 camas corresponde a un modelo arquitectónico prototipo, cuya capacidad varía entre las 89 y las 199 camas en función de la población demandante y la capacidad resolutive que se determine para su óptima operación.

^{3/} El total incluye sólo las faltantes.

Fuente: IMSS.

Las cifras anteriores muestran que serían necesarias cerca de 7,600 camas adicionales equivalente a la construcción de 53 hospitales con un costo cercano a los 45,000 millones de pesos, si se aspira a que el Instituto cuente con al menos 1.0 camas por cada 1,000 derechohabientes usuarios.

Más aún, como se ha mencionado con anterioridad en otros informes, se tiene estimado que para abatir el rezago existente en infraestructura en unidades médicas del Instituto es necesaria una inversión que oscila alrededor de los 60,000 millones de pesos.

Además, como se presenta en el capítulo II, la tendencia en el número de trabajadores que se incorporarán al mercado laboral es al alza, a pesar de la baja temporal enmarcada en el ciclo económico, lo que se traducirá en un aumento en el número de trabajadores afiliados en los próximos años. Estos nuevos derechohabientes –incluyendo a sus familiares– si bien constituirán una fuente complementaria de ingresos, es claro que generarán una demanda adicional de atención. Se estima que por cada 500,000 trabajadores afiliados, que se traducirán en un total de 1'400,000 derechohabientes usuarios adicionales, se necesitarán 243 nuevos consultorios de medicina familiar, con un costo de inversión de 1,879 millones de pesos; 3.7 UMAA, con un costo de 327 millones de pesos y 1,120 camas adicionales de hospital de segundo nivel, con un costo de 4,067 millones de pesos, para evitar la generación de mayores rezagos en materia de atención médica.

En este contexto, y a pesar de la difícil situación financiera que enfrenta el Instituto, el H. Consejo Técnico estableció como prioridad los programas de inversión 2008 y 2009.

El ejercicio real de flujo de efectivo, dentro del programa de inversión 2008, fue de 2,142 millones de pesos, más 1,070 millones de pesos que fueron pagados en 2009, resultando en un total de 3,212 millones de pesos. De esta cantidad, 1,650 millones de pesos se destinaron a obra pública y 1,562 millones de pesos a la compra de bienes muebles e inmuebles.

Por su parte, en 2009 se tienen presupuestados recursos para inversión física por 6,121 millones de pesos.

De esta última cantidad, se destinan 3,119 millones de pesos a 242 proyectos de obra pública y equipo asociado a la misma:

- 41 proyectos anuales por un monto de 478 millones de pesos (distribuidos en 420 millones de pesos para obra pública y 58 millones de pesos para equipo asociado a obra).
- Culminación en 2009 de 78 proyectos multianuales por una cantidad de 1,731 millones de pesos (distribuidos en 1,159 millones de pesos para obra pública y 572 millones de pesos para equipo asociado a obra).
- 40 proyectos multianuales que terminarán entre 2010 y 2011 por un monto de 682 millones de pesos.

- 83 acciones de equipamiento y/o finiquitos pendientes de obras terminadas en ejercicios anteriores por un monto de 228 millones de pesos.

El resto –3,002 millones de pesos– se destinará en 86 por ciento para compra de equipo médico y 14 por ciento para la adquisición de otro tipo de equipamiento.

En 2009 se tiene programado terminar 94 proyectos relacionados directamente con la prestación de servicio de salud, entre los cuales se encuentran 24 obras nuevas y 70 proyectos de ampliación, remodelación y equipamiento de diversas unidades médicas². Las obras nuevas representan incorporar a la infraestructura existente 11 Unidades de Medicina Familiar, cinco Hospitales de segundo nivel y ocho Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). El siguiente cuadro muestra dicha información.

Proyectos a Terminar en 2009

Estado	Unidades de 1er. Nivel de Atención		Unidades de 2o. Nivel de Atención			Unidades Médicas de Alta Especialidad	Total de Proyectos
	Nuevas UMF	Ampliación Remodelación Otras	Nuevos Hospitales	Nuevas UMAA*	Ampliación Remodelación Otras	Ampliación Remodelación Otras	
Aguascalientes							0
Baja California		2			2		4
Baja California Sur					1		1
Campeche							0
Chiapas	1			1	2		4
Chihuahua		1	1		1		3
Coahuila					2	1	3
Colima		1			1		2
Distrito Federal	1		1	2	6	6	16
Durango		1			1		2
Estado de México	2	2		1	1		6
Guanajuato						2	2
Guerrero							0
Hidalgo					1		1
Jalisco		7	1		3	3	14
Michoacán	2	1		1	1		5
Morelos							0
Nayarit				1	1		2
Nuevo León		1				2	3
Oaxaca							0
Puebla			1	1	1	1	4
Querétaro							0
Quintana Roo			1				1
San Luis Potosí		1					1
Sinaloa					1		1
Sonora	1				1		2
Tabasco	1				2		3
Tamaulipas	2			1			3
Tlaxcala							0
Veracruz	1	1			5		7
Yucatán					4		4
Zacatecas							0
Total	11	18	5	8	37	15	94

* Incluye cinco unidades en inmuebles autónomos y tres unidades anexas a UMF y Hospitales.

Fuente: IMSS.

² No incluye IMSS-Oportunidades.

Con la terminación de estos proyectos se estima que al finalizar el presente año, entre otros beneficios, se incremente la infraestructura con 123 consultorios (dos consultorios de sustitución) y 634 camas. Dentro de estas obras, sobresale la construcción de cinco hospitales a terminarse en 2009 y tres más en 2010, como se observa en el siguiente cuadro.

Hospitales Generales en Proceso de Construcción, 2009-2010

Delegación	Localidad	Unidad	Fecha de Término
Chihuahua	Nuevo Casas Grandes	HGS 40 Camas	2009
Distrito Federal Norte	San Pedro Xalpa	HGZ 188 Camas y UMAA	2009
Jalisco	Tepatitlán	HGZ 72 Camas	2009
Puebla	La Margarita	HGZ 186 Camas	2009
Quintana Roo	Playa del Carmen	HGZ 72 Camas	2009
Baja California	Tecate	HGS 34 Camas	2010
Baja California Sur	San José del Cabo	HGS 34 Camas	2010
Nuevo León	Apodaca	HGZ 144 Camas	2010

Fuente: IMSS

Adicional a los 94 proyectos del Régimen Ordinario, para el Régimen IMSS-Oportunidades se tiene contemplada una inversión de 1,600 millones de pesos, cuya programación tiene planeado iniciar la construcción de ocho Hospitales Rurales, concluyendo cinco de ellos en el ejercicio 2009 y tres más en 2010.

La eficiencia y oportunidad de la aplicación de los recursos de inversión serán clave para lograr renovar e incrementar la oferta de servicios de salud. En este sentido, se busca fortalecer y modernizar la normatividad para ejercer los recursos; por citar algunos ejemplos, entre las medidas destacan la eliminación de anticipos, el desarrollo de bases de licitación para esquemas “Llave en Mano” y la verificación de liquidez de las empresas contratantes. Asimismo, se ha buscado obtener el menor número de observaciones de órganos fiscalizadores.

Los resultados anteriores, independientemente de estimaciones más precisas que se puedan elaborar, señalan claramente la necesidad del Instituto de diseñar y adoptar nuevas estrategias para otorgar prestaciones médicas en la cantidad y calidad que merecen los derechohabientes. Además, como se observa en el Informe, en los capítulos VII y XIII, los niveles de inversión estimados para los próximos años, a pesar de ser importantes, son a todas luces insuficientes.

A continuación se presentan algunas estrategias diseñadas y adoptadas para este fin:

- **Hospital sin Ladrillos:** Ante la falta de más recursos disponibles para la inversión, el aumento en la nómina de personal concomitante a la operación de la misma y derivado del análisis de tendencia que identificó una disminución en la utilización de servicios de hospitalización de Pediatría y de Ginecología y Obstetricia, durante 2007 el Instituto diseñó el programa denominado “Hospital sin Ladrillos” con el propósito de abatir el rezago de infraestructura médica. Este programa tiene dos vertientes: la primera es el aprovechamiento de espacios vacíos o reacomodo de los mismos para aumentar el número de camas por hospital; la segunda, es transformar camas ya existentes de los servicios de Pediatría, así como de Ginecología y Obstetricia, hacia servicios con mayor demanda como lo son Medicina Interna y Cirugía.
Con esta estrategia se estima recuperar espacios para incorporar 1,040 camas, así como transformar 780 más (1,820 camas censables totales), lo cual significará para el Instituto el ahorro, a corto y mediano plazos, en la construcción de por lo menos 13 hospitales modelo con 144 camas, así como aproximadamente 7,000 plazas de nueva creación. En dos años de instrumentado este programa, se ha logrado aumentar por este medio en 630 el número de camas de segundo nivel en 24 Delegaciones.
- **Modelo de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC):** Es una alternativa instrumentada especialmente para el adulto mayor; se centra en prestar atención periódica al paciente en su domicilio, con la finalidad de efectuar procedimientos de vigilancia y control de diversas enfermedades crónico degenerativas, lo cual evita visitas y hospitalizaciones innecesarias en las unidades médicas y mejora la calidad de vida de los pacientes.
- **Servicios Integrales:** Bajo una evaluación costo-beneficio extensiva, es importante buscar la mezcla más conveniente de servicios prestados que permita optimizar los recursos que se tienen. La decisión de la mezcla óptima exige una mayor coordinación al interior del Instituto y un enfoque colegiado médico, administrativo y financiero.

III.1.2. Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP)

A) Solución definitiva a la contratación de nuevos trabajadores: *Convenio Trabajadores “Nueva Generación” 2008*

En el Informe anterior se enfatizaba que la reforma a la Ley del Seguro Social (LSS) de 2001 y, en especial, la reforma de 2004 de los Artículos 277 D y 286 K, así como la disminución del espacio de acción del Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso, firmado el 14 de octubre de 2005, representaban un serio obstáculo para la contratación del nuevo personal de base que requiere el Instituto³.

Se postulaba, además, la necesidad de que juntos, Sindicato e Instituto, siguieran construyendo una relación armónica que permitiera avanzar en la búsqueda de espacios de acuerdo y conciliación para lograr una solución definitiva a dicha problemática. El acuerdo debería en todo momento otorgar certeza jurídica tanto a los trabajadores actuales como a las futuras generaciones respecto a sus condiciones de retiro, así como dar cabal cumplimiento a lo establecido en la LSS. En este sentido, y con el apoyo abierto y frontal del Sindicato, el 27 de junio de 2008 se suscribió un Convenio en el cual se estipula una *solución definitiva* a la contratación de nuevo personal.

La mecánica de este Convenio establece que una vez cumplido con el número de plazas acordado en el Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso, firmado el 14 de octubre de 2005, entrará en vigor un nuevo esquema pensionario para las nuevas contrataciones de base denominadas Nueva Generación.

Para la Nueva Generación será aplicable un nuevo esquema de jubilaciones y pensiones de conformidad con lo establecido en la LSS, adicionado con aportaciones complementarias para mejorar las condiciones de retiro. Es decir, el trabajador es propietario de una cuenta individual administrada por una Afore en la cual se depositarán las aportaciones pactadas en el Convenio, así como las aportaciones del IMSS en su calidad de patrón, y las del Estado, en los términos de

³ En agosto de 2004, el H. Congreso de la Unión aprobó importantes reformas a los Artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social, las cuales tuvieron un fuerte impacto en la contratación de trabajadores:

- El Artículo 277 D establece, entre otros aspectos, que para poder crear, sustituir o contratar plazas se deberá depositar en el Fondo a que se refiere el Artículo 286 K, los recursos necesarios para cubrir los costos futuros derivados del RJP, a fin de que en todo momento se encuentre financiado.
- Por su parte, el Artículo 286 K establece que el Instituto, en su carácter de patrón, no podrá destinar a este Fondo recursos provenientes de las cuotas a cargo de los patrones y trabajadores, así como tampoco de las contribuciones, cuotas y aportaciones que conforme a la LSS son a cargo del Gobierno Federal, ni de las reservas a que se refiere el Artículo 280 de la LSS o de los productos financieros de ellas.
- Con la reforma a la LSS, en 2001, el personal de Confianza que ingresó después del 21 de diciembre de 2001 no tiene derecho al RJP.

la LSS. Ofrece, además, la ventaja de la portabilidad de los derechos y recursos depositados en la cuenta individual de cada trabajador.

B) Resultado del Estudio Actuarial sobre el Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso

La reforma de 2004 a la LSS establece en su Artículo Tercero Transitorio que para dar cumplimiento a la disposición (reforma de los Artículos 277 D y 286 K) se deberán depositar en el Fondo Laboral los recursos necesarios para cubrir los costos futuros derivados del RJP (de los trabajadores contratados después de la reforma de 2004), a fin de que en todo momento se encuentre plenamente financiado. Asimismo, el Instituto deberá realizar los estudios actuariales correspondientes y comunicarlos a la representación de los trabajadores y al Congreso de la Unión.

En cumplimiento a este mandato, y por tercer año consecutivo, el Instituto solicitó a un auditor actuarial externo elaborar el estudio correspondiente para medir la suficiencia financiera del Fondo Laboral constituido del 16 de octubre de 2005 al 31 de diciembre de 2008.

El Valor Presente de las Obligaciones Totales (VPOT) por concepto de las prestaciones del RJP de los 45,773 trabajadores de base contratados bajo las condiciones y los beneficios del Convenio Adicional en el periodo antes citado, y sujeto a las hipótesis y supuestos adoptados, así como a una tasa de interés real de 3.7 por ciento anual, se estima que asciende a 50,881 millones de pesos.

Por otro lado, al 31 de diciembre de 2008 el saldo de los recursos acumulados en la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC), por concepto de las aportaciones realizadas por los trabajadores, incluidos los rendimientos de las mismas, asciende a 4,462 millones. De acuerdo con dichas aportaciones, así como con las expectativas de las aportaciones futuras y con los rendimientos que se generarán, se estima que los recursos que se acumularán para financiar las pensiones de los 45,773 trabajadores contratados bajo el Convenio serán a valor presente de 52,599 millones de pesos.

C) Pasivo Laboral

A pesar de las reformas a la LSS en 2001 y 2004, que convierten en grupo cerrado a los trabajadores con derecho a RJP –disminuyendo así la trayectoria del pasivo laboral en las

próximas décadas—, y no obstante los convenios subsecuentes que permitieron seguir con la operación del Instituto, el RJP sigue presentando un gran reto para las finanzas del mismo.

Como se detalla en el capítulo V de este Informe, y de acuerdo con los resultados de la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2008 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS, bajo la Norma de Información Financiera D3 (NIF D-3) Beneficios a los Empleados, el pasivo laboral del Instituto es de 1,199.6 miles de millones de pesos. La trayectoria del pasivo laboral en los próximos años es creciente. Así, a pesar de ser ya una elevada carga para las finanzas del Instituto, éste seguirá creciendo hasta que en 2034 alcance su mayor valor.

En este sentido, es necesario que el Instituto dedique cada año una proporción mayor de sus recursos (cuotas obrero-patronales, aportaciones del Gobierno Federal, productos de inversiones y otros ingresos) al pago de la nómina de sus trabajadores jubilados y pensionados en detrimento del gasto dirigido hacia la prestación de servicios a sus derechohabientes.

Durante 2008, el RJP representó para el Instituto un egreso en flujo de efectivo por 26,307 millones de pesos, y su tasa de crecimiento con respecto al año pasado superó en tres veces al mismo indicador de los ingresos propios del Instituto. En las proyecciones financieras de corto plazo que se presentan en el capítulo VII, se estima que los recursos destinados a la nómina del RJP en los próximos tres años crecerán en términos nominales a una tasa promedio de 12 por ciento, mientras que los ingresos propios lo harán a una insuficiente tasa promedio de 7 por ciento.

De acuerdo con la dinámica propia del RJP, que es resultado de la contratación de trabajadores en décadas pasadas, se espera que anualmente se incorporen a este régimen un promedio de 13,500 trabajadores.

D) Resumen

Se ha avanzado

Las reformas a la LSS de 2001 y 2004 convirtieron a los trabajadores con derecho a RJP en un grupo cerrado, modificando así a la baja la trayectoria del pasivo laboral. La suscripción del Convenio en 2005 permitió al Instituto seguir operando, mientras que la firma del Convenio en 2008 ofrece una solución definitiva a la problemática de contratación de nuevos trabajadores.

Falta por hacer

Es necesario que Sindicato y Administración sigan construyendo una relación armónica que permita avanzar en la búsqueda de espacios de acuerdo y conciliación para así disminuir la trayectoria que muestra el pasivo laboral de los trabajadores que ingresaron antes del 11 de agosto de 2004.

III.2. Externos: Retos y Respuesta Institucional

III.2.1. Transición Demográfica y Epidemiológica

El cambio en el perfil demográfico y epidemiológico de la población derechohabiente del IMSS, traducido como un incremento en la expectativa de vida y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor, es quizá el reto futuro más importante que enfrentará el Instituto, ya que se verá reflejado en una demanda creciente de la población adulta mayor por servicios de salud crecientemente complejos y costosos como cáncer cervicouterino (CaCu), cáncer de mama (CaMa), hipertensión arterial (HA), diabetes mellitus (DM), insuficiencia renal (IR), entre otros, así como el virus/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).

Así, en el capítulo XI se presentan estimaciones del impacto financiero que conllevaría mantener la trayectoria de crecimiento actual en el nivel de servicios que presta el Instituto para este tipo de enfermedades; es decir, durante todo el periodo de evaluación, el número de consultas, los pacientes en tratamiento y los casos de hospitalización se incrementarán en función de las transiciones demográfica y epidemiológica. En este escenario de proyección no se consideran los efectos de los programas de prevención y avances médicos como factores de mitigación del gasto. Así, la magnitud del impacto sobre el gasto habla por sí mismo: el gasto médico de las enfermedades crónicas de HA y DM en 2050 sería 14 veces superior al esperado para 2009, mientras que el gasto esperado en IR sería 11 veces mayor. Por su parte, el gasto médico derivado del tratamiento del CaCu se incrementaría en 66.5 por ciento, y el correspondiente a VIH/SIDA y CaMa aumentaría en 670.3 y 357.5 por ciento en 2050.

Lo anterior ha motivado el establecimiento de políticas de atención social a la salud para mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población derechohabiente, mediante el reforzamiento de los servicios actuales y la implementación de modelos innovadores de atención a la salud, con una perspectiva social y a un costo aceptable para la institución y la sociedad. Ante este escenario el Instituto ha instrumentado diversas medidas tendientes a mitigar y tratar el

efecto de la transición demográfica y epidemiológica en la prestación de servicios de salud; entre ellas sobresalen:

- *Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS)*. Durante 2008 se continuó con la instrumentación de estos programas iniciados a partir de 2002. Con el propósito de evaluar integralmente su evolución, en 2007 se implementó un conjunto de indicadores estratégicos que han permitido identificar, en 2008, un avance sustantivo en prácticamente todas las Delegaciones del Sistema. Esta situación favorable se atribuye, entre otros factores, a la participación colegiada de todas las áreas involucradas del Instituto, así como de los sectores obrero y empresarial. Un paso importante que se llevó a cabo en el año que se informa fue la distribución de las nuevas Cartillas de Salud con las cuales, a partir de 2009, se lleva a cabo la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, prioritariamente en los escolares. Es importante resaltar que el Sistema Nacional de Cartillas de Salud por grupo de edad tomó como modelo las Cartillas de Salud y Citas Médicas de PREVENIMSS. En el capítulo II se presentan con detalle los principales avances de PREVENIMSS por cada uno de los grupos programáticos.
- *Plan Gerontológico*. Como parte de las acciones para enfrentar este reto, el H. Consejo Técnico autorizó el Plan Gerontológico Institucional 2006-2025. Este plan tiene como estrategia básica la integración de los siguientes programas: Programa de Envejecimiento Activo; Programa de Envejecimiento Saludable; Programa de Envejecimiento en Casa y Atención a la Dependencia.
- *DIABETIMSS*. Este programa, que surge de PREVENIMSS, busca el control del paciente diabético a través de la prevención. Se conformaron equipos multidisciplinarios para llevar a cabo esta tarea: médico, enfermera, trabajadora social y nutriólogo. Se incentiva a prevenir y, en su caso, controlar esta enfermedad a través de un estilo de vida saludable y de la asistencia a consulta en la unidad médica familiar.

Como una primera aproximación del impacto positivo de PREVENIMSS sobre los costos futuros de las enfermedades arriba descritas, en el capítulo XI se muestra con detalle como la tendencia de crecimiento del gasto en ambos escenarios –con y sin acciones preventivas por parte del Instituto– es muy similar hasta el año 2025, pero a partir de entonces los resultados de la prolongación de las medidas preventivas y el avance de la tecnología médica se vuelven más

notorios, reduciendo sustancialmente el gasto médico conjunto de los seis padecimientos analizados.

III.2.2. Déficit del Ramo de Gastos Médicos de Pensionados (GMP)

Al igual que el Régimen de Jubilaciones y Pensiones –aunque de naturaleza diferente– los gastos médicos de pensionados representan un pasivo importante que afecta a las finanzas del Instituto. La trayectoria financiera de este ramo se encuentra estrechamente ligada a la transición demográfica y epidemiológica antes expuesta y su consecuente impacto en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas de mayor costo.

El pasivo actuarial estimado para este ramo de seguro durante los próximos 50 años es de 3,380 miles de millones de pesos, lo que representa 28 por ciento del PIB de 2008. En términos de prima requerida para equilibrar ingresos y gasto, el estudio actuarial presentado en el capítulo III indica que en 2010 sería necesaria una prima de 3.6 por ciento del Salario Base de Cotización (SBC) en comparación con la prima actual de 1.5 por ciento. Asimismo, los resultados de dicho estudio actuarial documentan un desequilibrio financiero creciente, el cual para 2050 requeriría una prima de 22.8 por ciento del SBC.

Estudios elaborados por auditor externo en años recientes indican una tendencia similar, en la cual para mantener el equilibrio financiero hasta 2050 sería necesario que la prima actual de 1.5 por ciento del SBC aumentara en cinco veces a partir de 2010⁴.

El ramo de GMP presenta características muy particulares en su esquema de seguro que lo ponen en una posición comprometida desde su origen; por ejemplo, todos los pensionados, así como sus dependientes, tienen acceso a servicios de salud a través de este ramo, aun cuando se originen en los ramos de Invalidez o de Riesgos de Trabajo.

El pasivo contingente que representa la atención médica ante la transición epidemiológica y el envejecimiento de la población, constituye la principal amenaza para la viabilidad del Instituto. Según las proyecciones financieras y actuariales presentadas en el Informe, el pasivo que genera para el Instituto esta transición es mayor que el pasivo del RJP (pasivo devengado).

III.2.3. Servicios de Guarderías

La incorporación de las mujeres al mercado laboral mexicano es un fenómeno que se ha acelerado durante los últimos años. La tasa de participación económica femenina aumentó en las

⁴ Departamento del Actuario del Reino Unido. Cinco estudios anuales durante el periodo 2002-2006.

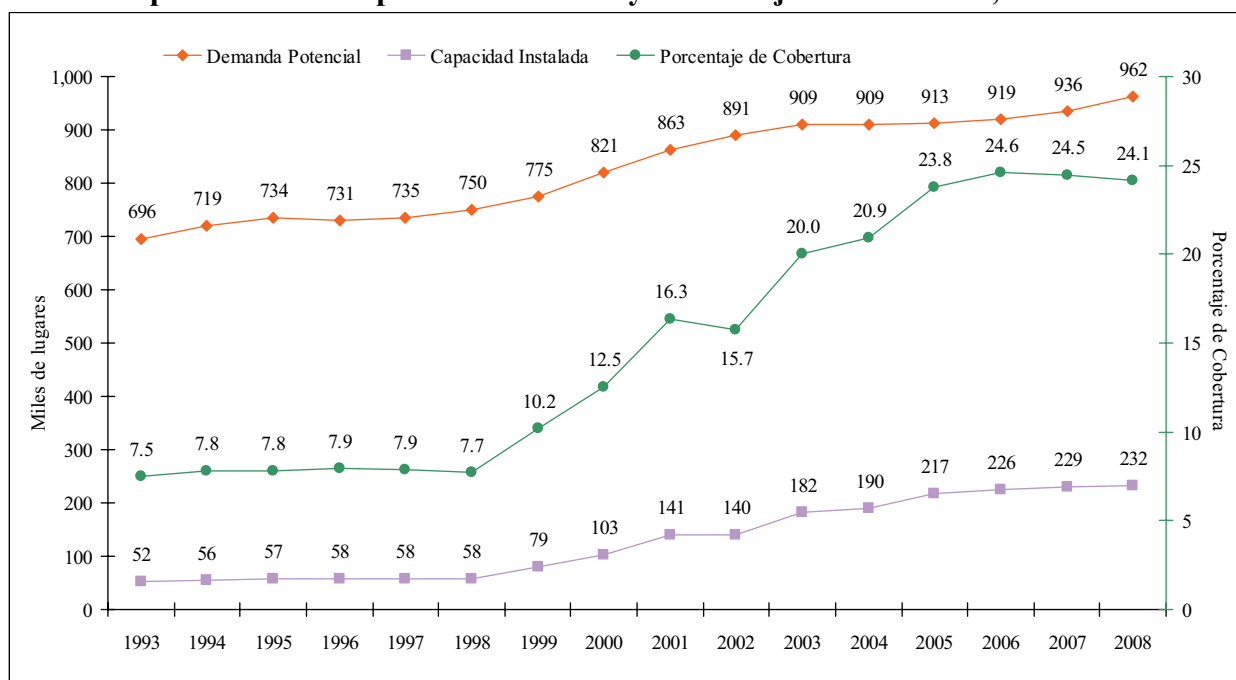
últimas dos décadas en poco más de 10 puntos porcentuales. En 2008, cuatro de cada diez mujeres en edad de trabajar participan activamente en el mercado laboral, mientras que este indicador se duplica en el rango de edad de 25 a 54 años.

A finales de 2008 el Sistema de Guarderías IMSS beneficiaba a 194,491 madres trabajadoras aseguradas y a 214,034 niños y niñas inscritos, a través de 1,554 unidades, con una capacidad instalada de 231,821 lugares.

A pesar del esfuerzo realizado en años anteriores (y prioridad de la presente administración), el mismo ha resultado insuficiente ante la creciente demanda potencial y real que por este servicio enfrenta el Instituto, como se observa en la siguiente gráfica. Además, las proyecciones indican que, por lo menos durante la siguiente década, esta tendencia se mantendrá a la alza, lo que representará para el Instituto una presión financiera como se observa en el comportamiento de la Prima de Reparto en el capítulo IV.

Ante este escenario, el Instituto mantiene como una de sus prioridades aumentar el número de lugares de guardería.

Expansión de la Capacidad Instalada y Porcentaje de Cobertura, 1993-2008



Fuente: IMSS.

IV. Situación Financiera

IV.1. Largo Plazo

Las proyecciones del modelo financiero y actuarial del Instituto muestran un panorama complejo para el Instituto⁵. El déficit estimado en las finanzas del Instituto, hasta 2050, equivale a 25 por ciento del PIB. Los seguros que prestan servicios de salud son altamente deficitarios, mientras que los seguros no médicos son superavitarios; sin embargo, claramente los excedentes generados por estos últimos no logran cubrir –por mucho– el faltante de los primeros, como se presenta en el siguiente cuadro⁶.

Déficit Estimado por Seguro 2010–2050 (millones de pesos de 2009)				
	2008		2009	
	Superávit/Déficit Acumulado	% PIB 2009	Superávit/Déficit Acumulado	% PIB 2009
Seguros deficitarios:				
SEM, SSFAM	-4,700,415	-35.9%	-5,028,336	-38.4%
Seguros superavitarios:				
SIV, SRT, SGyPS	1,440,220	11.0%	1,534,092	11.7%
Total	-3,260,195	-24.9%	-3,494,244	-26.7%

Fuente: IMSS.

Más allá de que toda proyección financiera y actuarial presenta un grado de incertidumbre supeditada a la realización de los supuestos con que fueron elaboradas, el desbalance financiero del Instituto es profundo.

IV.2. Corto y Mediano Plazos

IV.2.1. Resultados 2008

Los estados financieros dictaminados de 2008 muestran que el Instituto tuvo ingresos por 215,694 millones de pesos y gastos por 215,468 millones de pesos con un resultado de operación de 226 millones de pesos. Sin embargo, de reflejar la totalidad de incremento anual del pasivo laboral en los mismos, de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados en México, el resultado de operación de 2008 pasaría a un déficit de menos 470,454 millones de pesos.

⁵ Modelo auditado por Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V.

⁶ Es importante mencionar en este caso que la LSS vigente no establece qué hacer con la operación de los seguros deficitarios cuando tales resultados son imposibles de revertir (SEM, GMP y SSFAM), ya que prohíbe su financiamiento a partir de las reservas operativas de los seguros superavitarios (SIV y SRT).

El estado de ingresos y gasto por ramo de seguro de 2008 presenta una situación similar que la mostrada en las proyecciones de largo plazo. Los seguros médicos son deficitarios mientras que el resto de los seguros son superavitarios. De incluirse el registro pleno del costo laboral del año analizado, sólo el Seguro de Invalidez y Vida permanece con resultado positivo.

El patrimonio del Instituto en 2008 ascendió a 74,601 millones de pesos. Nuevamente, de registrarse en su totalidad el pasivo laboral ya devengado, la situación cambia diametralmente, ya que el patrimonio del Instituto sería de menos 1'040,129 millones de pesos.

IV.2.2. Proyecciones 2009-2012

El déficit resultado de las proyecciones financieras hasta 2050 es muchas veces, por su magnitud, difícil de comprender y traducir en términos de la operación financiera del Instituto. En este contexto, es importante entender en su justa dimensión los requerimientos de flujo de efectivo necesario para financiar durante los próximos años tanto la operación como el cumplimiento de la meta de reservas establecida anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

Durante el periodo 2009-2012, de acuerdo con los resultados de las proyecciones presentadas tanto en el capítulo VII como en el capítulo XIII, los ingresos del Instituto serán inferiores a sus egresos, aun antes de destinar recursos a la reserva. Como es de esperarse, el desequilibrio financiero se agudiza al destinar recursos cada año para cumplir con la meta de reservas establecida en el PEF⁷.

La compleja situación financiera que atraviesa el Instituto queda ejemplificada en la operación de 2009. De acuerdo con las proyecciones del modelo financiero institucional presentadas en los capítulos VII y XIII, durante el presente ejercicio se espera un déficit de ingresos sobre gastos de 3,791 millones de pesos. Lo anterior resultado de un incremento mayor en la tasa de crecimiento de los gastos sobre los ingresos del orden de 2 a 1. Por su parte, el PEF establece una meta de reservas de 5,032 millones de pesos, por lo que se estima un faltante de recursos de 8,823 millones de pesos⁸.

Dicha cifra podría reducirse en caso de que el Gobierno Federal liquidara los adeudos pendientes por concepto de gastos de la administración de Pensiones en Curso de Pago y la

⁷ El modelo financiero actuarial del Instituto supone que, a partir de 2010, la meta de reservas establecida cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación es igual al monto de los productos financieros derivadas de las mismas, mientras que para el FCOLCLC agregan además las aportaciones realizadas por los trabajadores a la Subcuenta 2.

⁸ Como se detalla en el capítulo VII, si se considera la transferencia neta entre reservas, el faltante es de 8,124 millones de pesos.

contribución del Estado por concepto de cuotas obrero-patronales⁹. Asimismo, la cifra anterior podría aumentar si la economía se sigue deteriorando y su desempeño es inferior al supuesto en las proyecciones¹⁰. Las cifras no son menores y, sin duda alguna, repercuten y repercutirán sobre el servicio presente que el IMSS pueda ofrecer a sus derechohabientes.

IV.3. Medidas Internas de Apoyo a las Finanzas Institucionales

La adopción de medidas internas de eficiencia y eficacia en todos los procesos, pero principalmente en la aplicación del gasto y en el aumento en los recursos propios, ha sido una estrategia central de la respuesta institucional ante su difícil situación financiera.

IV.3.1. Gasto más eficiente

Un ejemplo de éxito en la búsqueda de mejores mecanismos para el ejercicio del gasto ha sido la compra de medicamentos y materiales de curación. En las licitaciones para abastecimiento de estos bienes en 2008 y 2009 se alcanzaron niveles de precios que comparados en términos reales con 2006, resultaron en promedio 30 por ciento inferiores. Este ahorro, ante la gran demanda de servicios de salud que enfrenta el Instituto, puede ser utilizado para cumplir con mejores niveles de abasto y prestar así un mejor servicio a los derechohabientes.

Además, en 2009 se presentó la Estrategia de Adquisición de Medicamentos y Material de Curación 2009-2011, la cual utilizará el concepto de licitaciones multianuales y de ofertas subsecuentes de descuento, cuyos beneficios esperados serán, entre otros, reducir los porcentajes de incumplimiento de proveedores, eliminar el desabasto cíclico de los meses de diciembre-enero y aumentar la competencia con la finalidad de mantener el nivel de precios alcanzado.

IV.3.2. Aumento en la Recaudación

La desaceleración de la economía durante 2008 impactó el ritmo de crecimiento mostrado por la recaudación de cuotas obrero-patronales (COP) durante el año anterior. A pesar de esto, y no obstante que durante noviembre y diciembre de 2008 se registraron tasas anuales negativas en el

⁹ Al 31 de diciembre de 2008 se estima un adeudo por 6,093 millones de pesos que se divide en: i) 2,338 millones de pesos por concepto de gastos de administración de las Pensiones en Curso de Pago por el periodo 2005 a 2008; y, ii) 3,755 millones de pesos que se integran por Subsidio de 5 por ciento (2008-2009), Pensiones en Curso de Pago, Pensiones Garantizadas y Contribución Estatal al Régimen Obligatorio, estos rubros correspondientes al ejercicio 2008.

¹⁰ Estas proyecciones no contemplan el impacto que la contingencia epidemiológica derivada de la aparición del virus de la Influenza A H1N1 pueda tener en las variables económicas.

registro de cotizantes ante el IMSS, las COP registraron un incremento de 0.6 por ciento en términos reales respecto a lo observado en 2007.

Recaudación de COP, 2006–2008
(millones de pesos de 2008)

Concepto	2006	2007	2008	2008/2007 %	Promedio 2006/2008 %
Cuotas Obrero-Patronales	143,744.7	149,631.7	150,589.4	0.6	2.4

Fuente: IMSS.

Como se puede observar en el cuadro anterior, durante los dos primeros años de la presente administración la recaudación por concepto de cuotas obrero-patronales ha crecido a una tasa anual real promedio de 2.4 por ciento. Este resultado se encuentra ligeramente inferior al compromiso interno de aumentar la recaudación por COP a 3 por ciento real.

Cabe remarcar que el Instituto mantiene el compromiso de incrementar la recaudación a una tasa anual de 3 por ciento real para el periodo 2006-2012, aun cuando las expectativas son de un escenario económico adverso durante 2009 y 2010. Esta meta se espera lograr mediante la aplicación de medidas que faciliten a los patrones cumplir con sus obligaciones, acciones que permitan disminuir la evasión y elusión, así como un mayor control que permita aumentar el Salario Base de Cotización promedio.

IV.4. Propuestas de Política

Los resultados descritos durante el Informe presentan un panorama complicado para el Instituto, en el cual, a partir de 2009, se presentan déficits crecientes en las proyecciones de ingresos y gastos, aun antes de dedicar recursos a la constitución de reservas. Cabe mencionar que de acuerdo con las proyecciones del Informe anterior el Instituto contaba con suficiencia financiera –definida como aquellos años en los cuales los ingresos son mayores a los egresos– hasta el año 2012. Dicho escenario se ha ajustado debido a la desaceleración económica que comenzó a partir de la segunda mitad de 2008 y se agudizó durante 2009; asimismo, con el afán de brindar un mejor servicio a la derechohabiente, las proyecciones de egresos para 2009 se han modificado al alza en rubros clave como la inversión física y los servicios generales. En el capítulo XIII se profundiza en el análisis del cambio en la trayectoria esperada de las finanzas del Instituto.

Este complejo escenario pone de manifiesto la necesidad de evaluar la suficiencia financiera del Instituto con base en la disponibilidad de todos sus recursos, incluyendo sus reservas y fondos. Así, en el capítulo XIII las proyecciones del modelo financiero y actuarial del Instituto muestran que en caso de que los recursos de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA), la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA) y la Subcuenta 1 del FCOLCLC se utilizaran para financiar el déficit a partir del año 2010, el Instituto contaría con suficiencia financiera hasta el año 2017¹¹.

Es necesario, además, evaluar el impacto que tendría la instrumentación de diversas políticas endógenas y exógenas encaminadas a la reducción de los gastos y al fortalecimiento de los ingresos sobre la suficiencia financiera del Instituto.

Las políticas endógenas evaluadas resultan en una suficiencia financiera del Instituto hasta el 2011, en el supuesto de que no se destinaran recursos de la operación para la constitución de reservas.

Escenarios de Políticas Endógenas

Políticas	Descripción
1. Política de recaudación de cuotas obrero-patronales	Las cuotas obrero-patronales (COP) aumentan en términos reales 3 por ciento por arriba de lo presupuestado, a partir de 2010 y hasta el año 2012.
2. Política de precios de medicamentos	En el periodo 2010-2012 los precios de los medicamentos se reducen 4 por ciento en términos reales con respecto a los proyectados en el escenario base.
3. Política de subsidios para el personal institucional	A partir de 2010, disminuye un día por año el número de días subsidiados por Enfermedad General en los trabajadores del IMSS, hasta igualar, en 2014, el promedio de días subsidiados por trabajador asegurado.
4. Política de gasto corriente	Se adoptan, a partir de 2010, diferentes medidas de eficiencia orientadas a lograr ahorros en diversos rubros de gasto corriente.

Es importante mencionar que una política de aumento a las cuotas obrero-patronales no se considera conveniente en estos momentos, ya que puede repercutir en la competitividad de las actividades productivas del país, así como en la propia afiliación de trabajadores.

¹¹ Es importante mencionar que la Ley del Seguro Social (LSS) establece que el Instituto podrá disponer de las Reservas Financieras y Actuariales de cada seguro y cobertura sólo para cubrir las necesidades que correspondan a cada uno de ellos. Es decir, actualmente las Reservas Financieras y Actuariales de los seguros superavitarios (SIV y SRT) no podrían ser utilizadas para financiar los gastos de los seguros deficitarios (SEM, SSFAM y SGPS), a menos que se modifique la LSS.

Las políticas externas evaluadas, las cuales requieren de modificar la LSS –y sólo representan una parte del conjunto de posibles soluciones a la problemática que enfrenta el Instituto–, se presentan en el siguiente cuadro por separado y en forma conjunta.

Escenarios de Políticas Exógenas

Políticas	Descripción	Primer año en que se presentaría déficit antes de fondear reserva
Sin costo fiscal		
1. Política para el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM)	Revisión de las cuotas por edad, del SSFAM, a partir del 2010.	2012
Con costo fiscal		
2. Política de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM)	A partir de 2010 se recibe en el Seguro de Enfermedades y Maternidad una aportación del Gobierno Federal equivalente a 50 por ciento del costo de seis padecimientos de alto impacto financiero para el IMSS.	2014
3. Política de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM)	A partir de 2010, el Gobierno Federal aporta en el ramo de Gastos Médicos de Pensionados del SEM, además de su contribución actual a ese ramo (0.075 por ciento del Salario Base de Cotización), una cuota fija por cada pensionado igual a la que aporta en el SEM por cada asegurado.	2012
4. Política de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM)	A partir de 2010, las contribuciones del ramo de asegurados del SEM se revisan en función del Salario Base de Cotización.	2012
Todas las políticas exógenas		2050

El esfuerzo por lograr un Instituto cada vez más robusto y eficiente debe necesariamente coincidir con un debate serio y de fondo sobre las medidas externas que pudieran fortalecerlo. El logro de un consenso entre Ejecutivo Federal y Congreso de la Unión es básico para lograr un fortalecimiento del Instituto.

V. Respuesta del IMSS ante la Contingencia Epidemiológica

La aparición del nuevo virus de influenza A H1N1 requirió acciones inéditas en la historia del Instituto. Con fundamento en la Ley del Seguro Social, por primera vez se atendió a todo ciudadano sin importar su condición de derechohabiente. Además, todos los niveles de atención operaron los fines de semana para garantizar la atención oportuna de la enfermedad.

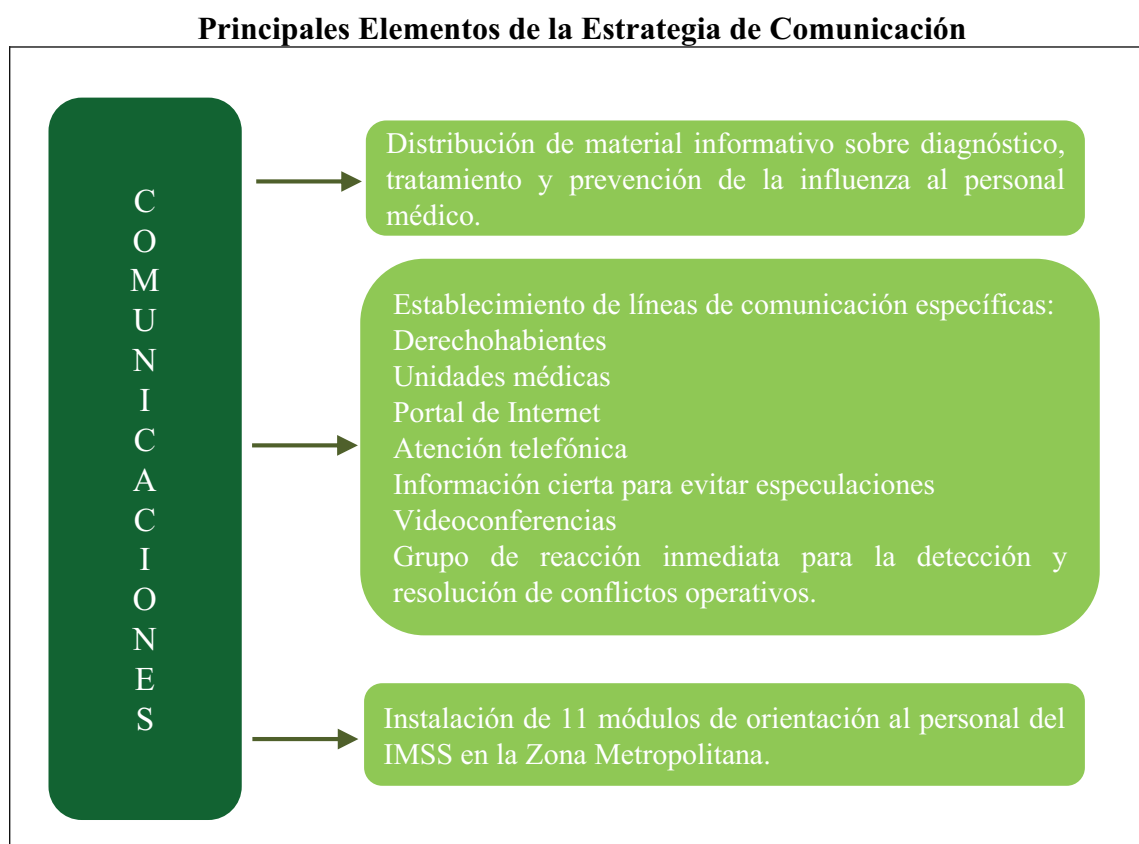
Una estrecha colaboración con el Sector Salud y el invaluable trabajo de médicos, enfermeras, personal de apoyo y administrativo del Instituto, permitió controlar la epidemia y así, proteger a toda la población del país.

Las acciones que se informan a continuación vienen descritas con detalle en el capítulo XIV.

V.1. Estrategia de comunicación

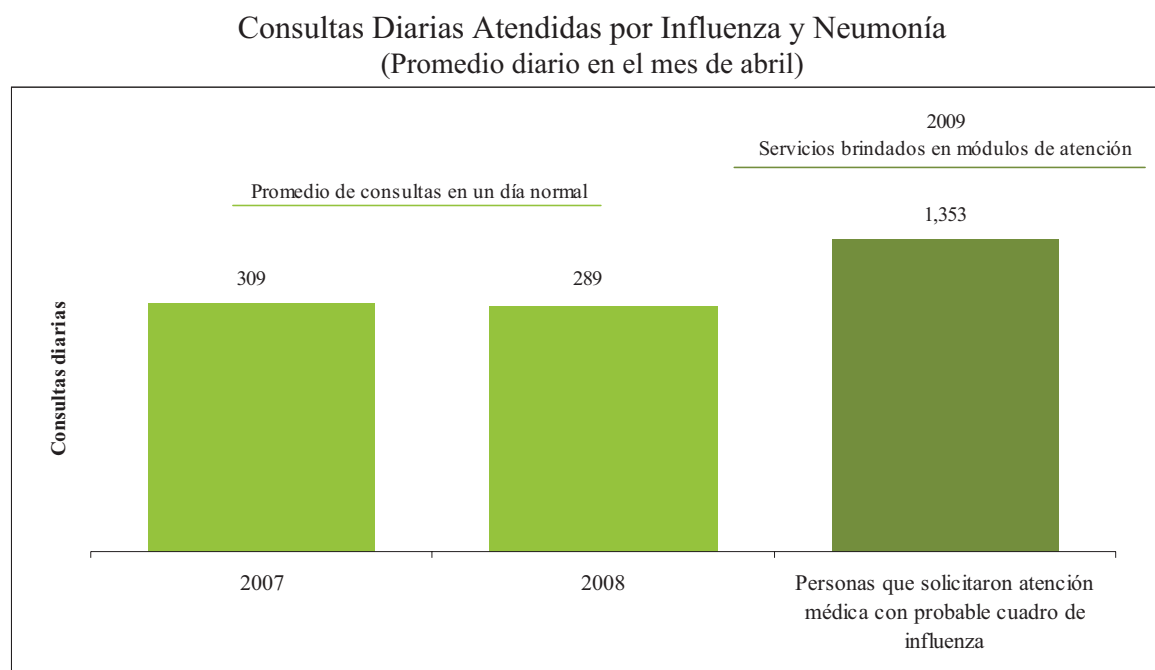
La información transparente y objetiva jugó un papel fundamental en la contención de la epidemia. En coordinación con la Secretaría de Salud, se orientó a la población sobre medidas de prevención y los síntomas de la enfermedad. En el Instituto, el personal médico de todo el país fue provisto de información sobre el diagnóstico, prevención y tratamiento del virus.

Los esfuerzos en la comunicación interna también son de destacarse. En todo momento hubo una estrecha vinculación entre el cuerpo directivo y las Delegaciones para llevar un seguimiento puntual de la evolución de la epidemia. Se instalaron módulos especiales para orientar a los trabajadores del Instituto, y un grupo de reacción inmediata detectó quejas y denuncias para agilizar la atención médica e investigar casos de servicio ineficiente.



V.2. Continuidad de los servicios de salud

La demanda de atención médica se incrementó considerablemente durante la contingencia epidemiológica. Por ejemplo, durante el pasado mes de abril las consultas por influenza y neumonía aumentaron en más de 300 por ciento en relación con los dos años anteriores. En abril de 2007 y 2008 se atendieron en promedio 309 y 289 personas diarias por influenza y neumonía, respectivamente, mientras que en el presente año este número aumentó a 1,353 personas al día.

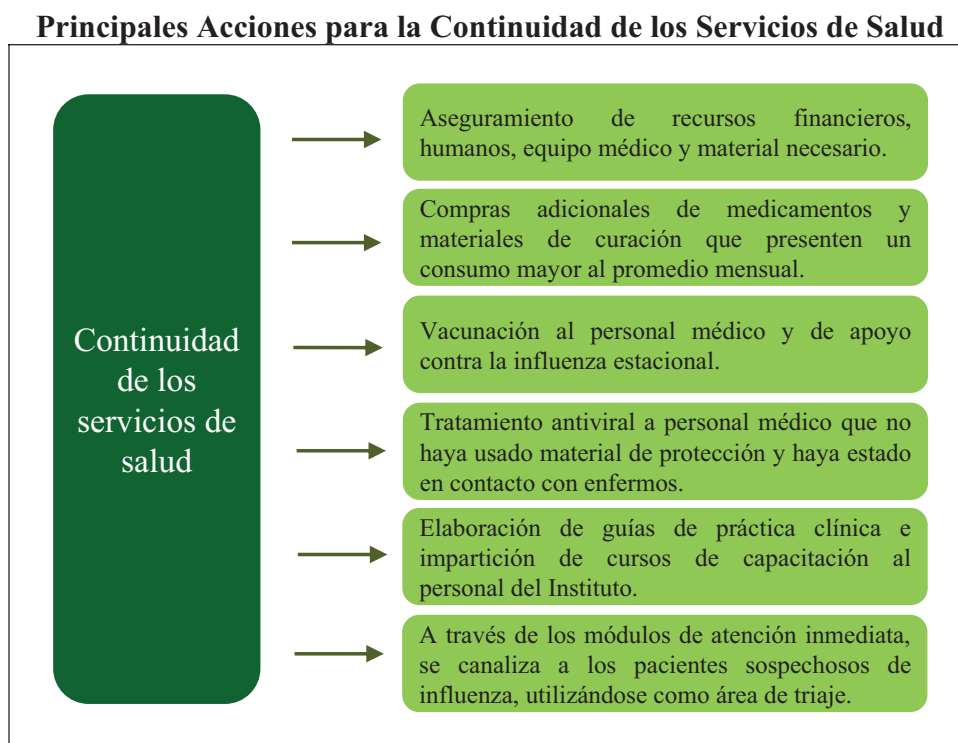


Fuente: IMSS.

Ante el notable incremento en la demanda de servicios médicos del Instituto se garantizó que todas las unidades médicas contaran con el material, equipo médico y personal necesario, así como la disponibilidad de los antivirales efectivos contra la influenza. En ese marco, al 31 de mayo se habían atendido a más de 1.6 millones de personas con problemas respiratorios. Asimismo, se adquirieron cerca de 475 mil tratamientos antivirales, de los cuales, al 31 de mayo, se habían consumido más de 55 mil. Para evitar aglomeraciones en las unidades médicas, se instalaron módulos de atención inmediata que canalizaron oportunamente a los pacientes.

Una prioridad fue la protección al personal médico: se adoptaron las medidas preventivas para la protección de más de 285 mil trabajadores, y prácticamente 100 por ciento del personal vinculado a la labor médica del Instituto fue vacunado contra la influenza estacional. Si algún trabajador tuvo contacto con pacientes sin la adecuada protección, de inmediato se trató con

antivirales como medida preventiva. Todas estas acciones estuvieron acompañadas de la elaboración y aplicación de guías de práctica clínica y de la impartición de cursos de capacitación al personal del Instituto.

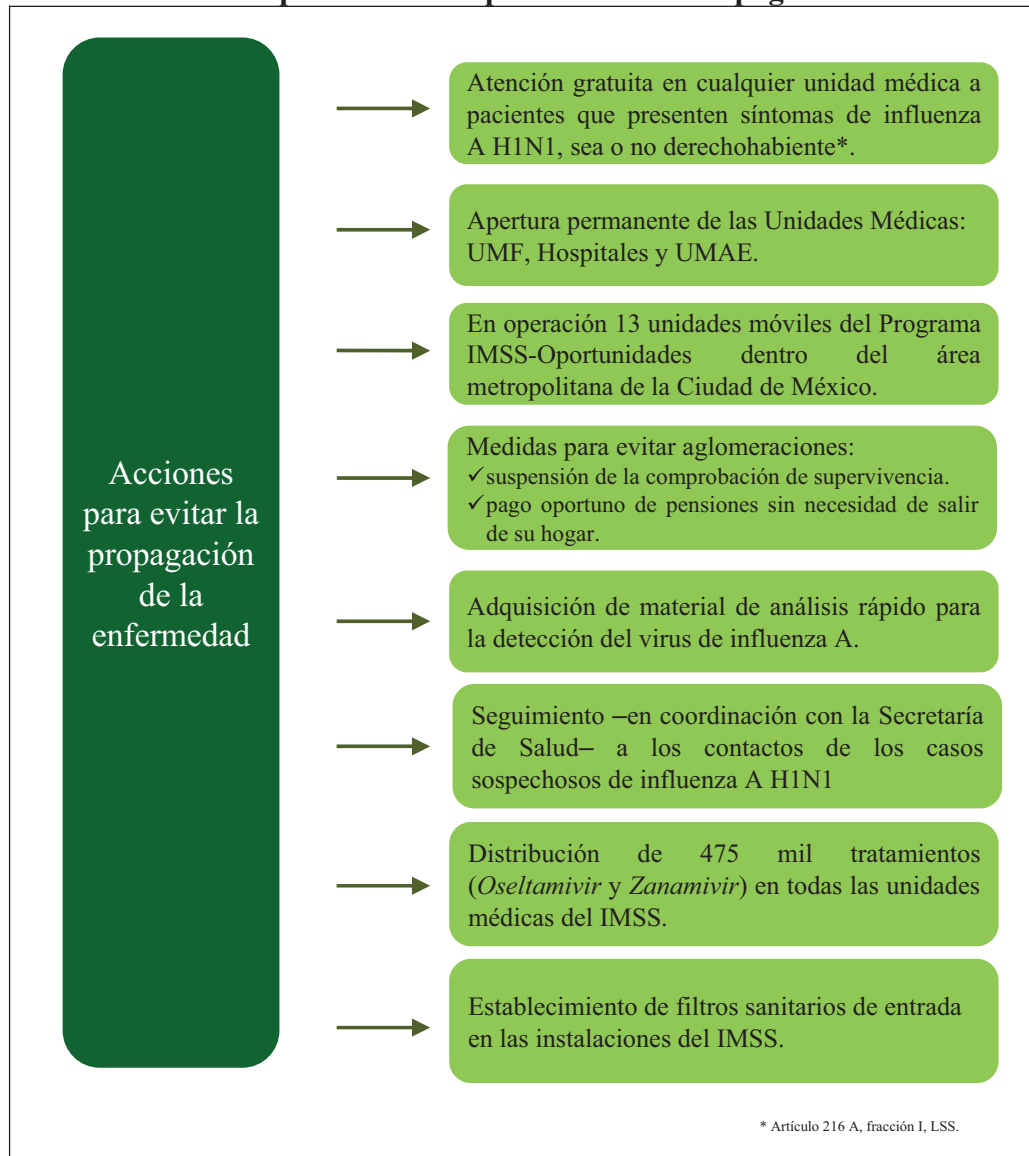


V.3. Medidas para evitar la propagación

Dadas las características del virus, la atención oportuna es vital. Por ello, todas las Unidades de Medicina Familiar, Hospitales y Unidades Médicas de Alta Especialidad atendieron a todos los pacientes que presentaran cuadro de emergencia, sin importar que fuesen o no derechohabientes.

Otras medidas de contención de la enfermedad fueron las unidades médicas móviles operadas por IMSS-Oportunidades –que otorgaron más de 9,100 consultas– y el operativo implementado para el estudio de más de 29 mil contactos que convivieron con personas sospechosas de portar el virus. Se destaca también la instalación de un laboratorio de análisis para la confirmación oportuna del virus, así como la compra y aplicación de más de 39 mil pruebas rápidas en todo el país.

Principales Acciones para Evitar la Propagación



V.4. Apoyo a la Actividad Productiva

Una vez asegurada la salud de la población, el IMSS también se sumó operativamente a las acciones orientadas a impulsar la economía nacional. En apoyo a los sectores productivos afectados por la contingencia el titular del Ejecutivo decretó, entre otras medidas, una reducción de hasta 20 por ciento en las cuotas obrero-patronales durante el mes de mayo y junio. Dicha medida no implica un costo para el Instituto, pues será compensada por el Gobierno Federal. Adicionalmente, se otorgarán facilidades de pago para las cuotas causadas en mayo y junio, y no se impondrán multas por el retraso en el pago de cuotas causadas en abril.

VI. Compromiso Institucional

La situación del Instituto es sin duda complicada. Las proyecciones financieras y actuariales plasmadas en este Informe así lo confirman: a partir de 2009 será necesario el uso de recursos provenientes de las reservas y fondos para financiar la operación. Las reservas constituidas actualmente por el Instituto sólo podrían financiar su operación hasta el año 2017. La demanda por servicios de salud mantiene una trayectoria ascendente en cantidad y en complejidad, empujando consigo la necesidad de una mayor oferta de servicios que permita mejorar la prontitud y calidad de los mismos. Durante los próximos años, el pasivo laboral irá incrementando su peso sobre el flujo de efectivo del Instituto.

En este contexto, que permite un complicado margen de maniobra, el Instituto ha emprendido acciones internas para mejorar la eficiencia de su operación. Medidas de ahorro y redistribución del gasto, aumento de los ingresos vía una recaudación más eficiente y eficaz, revisión del marco normativo y los procesos internos, propiciar un entorno de acuerdo y conciliación con el Sindicato, donde se puedan ponderar temas como la disminución de la trayectoria del pasivo laboral, así como mejorar el balance entre las condiciones laborales de los trabajadores y su productividad, son algunas de las acciones que están en marcha. Su culminación, sin duda alguna, le permitirá al Instituto brindar más y mejores servicios a sus derechohabientes.

Si bien es necesario que el Instituto emprenda las acciones de mejora interna que conlleven a un accionar más eficiente, las proyecciones muestran que es indispensable la instrumentación de medidas externas, que impliquen cambios en la LSS, que le otorguen un mayor alivio a las finanzas institucionales. En este sentido, es prioritario para el Instituto gestionar un debate serio e informado en el que participen el Ejecutivo Federal, el Congreso de la Unión y la sociedad en general, en el cual se propongan y ponderen propuestas de solución a la problemática institucional. Un consenso nacional entre todos los participantes sociales es indispensable para asegurar la viabilidad financiera del Instituto.

Con base en todas estas acciones –delineadas en la política institucional– y construyendo sobre los importantes logros que se han alcanzado en décadas de esfuerzo tripartita, el Instituto Mexicano del Seguro Social, pilar de la seguridad social, reitera su compromiso con México.

El Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social
México, D.F. a 17 de junio de 2009.

CAPÍTULO I

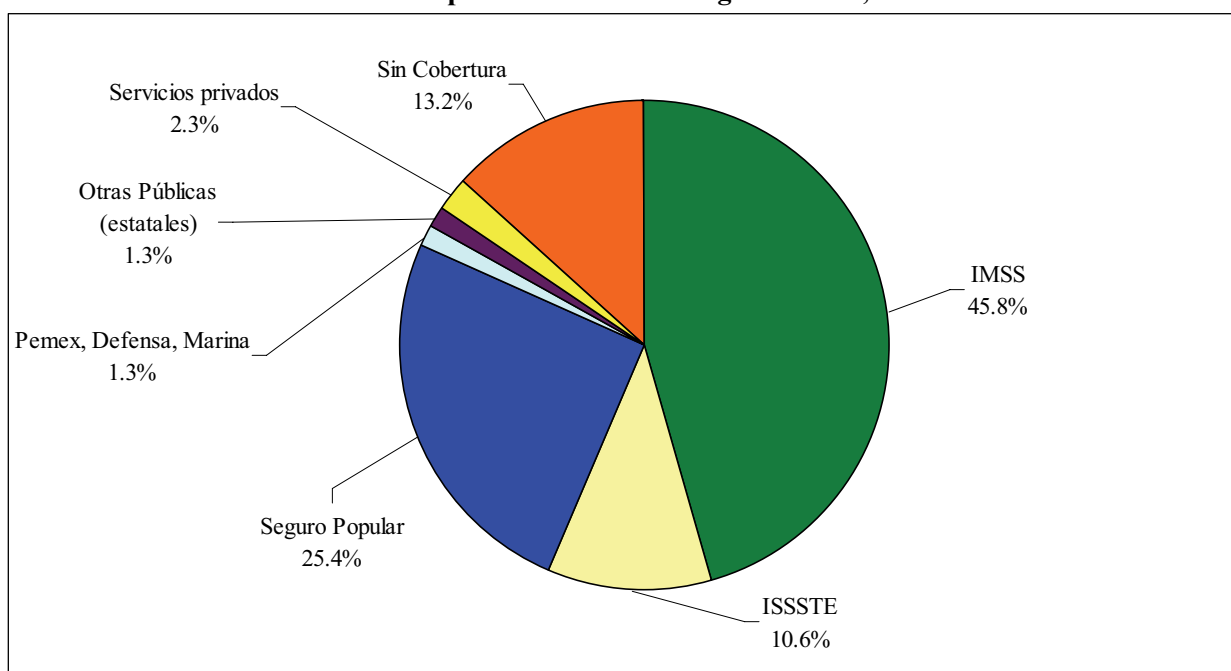
EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

I. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

I.1. El IMSS en la Seguridad Social Mexicana

De acuerdo con la LSS, el Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social¹. En este contexto, y dentro de la fragmentación que prevalece derivado de los distintos sistemas instituidos por otros ordenamientos, siempre se ha reconocido al IMSS como la institución de seguridad social más importante en México que otorga servicios de salud a casi la mitad de la población, como se observa en la gráfica I.1.

Gráfica I.1.
Población por Condición de Aseguramiento, 2008



Fuentes: CONAPO, Proyecciones de la Población de México 2005-2050. ISSSTE Anuario Estadístico 2008. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de resultados 2008. PEMEX, SDN, SM, otras públicas y servicios privados, estimaciones propias con base en INEGI, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2004 y II Censo de Población y Vivienda 2005. La categoría “sin cobertura” se calculó como la diferencia de la suma de las otras categorías y la población estimada para 2008 por CONAPO.

Las acciones de salud realizadas por el IMSS son una parte primordial de los servicios otorgados en su totalidad por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, como se muestra en el cuadro I.1.

¹ Artículo 4 de la Ley del Seguro Social.

Cuadro I.1.
Servicios Otorgados en el Sistema Nacional de Salud
 (porcentajes)

	Consultas				Egresos	Cirugías	Servicios auxiliares de diagnóstico		
	General	Especialidad	Urgencias	Odontológicas			Laboratorio Clínico	Radiología	Otros
IMSS ^{-1/}	47.0	42.3	60.8	33.5	43.4	47.2	54.4	60.0	61.8
ISSSTE	7.5	15.0	3.4	9.1	7.1	7.5	9.0	9.3	16.7
SSA	42.1	29.4	28.6	51.5	44.3	40.4	30.9	25.4	14.3
Otros ^{-2/}	3.4	13.4	7.3	5.9	5.2	4.9	5.7	5.3	7.3

^{/1} Incluye IMSS-Oportunidades.

^{/2} Incluye información de Hospitales Universitarios, PEMEX, SEMAR y Servicios Estatales.

Fuente: SSA. Boletín de Información Estadística No. 26, 2006.

Resalta la participación del Instituto en servicios que requieren un alto nivel de infraestructura y/o complejidad como son las consultas de especialidad, de urgencias y servicios auxiliares de diagnóstico tales como análisis clínicos de laboratorio y radiología.

El IMSS ofrece una amplia diversidad de servicios ambulatorios y hospitalarios que contribuyen al bienestar y desarrollo de las familias derechohabientes. En un día típico se ofrecen más de 435,000 consultas médicas, de las cuales cerca de 44,500 son atenciones por urgencias; se registran alrededor de 5,300 egresos hospitalarios y 3,900 intervenciones quirúrgicas. Además, se realizan más de medio millón de análisis clínicos, como se muestra en el cuadro I.2.

Cuadro I.2.
Promedio de Servicios Médicos Otorgados en un Día Típico
Enero a Diciembre de 2008

Concepto	Promedio Total Nacional
Población Adscrita a la Unidad	44,237,742
Población Adscrita a Médico Familiar	36,376,332
Total de Consultas Otorgadas	435,613
Consultas Medicina Familiar	302,971
Consultas Especialidades	71,142
Consultas Dentales	17,035
Atenciones Urgencias	44,466
Egresos Hospitalarios	5,301
Intervenciones Quirúrgicas	3,927
Partos Atendidos	1,386
Análisis Clínicos	583,322
Estudios Radiodiagnóstico	47,841

Fuente: IMSS.

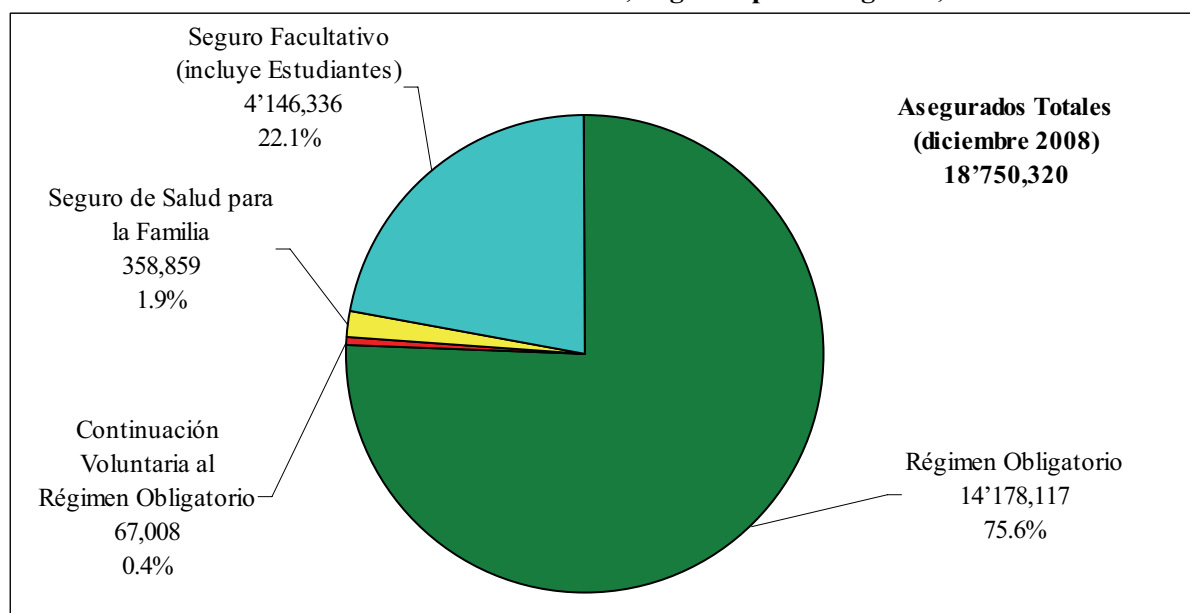
Como parte de las obligaciones del Instituto con sus derechohabientes, y como complemento a los servicios en salud, se encuentran las prestaciones económicas que protegen

los medios de subsistencia de los trabajadores y sus familiares ante la realización de algún riesgo contemplado en la LSS; el cuidado infantil de calidad a los hijos de madres trabajadoras durante su jornada laboral; el fomento a la salud, prevención de enfermedades y accidentes, así como prestaciones sociales, servicios de tiendas, centros vacacionales y velatorios. Todo lo anterior contribuye a elevar el nivel de vida de los derechohabientes.

I.1.1. Regímenes de Aseguramiento del IMSS

El Seguro Social comprende el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario². Los esquemas de prestaciones y requisitos de acceso, así como el financiamiento, son diferentes en cada caso. En el Régimen Obligatorio una persona es afiliada al Instituto por su patrón, al tener una relación laboral a la cual la LSS obligue a su aseguramiento. En esta categoría se encuentra 76 por ciento de los afiliados al Instituto. Por su parte, la afiliación al Régimen Voluntario no es producto de una obligación patronal, sino más bien de una decisión individual o colectiva; en este caso se encuentran los afiliados al Seguro de Salud para la Familia en México y para mexicanos en el extranjero, y aquellos afiliados bajo el esquema de estudiantes, estos últimos representan 22 por ciento del total de afiliados; como se observa en la gráfica I.2.

Gráfica I.2.
Distribución de Afiliados al IMSS, Según Tipo de Régimen, 2008



Fuente: IMSS.

² Además existe la incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio.

I.1.1.1. El Régimen Obligatorio

La LSS establece que el Régimen Obligatorio comprende los Seguros de: i) Riesgos de Trabajo (SRT); ii) Enfermedades y Maternidad (SEM); iii) Invalidez y Vida (SIV); iv) Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV)³; y v) Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS).

Asimismo, la LSS estipula que son sujetos de aseguramiento del Régimen Obligatorio: i) las personas que de conformidad con los artículos 20 y 21 de la Ley Federal del Trabajo presten, en forma permanente o eventual, a otras de carácter físico o moral o unidades económicas sin personalidad jurídica un servicio remunerado, personal y subordinado, cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón aun cuando éste, en virtud de alguna ley especial, esté exento del pago de contribuciones; ii) los socios de sociedades cooperativas; y, iii) las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo, bajo los términos y condiciones que señala la LSS y los reglamentos correspondientes.

La LSS establece también que voluntariamente podrán ser sujetos de aseguramiento por el Régimen Obligatorio: i) los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados; ii) los trabajadores domésticos; iii) los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; iv) los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio; y, v) los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, Entidades Federativas y Municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de la seguridad social.

Por otro lado, el asegurado con un mínimo de 52 semanas de cotización acreditadas en el Régimen Obligatorio en los últimos cinco años, al ser dado de baja, tiene el derecho a continuar voluntariamente en el mismo, pudiendo continuar en los seguros conjuntos de IV así como de RCV, debiendo quedar inscrito con el último salario o con uno superior al que tenía en el momento de ser dado de baja⁴. El cuadro I.3 presenta un resumen de la cobertura y prestaciones por ramo de aseguramiento del Régimen Obligatorio.

³ Con la LSS que entró en vigor en julio de 1997, el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez ya no es administrado por el Instituto, sino que opera a través de las cuentas individuales de ahorro de los trabajadores, con una garantía de pensión mínima por parte del Gobierno Federal. Por ello, en este Informe no se profundiza en la situación de dicho seguro, más allá de los riesgos que cubre y cuáles son las cuotas y aportaciones que lo financian.

⁴ Respecto al ramo de Retiro cubrirá la totalidad de la cuota, mientras que en los ramos de Cesantía en Edad Avanzada y Vejez deberá cubrir el importe de las cuotas obrero-patronales. En el Seguro de Invalidez y Vida el

Cuadro I.3.

Cobertura y Prestaciones por Ramo de Aseguramiento del Régimen Obligatorio

Cobertura	Prestaciones
I. Enfermedades y Maternidad (SEM)	
Asegurados y pensionados, así como familiares directos que dependan económicamente de los primeros, en casos de maternidad y de enfermedades que no se deriven del trabajo.	<p>Enfermedad:</p> <p>En especie: asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.</p> <p>En dinero: a partir del cuarto día de la incapacidad, un subsidio equivalente a 60 por ciento del último salario diario de cotización mientras dure ésta y hasta por 52 semanas. Ayuda para gastos de funeral por un monto equivalente a dos meses del Salario Mínimo General del Distrito Federal (SMGDF) que rija a la fecha del fallecimiento.</p> <p>Maternidad:</p> <p>En especie: asistencia obstétrica, ayuda en especie por seis meses de lactancia y canastilla al nacer el hijo.</p> <p>En dinero: subsidio de 100 por ciento del último salario diario de cotización por 42 días antes y después del parto.</p>
II. Riesgos de Trabajo (SRT)¹	
Accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores asegurados en ejercicio o con motivo de su trabajo.	<p>En especie: asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, servicio de hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación. También servicios de carácter preventivo.</p> <p>En dinero: subsidio de 100 por ciento del salario mientras dure la incapacidad; o bien, 70 por ciento del salario como pensión mensual si la incapacidad es permanente. Ayuda para gastos de funeral. Si la incapacidad es permanente parcial superior a 50 por ciento, el asegurado recibirá una pensión bajo los términos anteriormente descritos, pero calculada conforme a la tabla de valuaciones de la Ley Federal del Trabajo. Si la valuación definitiva de la incapacidad temporal fuera de hasta 25 por ciento se pagará al asegurado una indemnización global (IG) equivalente a cinco anualidades que le hubieren correspondido. Dicha clase de indemnización será optativa para el trabajador cuando la valuación de la incapacidad exceda 25 por ciento sin exceder 50 por ciento.</p> <p>Muerte (del trabajador o pensionado): pensiones de viudez, orfandad o ascendientes, ayuda asistencial y asistencia médica.</p>
III. Invalidez y Vida (SIV)¹	
<p>Invalidez: a los trabajadores asegurados cuando estén imposibilitados para procurarse una remuneración superior a 50 por ciento de su remuneración habitual, derivado de accidente o enfermedad no profesionales.</p> <p>Vida: a los beneficiarios del asegurado o del pensionado, a la muerte de estos.</p>	<p>Invalidez: pensiones temporales o definitivas (con una Pensión Mínima Garantizada por el Gobierno Federal), asistencia médica, asignaciones familiares y ayuda asistencial.</p> <p>Muerte: pensiones de viudez, orfandad o ascendientes, ayuda asistencial y asistencia médica.</p>
IV. Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV)¹	
<p>Cesantía en edad avanzada: a los asegurados, a partir de los 60 años de edad, que queden privados de trabajos remunerados.</p> <p>Vejez: a los asegurados, a partir de los 65 años de edad.</p>	<p>Pensiones, asistencia médica, asignaciones familiares y ayuda asistencial; retiros programados con cargo a sus cuentas individuales en las Administradoras de Fondos para el Retiro, con Pensión Mínima Garantizada por el Gobierno Federal de un SMGDF mensual a los asegurados cuyos recursos resulten insuficientes para contar con una renta vitalicia o un retiro programado de al menos ese monto, si cotizaron al menos 1,250 semanas. Ayuda para gastos de matrimonio.</p>
V. Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS)	
<p>Guarderías: cuidados durante la jornada de trabajo a los hijos de la mujer trabajadora, del trabajador viudo o divorciado desde los 43 días a los 4 años de edad. Esta prestación también cubre a los asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y la custodia de un menor, sin que necesariamente sea su hijo.</p> <p>Prestaciones Sociales: trabajadores asegurados, y sus familiares.</p>	<p>Guarderías: Proporcionar cuidados y atención a los menores cubiertos.</p> <p>Prestaciones Sociales: promoción de la salud, impulso y desarrollo de actividades culturales, deportivas y recreativas, capacitación para el trabajo y adiestramiento técnico, centros vacacionales y velatorios, entre otros.</p>

^{1/} Los asegurados inscritos con anterioridad al primero de julio de 1997, así como sus beneficiarios, podrán optar por acogerse al beneficio de la Ley de 1973 o al esquema establecido en la actual Ley (1997). Es decir, las personas que hayan cotizado al IMSS antes de julio de 1997, pero que se pensionen con posterioridad al 30 de junio de ese año, al momento que esto ocurra podrán elegir pensionarse en los términos de la Ley de 1973. De acuerdo con la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, los recursos acumulados en el ramo de retiro de la subcuenta de RCV previsto en la actual LSS de aquellos trabajadores o beneficiarios, que a partir del primero de julio de 1997, hubieren elegido pensionarse con los beneficios de la Ley de 1973, deberán ser entregados a los mismos.

Fuente:IMSS.

asegurado cubrirá las cuotas obrero-patronales y el Estado, la parte que le corresponde. Adicionalmente, el asegurado deberá pagar las cuotas que corresponderían al trabajador y al patrón dispuestos para el ramo de Gastos Médicos de Pensionados.

I.1.1.2. El Régimen Voluntario

El Instituto cuenta con un conjunto de modalidades de aseguramiento que se encuentran dentro del Régimen Voluntario. Dentro de éste, el acceso a la seguridad social depende de una decisión voluntaria individual o colectiva, y no de una obligación patronal por existir una relación laboral. Los seguros que integran el Régimen Voluntario son los siguientes: i) Seguro de Salud para la Familia (SSFAM); ii) Seguro para Estudiantes; y, iii) Otros Seguros (a ser determinados por el Gobierno Federal). El cuadro I.4 presenta un resumen de la cobertura y prestaciones del Régimen Voluntario.

Cuadro I.4.
Cobertura y Prestaciones del Régimen Voluntario

Cobertura	Prestaciones
I. Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) Todas las familias de México mediante celebración de convenio con el IMSS.	En especie: Las del Seguro de Enfermedades y Maternidad, con base en el reglamento correspondiente.
II. Seguro para Estudiantes Estudiantes de Instituciones Públicas de Nivel Medio y Superior que no cuenten con cobertura de ninguna institución de seguridad social.	En especie: Las del Seguro de Enfermedades y Maternidad, con base en el reglamento correspondiente.

Fuente: IMSS.

I.1.2. Esquemas de Financiamiento

En el cuadro I.5 se presenta la estructura de tasas de contribución y aportaciones por ramo de aseguramiento y sujeto obligado del Régimen Obligatorio. Los seguros del IMSS se financian a partir de aportaciones de los patrones, de los trabajadores y del Gobierno Federal.

Cuadro I.5.
Esquema de Financiamiento de los Seguros del Régimen Obligatorio en 2008
 (aportación diaria por trabajador asegurado)

Seguro	Base de cotización	Aportación			
		Patrón	Trabajador	Gobierno Federal	Total
Riesgos de Trabajo	SBC ^{-1/}	1.818%	^{-2/}		1.818%
Enfermedades y Maternidad					
Asegurados					
Prestaciones en especie					
Cuota fija	SMGDF ^{-3/}	20.40%	^{-4/}	\$7.95 ^{-5/}	
Couta adicional	excedente SBC-3 SMGDF	1.100%	^{-6/} 0.400%	^{-7/}	1.500%
Prestaciones en dinero	SBC	0.700%	0.250%	0.050%	1.000%
Pensionados	SBC	1.050%	0.375%	0.075%	1.500%
Invalidez y Vida ^{-8/}	SBC	1.750%	0.625%	0.125%	2.500%
Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez ^{-8/}					
Retiro	SBC	2.000%			2.000%
Cesantía y Vejez	SBC	3.150%	1.125%	0.225%	4.500%
Cuota social	1 SMGDF			\$3.15 ^{-9/}	
Guarderías y Prestaciones Sociales	SBC	1.000%			1.000%

^{1/} SBC Salario Base de Cotización.

^{2/} La prima de este Seguro depende de la siniestralidad de cada empresa. El porcentaje que aquí se reporta corresponde a la prima promedio registrada por los cotizantes de las modalidades 10, 13 y 17 a diciembre de 2008.

^{3/} SMGDF Salario mínimo general del Distrito Federal.

^{4/} Este porcentaje inició en 13.9 por ciento de 1 SMGDF el 1o. de julio de 1997. A partir de 1999 se incrementó en enero de cada año en 0.65 puntos porcentuales.

^{5/} Este importe inició como 13.9 por ciento de 1 SMGDF el 1o. de julio de 1997 y se aumenta trimestralmente de acuerdo con la variación del INPC. Esta aportación se estimó a diciembre de 2008.

^{6/} Este porcentaje inició en seis por ciento el 1o. de julio de 1997. A partir de 1999 se redujo anualmente en 0.49 puntos porcentuales.

^{7/} Este porcentaje inició en dos por ciento el 1o. de julio de 1997. A partir de 1999 se redujo anualmente en 0.16 puntos porcentuales.

^{8/} El 1o. de julio de 1997, el tope del Salario Base de Cotización en veces del SMGDF para el Seguro de Invalidez y Vida, así como para los ramos de Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, se fijó en 15 SMGDF, aumentando un salario mínimo por año. Actualmente se ubica en 25 veces el SMGDF.

^{9/} Este importe inició el 1o. de julio de 1997 en 5.5 por ciento de un SMGDF, y se ha venido actualizando trimestralmente de acuerdo con la variación del INPC. El valor reportado corresponde a la cuota social vigente en octubre-diciembre de 2008.

Fuente: Ley del Seguro Social e IMSS.

Por otro lado, todos los sujetos que voluntariamente se incorporen al Seguro de Salud para la Familia, incluidos los familiares que se registren, pagarán anualmente la cuota establecida en la LSS, clasificándose por el grupo de edad a que pertenezcan. Las cuotas serán calculadas de acuerdo con la tabla establecida en el Artículo 242 de la Ley, la cual será actualizada en febrero de cada año de acuerdo con el incremento en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) del año calendario anterior.

En el cuadro I.6 se muestran las cuotas por asegurado y familiar, por grupo de edad, para 2002 y 2008.

Cuadro I.6.
Esquema de Financiamiento del Seguro de Salud para la Familia
 (pesos corrientes)

Edad del miembro de la familia en años cumplidos	Cuota anual por miembro	
	2002	2008
0 a 19	889	1,147
20 a 39	1,039	1,340
40 a 59	1,553	2,003
60 o más	2,337	3,014

Fuente: Ley del Seguro Social.

Por su parte, las aportaciones correspondientes al Gobierno Federal son realizadas por familia asegurada, de manera independiente al tamaño de la misma. Consisten en una cuota fija diaria equivalente a 13.9 por ciento de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal en julio de 1997, y es ajustada trimestralmente conforme a la variación del INPC. Para diciembre de 2008 se estima en 7.83 pesos diarios.

En cuanto a los gastos originados por el aseguramiento de los estudiantes, el Gobierno Federal cubre en forma integral el monto de las cuotas, que se determinan tomando como base el monto del salario mínimo vigente en el Distrito Federal en el momento de la inscripción, elevado al año y, aplicando a éste el factor de 1.723 por ciento multiplicando por el número de estudiantes asegurados.

Como se observa en el cuadro I.5, sólo las tasas de contribución del SIV, del SGPS y de GMP, están establecidas como porcentaje del Salario Base de Cotización (SBC) del afiliado. Para el resto de los seguros las cuotas y aportaciones de algunas de las partes están establecidas como cantidades fijas (porcentajes del salario mínimo vigente, o del salario mínimo vigente en 1997 y actualizado por inflación). Sin embargo, se pueden aproximar las tasas de contribución total como porcentaje del SBC, como se observa en el cuadro II.7.

Cuadro I.7.
Tasa de Contribución por Ramo de Seguro en 2008 como porcentaje del SBC

	Patrones	Trabajadores	Gobierno Federal	Total
Seguro de Enfermedades y Maternidad (trabajadores) ^{1/}	5.846	0.366	3.557	9.769
Ramo de Gastos Médicos de Pensionados	1.050	0.375	0.075	1.500
Seguro de Invalidez y Vida	1.750	0.625	0.125	2.500
Seguro de Riesgos de Trabajo ^{2/}	1.818	0.000	0.000	1.818
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	1.000	0.000	0.000	1.000
Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez ^{3/}	5.150	1.125	1.613	7.888
Total	16.614	2.491	5.369	24.474

^{1/} Considera el SBC promedio reportado en el capítulo VIII. Otras metodologías podrían resultar en valores diferentes.

^{2/} Corresponde a la prima promedio registrada por los cotizantes de las modalidades 10, 13 y 17 a diciembre de 2008.

^{3/} Se incluye RCV por ser parte del Régimen Obligatorio, aunque no es administrado por el IMSS.

Fuente: IMSS.

En general, el Seguro Social se financia con contribuciones tripartitas que equivalen a 25 por ciento de la nómina, correspondiendo 8 por ciento al Seguro de RCV, y 17 por ciento al financiamiento de los cuatro Seguros del Régimen Ordinario administrados por el IMSS (SRT, SIV, SEM y su ramo de GMP, y SGPS).

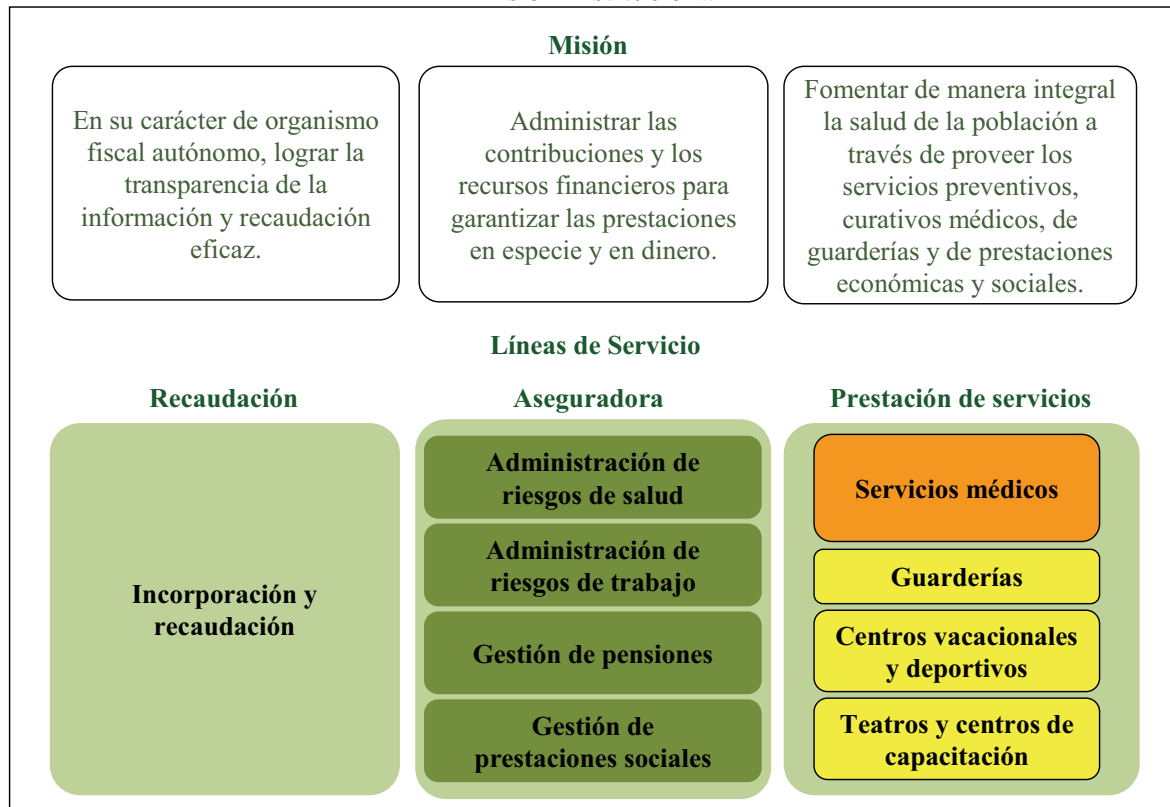
Del total de las contribuciones, los patrones contribuyen con 16.61 por ciento de la nómina, los trabajadores con 2.49, y el Gobierno Federal con 5.37 por ciento.

I.2. Política Institucional

Como se observa a lo largo del Informe, el Instituto presenta un panorama complejo respecto de su viabilidad financiera en los próximos años. En este sentido, la presente administración ha puesto en marcha una política institucional que responde en forma ágil y efectiva a los grandes retos internos y externos a que se enfrenta.

La *Misión* del IMSS, de acuerdo con sus mandatos y estructura, se puede conceptualizar alrededor de tres *líneas de servicio*: i) aseguradora; ii) prestadora de servicios; y, iii) recaudación. Cada una de ellas, como se puede observar en el siguiente cuadro, con funciones de naturaleza muy diferente.

Cuadro I.8.
Misión Institucional

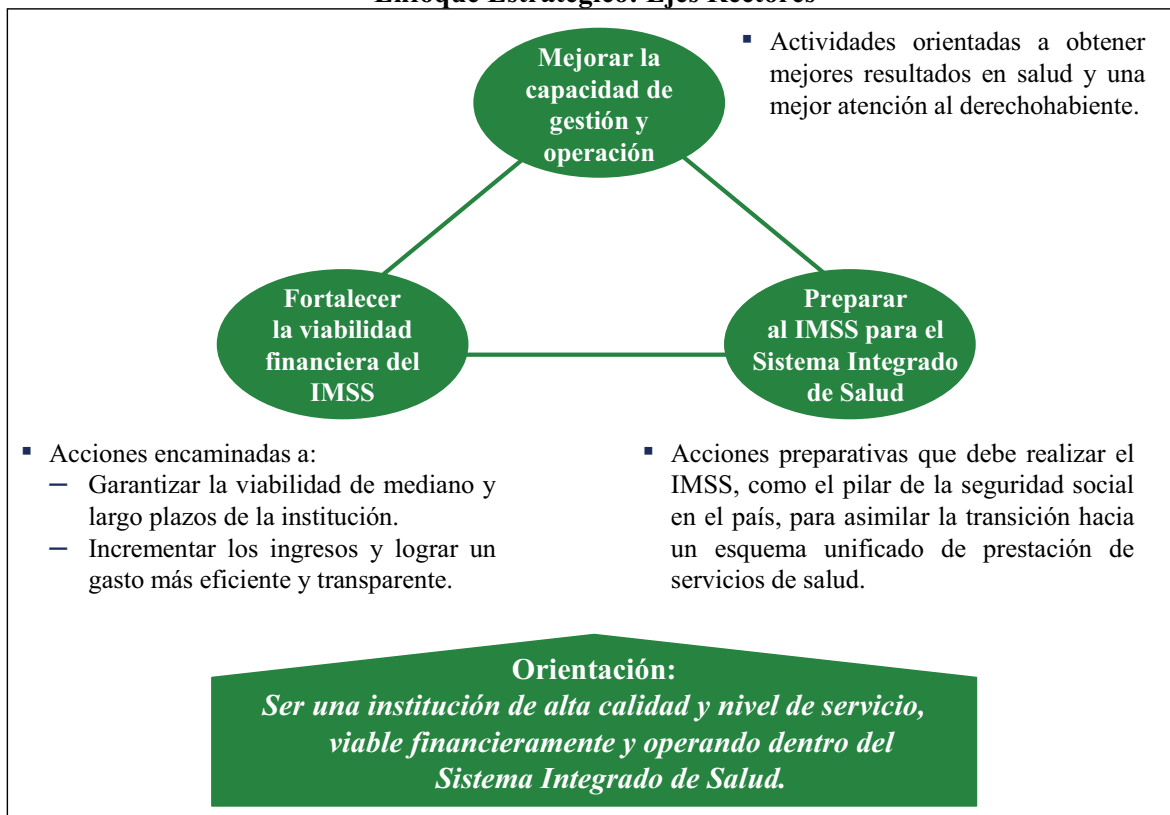


Fuente: IMSS.

La *Visión* del IMSS hacia 2012 se enmarca en un Instituto que transita –gradual y efectivamente– hacia una estructura organizativa que le permita contar con estas tres líneas de servicios, operativamente independientes y a la vez eficientes y eficaces, tanto en su interactuar interno como externo.

El enfoque estratégico de la política institucional está conformado por tres ejes rectores, los cuales buscan atender los retos del quehacer institucional, y pueden circunscribirse como: i) mejorar la capacidad de gestión y operación; ii) fortalecer la viabilidad financiera del Instituto; y, iii) preparar al IMSS para el Sistema Integrado de Salud, en el contexto de la cobertura universal en salud.

Cuadro I.9.
Enfoque Estratégico: Ejes Rectores



Fuente: IMSS.

I.2.1. Eje Rector I: Mejorar la capacidad de gestión y operación del Instituto

Los niveles de calidad en el servicio y satisfacción presentan áreas de oportunidad importantes. En este sentido, este eje se orienta hacia la mejora de la oferta de los servicios y la capacidad resolutive en todos los niveles de atención, con el fin de cumplir con las demandas y expectativas de la población derechohabiente.

Todas las actividades del quehacer institucional están orientadas a brindar una mejor respuesta; lo anterior incluye contar con una infraestructura más adecuada, abasto de insumos médicos en niveles aceptables y capital humano más productivo. Esto deberá reflejarse en un servicio más oportuno, cálido y efectivo. De este eje rector se desprenden cuatro frentes de trabajo:

Frente I.1. Mejorar la calidad de los servicios

Las acciones se enfocan a proporcionar a los derechohabientes, patrones, pensionados y jubilados un servicio integral, ágil y de calidad que responda a sus necesidades reales. Ello implica la consolidación de un modelo de atención concebido desde el punto de vista de la satisfacción del usuario y de sus adecuadas necesidades diagnósticas y terapéuticas, y no exclusivamente desde el mero cumplimiento de los protocolos de atención como procesos operativos.

Destacan acciones para: i) asegurar el abasto suficiente de medicamentos e insumos terapéuticos con entregas mejor calendarizadas, estables y con mayor grado de cumplimiento; ii) reducir el índice de mortalidad materna; iii) consulta sábados y domingos; iv) proporcionar atención médica domiciliaria; v) atención para la rehabilitación de incapacitados e inválidos para su reinserción en el mercado laboral; y, vi) diseño y control de planes de contingencia y vigilancia a la salud.

Frente I.2. Mejorar la calidez de la atención

El Instituto se está poniendo en los zapatos del derechohabiente. Se trata sobre todo de mantener su confianza. En este sentido se busca permanentemente brindar un trato al derechohabiente con mayor sensibilidad humana, ampliando y fortaleciendo los canales de comunicación y de espacios físicos dignos y funcionales en los que esté al frente una especialista o técnica en atención y orientación al derechohabiente; pero sobre todo, fortaleciendo la calidez de la atención.

Las iniciativas en este frente de trabajo buscan facilitar los trámites y disminuir las molestias de los usuarios; incrementando el porcentaje de satisfacción y disminuyendo el número de quejas recibidas.

Frente I.3. Fortalecer la infraestructura

El Instituto despliega una serie de acciones para la actualización de la infraestructura inmobiliaria, tecnológica y de equipamiento médico a nivel nacional. Para ello, está en marcha el Programa de Inversión en Infraestructura y Equipamiento en Salud más ambicioso en décadas, con el propósito de avanzar en la solución del rezago actual en infraestructura que impide dar un mejor y más oportuno servicio en todos los niveles de atención.

Las iniciativas en esta materia se orientan a contar con un crecimiento óptimo en la infraestructura institucional, entre las que se encuentran: i) desarrollo de un sistema de planeación

y diseño de obras nuevas, y acciones de ampliación y remodelación; y, ii) mejorar la utilización de los servicios actuales a través de programas como “Hospital sin Ladrillos”, que reorienten el uso de espacios y camas en los hospitales; así como el de “Hospitales Mixtos” con los cuales se fortalece a hospitales rurales para la correcta atención del derechohabiente.

Frente I.4. Fortalecer recursos humanos y organización

Este frente de trabajo se orienta a instrumentar un proyecto de capacitación institucional, dirigido al personal que tiene contacto directo con el derechohabiente, para sensibilizarlo y dotarlo de las técnicas, habilidades y conocimientos necesarios para el óptimo desempeño de sus labores.

El objetivo es contar con servidores públicos que desarrollen capacidades que les permitan brindar un servicio cálido, amable y de calidad; que refuercen su capacidad de respuesta frente a situaciones tales como la sobredemanda, la molestia de los usuarios o la procedencia de un trámite en específico.

I.2.2. Eje Rector II: Fortalecer la viabilidad financiera del IMSS

Este eje se centra en la búsqueda continua de una administración transparente y eficiente de los recursos. Incluye acciones encaminadas a fortalecer los ingresos, a lograr un gasto más eficiente y asignar prioritariamente recursos hacia acciones de atención preventiva que permitan mejorar el escenario epidemiológico de la población usuaria. Se trata, además, de encontrar el balance óptimo entre mejorar la cantidad y calidad de la atención al derechohabiente con un Instituto financieramente viable en el mediano y largo plazos. De este eje rector se desprenden cuatro frentes de trabajo:

Frente II.1. Fortalecer ingresos

Está orientado a mejorar la recaudación mediante iniciativas que permiten una mayor eficacia y eficiencia en su accionar, entre ellas destacan: i) diseño y aplicación de una mejor estrategia de fiscalización; ii) desarrollo de un sistema informático integral de los procesos de incorporación y recaudación; iii) facilitar el cumplimiento voluntario de las obligaciones, entre las que sobresale el sistema de pago referenciado a través de Internet; y, iv) reducción de la cartera en mora.

Frente II.2. Realizar un gasto más eficiente y transparente

Se refiere a las acciones de mejora enfocadas a ganar eficiencia interna y una optimización continua de los procesos sustantivos. Se centra en una mayor flexibilidad presupuestal para facilitar el quehacer diario, dentro de un marco de rendición clara de cuentas.

Entre otras medidas de carácter administrativo para realizar un gasto más eficiente y transparente se encuentran: i) ahorros en abasto a través de la adopción de múltiples estrategias como subastas en reversa, compras multianuales, compras centralizadas y regulación de compras descentralizadas, entre otras; ii) mayor transparencia y rendición de cuentas, a través de la participación de la figura del testigo social en las licitaciones; iii) ampliar el número de servicios brindados, previa identificación del derechohabiente, mediante la credencial ADIMSS con la función de huella digital; iv) instrumentar mecanismos de medición y gestión del producto hospitalario a través de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) que permitan comparar costos de producción en las unidades de servicio y llevar a cabo medidas que permitan homogeneizar los servicios. Este mismo razonamiento se aplica para los servicios ambulatorios a través del uso de Grupos Relacionados de Atención Ambulatoria (GRAA); y, v) la implementación de un sistema de información para el control y fiscalización de las incapacidades que evite el uso fraudulento de las mismas.

Frente II.3. Fortalecer la atención preventiva

La transición epidemiológica del país repercute gravemente sobre las finanzas del Instituto. La población envejece y sus padecimientos crónicos resultan ser mucho más costosos. Como medidas de solución se asignan recursos suficientes para el fortalecimiento de la estrategia de los Programas Integrados de Salud, prioritariamente PREVENIMSS, DIABETIMSS, y el Plan Gerontológico, cuyas acciones se basan en la prevención, la curación y la rehabilitación. Asimismo, se refuerza la entrega informada de Cartillas de Salud y Guías para el Cuidado de la Salud.

Frente II.4. Mejorar la suficiencia presupuestal

Está conformado por una serie de medidas endógenas y exógenas que impactan los ingresos y gastos del Instituto. Estas medidas están encaminadas a incrementar los recursos –propios y externos–, así como a disminuir los gastos no prioritarios y reorientar los recursos hacia el financiamiento de actividades de alto impacto en los derechohabientes.

Es necesario propiciar un debate serio y a fondo entre Ejecutivo Federal, Congreso de la Unión y sociedad en general, de aquellas acciones que implicarían una modificación a la Ley del Seguro Social (LSS) y uso de recursos fiscales. El logro de un consenso es básico para alcanzar el fortalecimiento del Instituto.

I.2.3. Eje Rector III: Preparar al Instituto para el Sistema Integrado de Salud

El IMSS, como pilar de la seguridad social y principal proveedor de servicios de salud en México, se prepara para insertarse de manera eficiente al Sistema Integrado de Salud que se está forjando en el país. En este sentido, el Instituto está trabajando en acciones específicas que le ayuden a transitar hacia ese Sistema Integrado de servicios de salud. De este eje rector se desprenden tres frentes de trabajo:

Frente III.1. Promover la portabilidad de derechos

El acceso a los servicios básicos de salud es un derecho fundamental de los ciudadanos; por ello el IMSS, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud en esta materia, coordina acciones para buscar que los derechohabientes y los usuarios tengan cobertura de atención en salud en cualquiera de las instituciones proveedoras de servicios en el país.

La portabilidad consiste en que todo ciudadano que cuente con algún seguro de salud tenga el derecho de acudir a cualquier institución para su atención. Así, las tareas que realiza el IMSS en esta materia se encaminan, por un lado, a estructurar los mecanismos de intercambio de información para lograr un Sistema Integrado de Salud, lo que considera: i) estandarizar el padrón de derechohabientes del IMSS con otras instituciones, ii) concretar el padrón de IMSS-Oportunidades; iii) dar cumplimiento a las metas de credencialización y reexpedición en el marco del programa ADIMSS; iv) hacer compatible el uso del Expediente Clínico Electrónico (ECE), para que en cualquier clínica o unidad médica de los tres niveles de atención, a nivel nacional, se pueda consultar el historial del paciente; v) contar con una base nacional de datos de salud y guías de práctica clínica; y, vi) contar con un sistema de precios y costos para paquetes de servicios.

Frente III.2. Promover la convergencia de servicios de salud

La convergencia entre las instituciones de los servicios de salud requiere establecer mecanismos de colaboración para que la atención médica se preste de forma unificada o estandarizada, sin

distinción entre instituciones públicas o privadas, federales o estatales. Ello significa mayor y mejor coordinación en el uso compartido de los recursos, dados los costos administrativos de operación en cada una de las instituciones.

En este sentido, el IMSS junto con otras instancias del Sistema Nacional de Salud, trabaja: i) en el desarrollo de “guías de práctica clínica” para que exista un estándar mínimo de atención semejante en todas las instituciones; ii) en el establecimiento de “paquetes de servicios” respaldados con un “modelo de costeo” por actividad o proceso, por grupo relacionado de diagnóstico (GRD) y por grupo relacionado de atención ambulatoria (GRAA); y, iii) en un programa integral de inversión física en salud, que implique el intercambio de información respecto de la infraestructura existente, su ubicación, condiciones y capacidad instalada, para poder dimensionar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes y planear el monto de las inversiones futuras.

Frente III.3 Desarrollar un mercado de servicios de salud

El Instituto debe participar en la creación de un mercado interinstitucional de servicios de salud, profundo y robusto, que haga tangibles los beneficios de la portabilidad y la convergencia antes referidas. Su maduración radica en la definición de un esquema de intercambio o compra-venta de servicios médicos, como un resultado del acceso nacional al Sistema Integrado de Salud.

Este frente de trabajo requiere clarificar aspectos como: i) la separación del financiamiento de la prestación de los servicios; ii) la separación del aseguramiento contra riesgos de salud personales, de otro tipo de seguros y beneficios de la seguridad social; iii) la separación de la provisión de servicios de otro tipo de bienes públicos (como la promoción y prevención comunitaria); iv) la solución de dilemas básicos, en el marco de los derechos individuales, como definir el alcance de la cobertura; y, v) en el largo plazo, integrar todos los subsistemas de salud en uno.

CAPÍTULO II

ENTORNO ECONÓMICO, DEMOGRÁFICO, EPIDEMIOLOGICO Y SOCIAL

II. ENTORNO ECONÓMICO, DEMOGRÁFICO, EPIDEMIOLOGICO Y SOCIAL

Este capítulo tiene como propósito dar cumplimiento a lo establecido en el respectivo párrafo del Artículo 273 de la Ley del Seguro Social (LSS), que obliga al Instituto a informar sobre las tendencias demográficas de su población beneficiaria, incluyendo modificaciones en la esperanza de vida, tendencias en la transición epidemiológica y cambios en la composición de género de la fuerza laboral, entre otros factores.

El citado Artículo de la LSS establece que la estimación de riesgos, a su vez, debe considerar factores derivados del ciclo económico, de la evolución del costo de los tratamientos y medicamentos, de los costos laborales, de la situación macroeconómica, así como de cualquier otro factor que afecte la capacidad del Instituto para cumplir con sus compromisos.

En este sentido, el presente capítulo aborda temas relacionados con el ciclo económico y la dinámica reciente del mercado laboral⁵. Asimismo, se detallan los avances del IMSS en materia de prevención en salud y en otros programas médicos como parte de la respuesta institucional ante la transición demográfica y epidemiológica.

Es importante mencionar que los resultados presentados en este capítulo no incluyen aquellos del Programa IMSS-Oportunidades, los cuales son presentados en el capítulo XII.

II.1. El Ciclo Económico y el Seguro Social

El contexto económico y financiero internacional que prevaleció durante 2008 se reflejó en el debilitamiento de la actividad económica en México, de forma acelerada en la segunda mitad del año y acentuándose aún más durante los últimos tres meses del mismo. Consecuentemente, la demanda de trabajo se debilitó a la par que la economía, propiciando que se elevara la tasa de desocupación y disminuyera el número de trabajadores afiliados al Instituto.

Las consecuencias financieras para el Instituto de esta etapa del ciclo económico no son menores: disminución en los ingresos esperados –debido al menor número de cotizantes– y mayores gastos –debido a una mayor tasa de uso de los servicios por parte de los derechohabientes–.

⁵ El análisis del costo laboral y del costo de los tratamientos y medicamentos se analiza a detalle en otros capítulos de este Informe; capítulos V y XI, respectivamente.

Es conveniente distinguir dentro de la población afiliada a los asegurados trabajadores y a los asegurados no trabajadores. Así, el número de trabajadores asegurados presenta una correlación positiva con la actividad económica, mientras que muestra una relación inversa al tamaño del sector informal⁶. Por otro lado, el grupo de afiliados no trabajadores (pensionados y Régimen Voluntario) reaccionará ante variables tales como el nivel de actividad económica e informalidad en décadas pasadas, en el caso de los pensionados, así como factores sociales, demográficos y políticos, en el caso del Régimen Voluntario.

II.1.1. Asegurados trabajadores

La economía mexicana muestra en el largo plazo una tendencia de crecimiento económico, con el movimiento natural del ciclo económico y los periodos de crisis. El crecimiento económico ha implicado un mayor número de empleos en el sector formal de la economía y, por ende, una mayor afiliación de trabajadores al IMSS. No obstante, esta tendencia de crecimiento de largo plazo ha estado acompañada de ciclos que crean desaceleraciones y en algunos casos crisis económicas, como la actual. Dichas disminuciones en el crecimiento económico se ven reflejadas claramente en bajas en el empleo y, por tanto, en la incorporación de trabajadores al Seguro Social, que presenta variaciones acordes en magnitud y sentido con las tasas de crecimiento de la economía, como se observa en las gráficas II.1, II.2 y II.3⁷.

En los últimos 17 años han existido tres periodos, en los cuales el número de trabajadores incorporados al IMSS se ha contraído o estancado: el año 1995, el periodo que va de noviembre de 2000 al cierre de 2003 y recientemente 2008, como se muestra en la gráfica II.1. En este

⁶ De acuerdo con el INEGI, el sector informal, desde el punto de vista técnico, alude a las unidades económicas que realizan sus actividades a partir de los recursos de los hogares, pero sin constituirse como empresas. El criterio operativo para identificar a las unidades económicas lo da la ausencia de prácticas contables convencionales, porque ello determina que no hay una distinción entre el patrimonio del hogar y el del negocio, ni tampoco hay una distinción entre los flujos de gasto del negocio y los del hogar (por ejemplo: gastos de electricidad y teléfono, uso de vehículos, etcétera). La evasión fiscal a la que quedan asociadas estas actividades es, en buena medida, la consecuencia de no tener prácticas contables consolidadas, susceptibles de ser interpretadas y monitoreadas por terceras partes. Esto las distingue de otras actividades cuyo grado de complejidad es tal, que requieren asentar sus operaciones contables de manera sistematizada, aun cuando puedan evadir al fisco en forma parcial o total. Así, el concepto de sector informal no es sinónimo o idéntico al de economía subterránea o economía no observada, en tanto que es sólo un componente de ella. El sector informal sólo da cuenta, entonces, de una parte de la producción de bienes y servicios no declarados por unidades económicas residentes en el país.

No es competencia de este Informe precisar alguna causalidad entre las variables número de trabajadores afiliados en el IMSS y trabajadores en el sector informal. Ambas variables parecen estar relacionadas entre sí a través del nivel de actividad económica.

⁷ Además del nivel de actividad de la economía, la incorporación al IMSS puede ser influenciada positivamente por acciones inherentes al propio Instituto. En el capítulo VIII se profundiza sobre las acciones del IMSS en materia de fiscalización y atención al contribuyente que inciden en la incorporación.

sentido, mientras el ciclo económico podría no representar un riesgo grave para el Instituto, desviaciones importantes del mismo a la baja y, sobre todo, las crisis económicas, sí han impactado fuertemente la afiliación de trabajadores al Instituto y, por lo tanto, representan un riesgo para sus finanzas.

Con el objetivo de monitorear el comportamiento de la actividad económica, el INEGI integra con periodicidad mensual los llamados Indicadores Compuestos Coincidente y Adelantado⁸. El propósito de estos índices es aglomerar en indicadores únicos, variables directamente relacionadas con el nivel de actividad económica. La publicación del Producto Interno Bruto (PIB) es de periodicidad trimestral, por lo que estos indicadores ofrecen información más oportuna que permite prever los picos y valles del ciclo económico. Como se muestra en la gráfica II.2, el número de trabajadores afiliados presenta un comportamiento muy semejante, en dirección e intensidad, al de estos índices⁹. Los tres periodos de reducción en el número de trabajadores mencionados anteriormente corresponden a periodos de contracción en los índices mencionados.

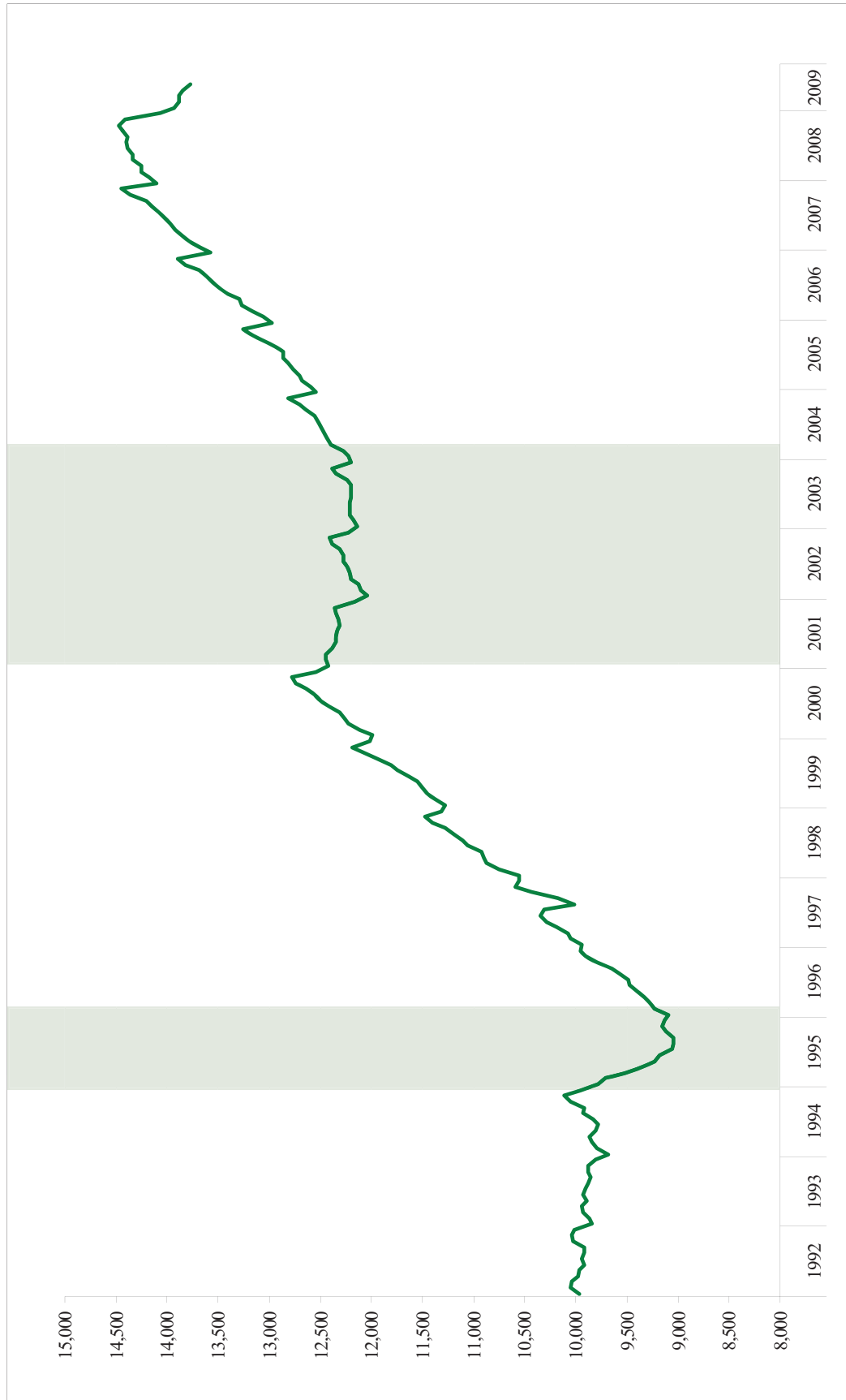
Si la comparación se realiza directamente con el PIB –el indicador más conocido de actividad económica–, también es posible observar una alta dependencia entre éste y el número de trabajadores afiliados al IMSS. Por ejemplo, para el periodo 2004-2007 el PIB creció a una tasa promedio de 3.8 por ciento en términos reales, mientras que los trabajadores afiliados al Instituto crecieron a una tasa promedio de 4.0 por ciento. Por otro lado, en 2008 la pérdida de dinamismo de la actividad económica se reflejó en el impulso mostrado en la creación de empleos formales, ya que en el periodo diciembre 2007-2008 el número de trabajadores registrados ante el IMSS disminuyó en 37,500, como se muestra en la gráfica II.3¹⁰.

⁸ El Indicador Coincidente incluye información sobre el mercado de bienes y servicios y sobre el mercado laboral. En particular incorpora el Producto Interno Bruto mensual, el índice de volumen físico de la actividad industrial, el número de asegurados permanentes del IMSS, el índice de ventas al menudeo en establecimientos comerciales y la tasa de ocupación parcial y desocupación. Por su parte, el Indicador Adelantado incorpora información del sector real (producción y empleo): el tipo de cambio real, el precio del petróleo crudo mexicano de exportación, el índice de la Bolsa Mexicana de Valores, el número de horas trabajadas en la industria manufacturera, la tasa de interés interbancaria de equilibrio y el índice del volumen físico de la industria de la construcción.

⁹ El hecho de que el Indicador Coincidente incorpore a los trabajadores permanentes del IMSS implica que en el gráfico se están comparando dos variables altamente correlacionadas, sin embargo, el de los trabajadores es sólo uno de seis indicadores y corresponde sólo a los permanentes que, como se verá más adelante, en los últimos años han perdido importancia relativa en el total de trabajadores.

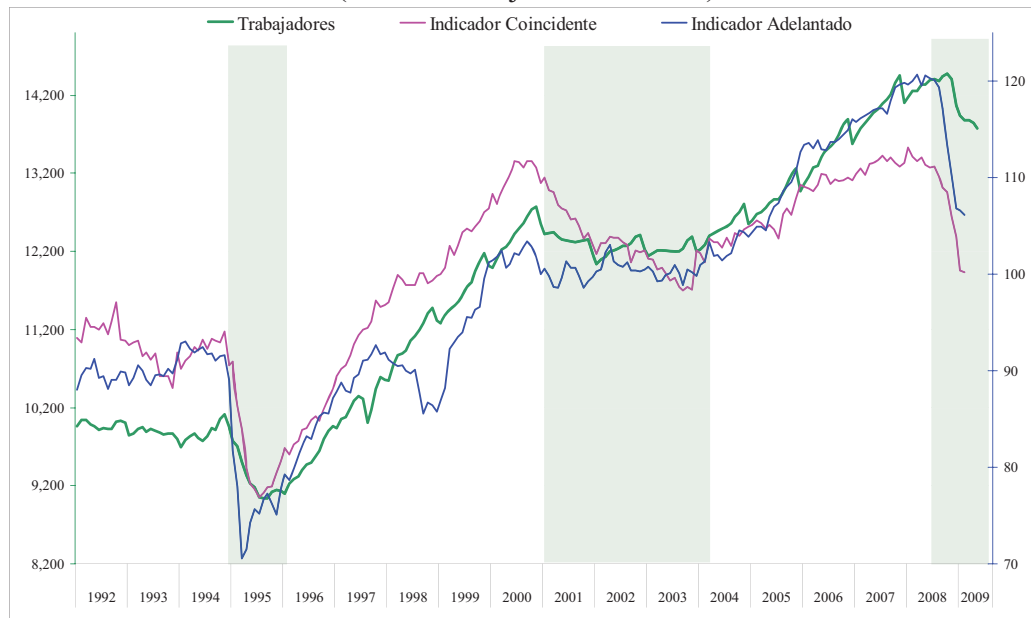
¹⁰ El INEGI informó que el PIB disminuyó (-)1.6% en términos reales y a tasa anual durante el cuarto trimestre de 2008. Dicho retroceso se originó por el comportamiento a la baja de las Actividades Secundarias y Terciarias.

Gráfica II.1.
Número de Trabajadores Afiliados al IMSS*
(en miles, al cierre de cada mes)



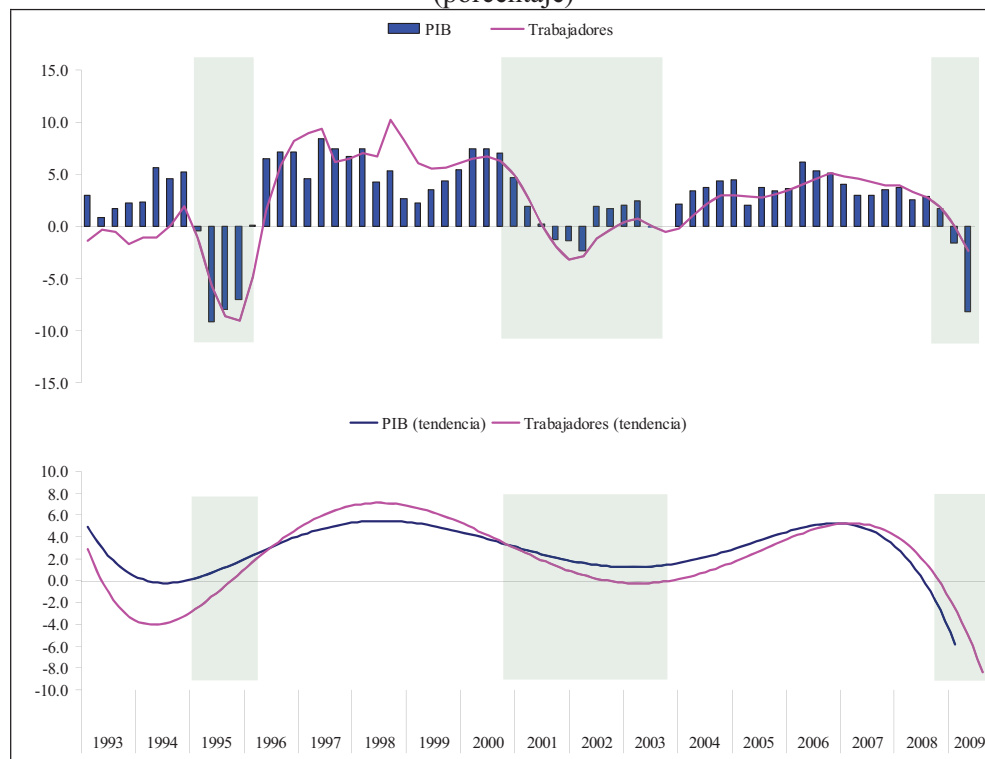
* Asegurados trabajadores permanentes y eventuales urbanos.
Fuente: IMSS.

Gráfica II.2.
Indicadores de la Actividad Económica Coincidente y Adelantado y
Trabajadores Permanentes y Eventuales Urbanos Afiliados al IMSS, 1992-2008
(miles de trabajadores e índices)



Fuente: INEGI, IMSS.

Gráfica II.3.
Variación Anual PIB Real y Variación Anual de Trabajadores Afiliados al IMSS,
Serie Original y Tendencia, 1993-2008
(percentaje)

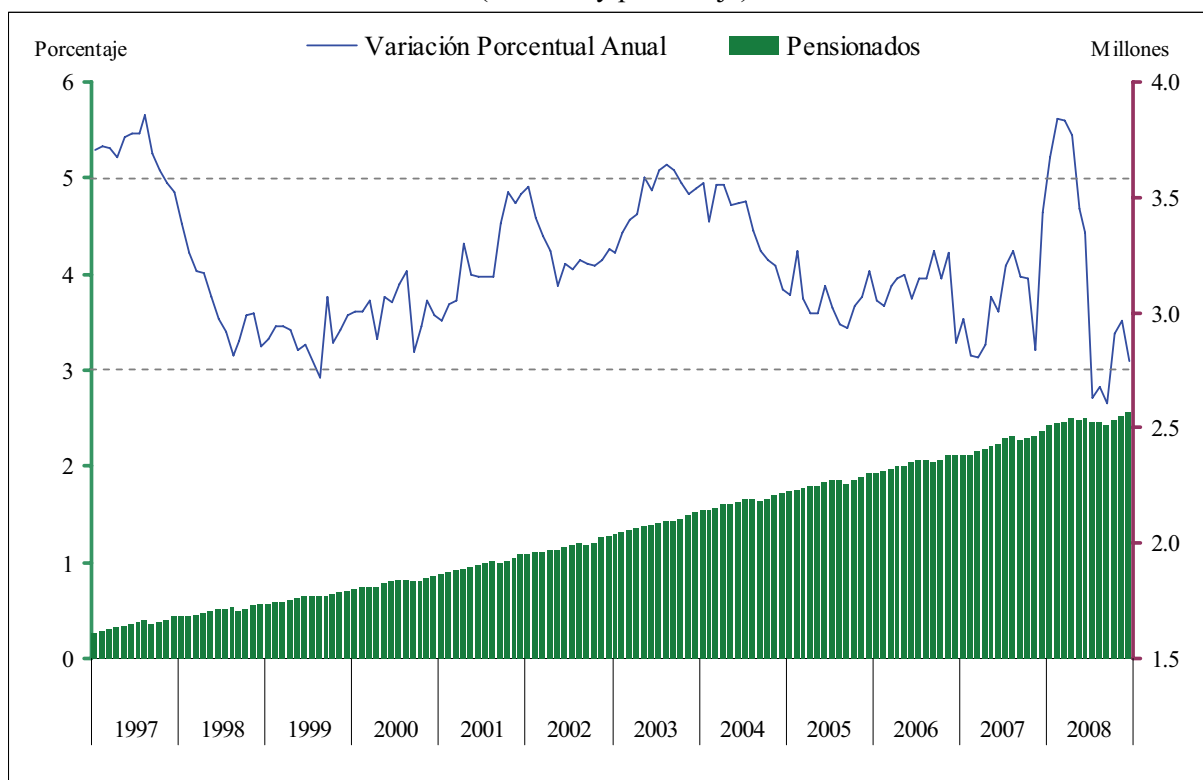


Fuente: INEGI, IMSS.

II.1.2. Asegurados no trabajadores

Dentro de los asegurados no trabajadores, los pensionados son la población con mayor participación. A diferencia de los asegurados trabajadores, su aumento presente y futuro depende de condiciones económicas de años anteriores (creación de empleos e incorporación al IMSS en años pasados), así como de la evolución de las estructuras de la población, es decir, de la transición demográfica¹¹. El comportamiento en el número de pensionados es de particular importancia, toda vez que no aportan ningún ingreso corriente al Instituto. Los gastos que generan sus prestaciones y servicios son asimilados, principalmente, por las cuotas de los trabajadores en activo y las aportaciones que por LSS le corresponden al Gobierno Federal. Como se puede observar en la gráfica II.4, el número de pensionados sigue un crecimiento sostenido y mantiene una tasa de incremento que oscila alrededor de 4 por ciento. Al cierre de 2008 se registra un total de 2'567,995 pensionados.

Gráfica II.4.
Pensionados y Variación Anual, 1997-2008
(millones y porcentaje)

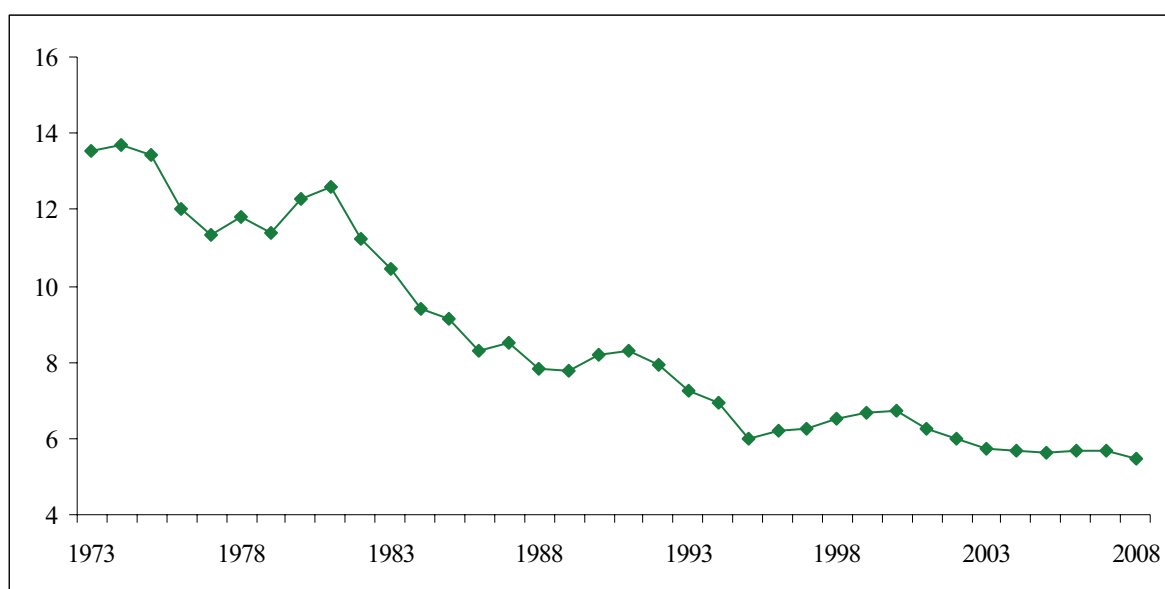


Fuente: IMSS.

¹¹ Los pensionados por Seguros de Riesgo de Trabajo e Invalidez y Vida se originan por contingencias específicas.

Como ya se mencionó, los pensionados no aportan ingresos al Instituto¹². La relación entre los trabajadores afiliados y los pensionados se ha reducido de forma sostenida en las últimas décadas, como se muestra en la gráfica II.5. Una menor base de trabajadores activos en relación con el número de pensionados implica una presión en las finanzas del Instituto, en particular en el rubro de gastos médicos a pensionados. El capítulo III de este Informe evalúa, entre otros efectos, el impacto de esta tendencia sobre el deterioro de las finanzas del ramo de Gastos Médicos de Pensionados.

Gráfica II.5.
Relación de Trabajadores Asegurados en el IMSS Respecto a los Pensionados,
1973-2008



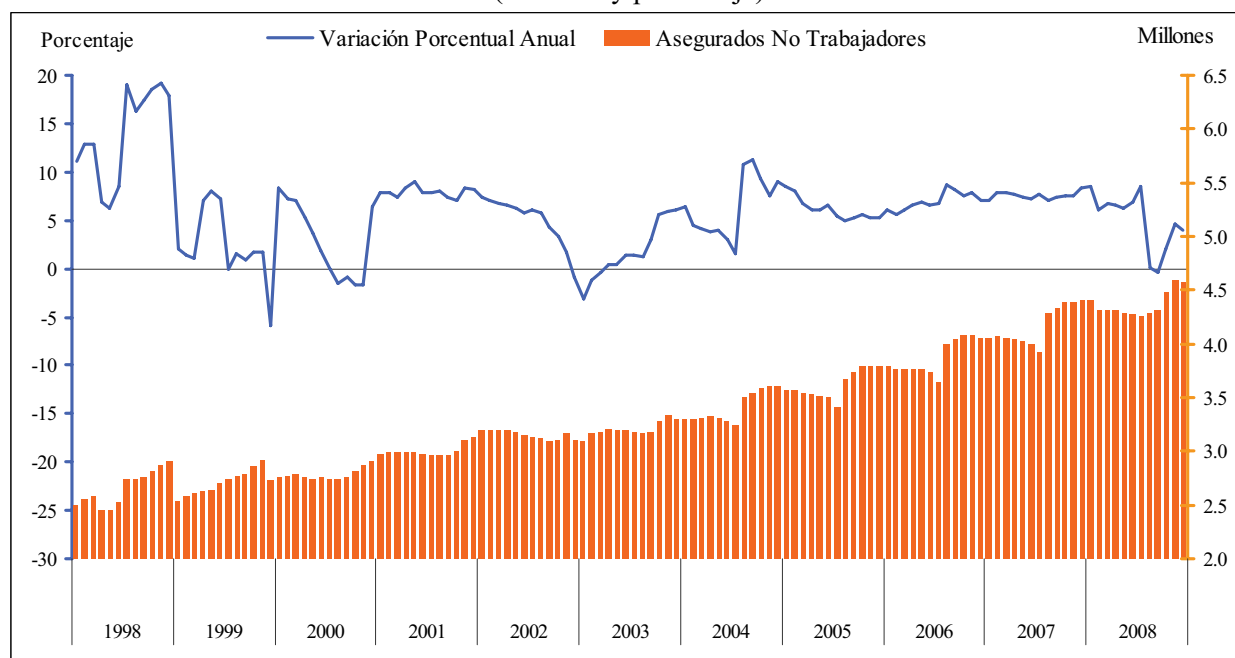
Fuente: IMSS.

El resto de los asegurados no trabajadores, como se puede observar en la gráfica II.6, han experimentado un crecimiento constante en los últimos años¹³. Durante 2008, 167 mil personas más obtuvieron derechos ante el IMSS bajo este tipo de esquemas. La tasa anual de crecimiento promedio fue 5 por ciento superior al crecimiento de los asegurados trabajadores, que fue de 2 por ciento en promedio.

¹² Se debe reconocer, sin embargo, que los pensionados sí aportaron recursos al Instituto en el pasado.

¹³ En promedio, en 2008, 97 por ciento de esta población asegurada corresponde a estudiantes.

Gráfica II.6.
Asegurados No Trabajadores Excluyendo Pensionados^{/1}, 1998-2008
 (millones y porcentaje)



^{/1} Incluye Continuación Voluntaria, Seguro Facultativo, Seguro para Estudiantes y Seguro de Salud para la Familia.
 Fuente: IMSS.

En resumen, mientras el número de trabajadores afiliados sigue tasas de crecimiento estrechamente relacionadas con el nivel de actividad económica, el grupo de asegurados no trabajadores responde a otros factores tales como la transición demográfica (pensionados) y políticas gubernamentales (estudiantes).

II.2. Dinámica de la Estructura del Mercado Laboral, 2000-2008

No sólo la actividad económica afecta al número de trabajadores afiliados al IMSS. Cambios en la estructura del mercado laboral pueden generar sensibles transformaciones, tanto en nivel como en composición de los trabajadores a ser afiliados por el Instituto. Existen por lo menos tres cambios determinantes: i) la terciarización de la economía; ii) tipos de relación laboral; y, iii) el aumento relativo del trabajo femenino.

Es importante señalar que la mayoría de la información presentada en esta sección tiene como fuente la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)¹⁴. La batería 6 del

¹⁴ INEGI. Datos correspondientes al segundo trimestre de 2008.

Cuestionario de Ocupación y Empleo (COE), en su versión ampliada, se centra en las formas de remuneración del trabajo y en los ingresos monetarios que éste proporciona, así como en el acceso a las instituciones de salud por parte del trabajo.

II.2.1. Terciarización de la economía

En informes anteriores se ha mencionado que México se encuentra envuelto en un patrón acelerado de terciarización de su economía, es decir, existe un mayor crecimiento del sector servicios relativo al de los sectores industrial y agrícola. La desaceleración económica actual modifica en el corto plazo dicha tendencia, al ser el sector agrícola el que presentó una mayor tasa de crecimiento en 2008. Sin embargo, si se observa un patrón de largo plazo (2000-2008), las comunicaciones, el transporte y el almacenaje han sido las actividades económicas que más crecimiento han presentado; siguen en importancia los servicios financieros, actividades inmobiliarias, comercio, restaurantes y hoteles, cuyas tasas de crecimiento también han sido superiores a las demás actividades económicas y al promedio nacional. El cuadro II.1 reporta las tasas de crecimiento del PIB por gran división para los últimos años, ilustrando el fenómeno descrito¹⁵.

¹⁵ En el caso de México la apertura comercial ha sido un factor muy importante. El libre comercio de mercancías provoca una competencia a nivel internacional que mantiene los precios bajos en los bienes comerciables como son las manufacturas, en relación con los precios de bienes no comerciables como los servicios. De esta forma, las manufacturas resultan rentables sólo si se logran incrementos de productividad que generen márgenes de ganancia. El sector de servicios, en cambio, está expuesto a menos competencia, lo que permite márgenes de utilidad sin incrementos importantes en la productividad.

Cuadro II.1.
Crecimiento del PIB por Sector y Rama de Actividad Económica, 2000-2008*
 (porcentaje)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Promedio 2000-2008
Total	6.6	-0.2	0.8	1.3	4.0	3.2	5.1	3.3	1.3	2.8
Agropecuario, silvicultura y pesca	0.6	3.5	0.1	3.1	2.5	-2.6	6.3	2.0	3.2	2.1
Industrial	6.1	-3.5	-0.1	-0.2	3.7	2.8	5.7	2.5	-0.7	1.8
Minería	3.8	1.5	0.4	3.7	1.3	-0.3	1.4	-0.6	-2.3	1.0
Manufacturas	6.9	-3.8	-0.7	-1.3	3.9	3.6	5.9	2.6	-0.4	1.9
Construcción	4.2	-5.7	2.1	3.3	5.3	3.9	7.6	4.4	-0.6	2.7
Electricidad, gas y agua	3.0	2.3	1.0	1.5	4.0	2.0	12.2	3.7	2.2	3.5
Servicios	7.3	1.2	1.6	2.1	4.5	4.2	5.3	4.0	2.1	3.6
Comercio, restaurantes y hoteles	12.2	-1.2	0.0	1.5	6.4	4.0	5.7	4.4	2.5	3.9
Transporte, almacenaje y comunicaciones	9.1	3.8	1.8	5.0	7.1	5.0	7.1	5.7	3.2	5.3
Servicios financieros y actividades inmobiliarias	5.5	4.5	4.2	3.9	5.1	6.5	7.1	5.1	2.0	4.9
Servicios comunales, sociales y personales	2.9	-0.3	0.9	-0.6	1.4	2.6	2.8	2.0	1.2	1.4

* Crecimiento trimestral acumulado al cuarto trimestre de cada año. Con el fin de completar una serie consistente con el cambio de base a 2003, efectuado por el INEGI en el Sistema de Cuentas Nacionales, se empalmaron las series históricas 2000-2003 y 2004-2008.

Fuente: INEGI.

La tendencia de largo plazo de concentración en el sector servicios no sólo se observa en el nivel de producción, sino también en el nivel de empleo, como se observa en el cuadro II.2.

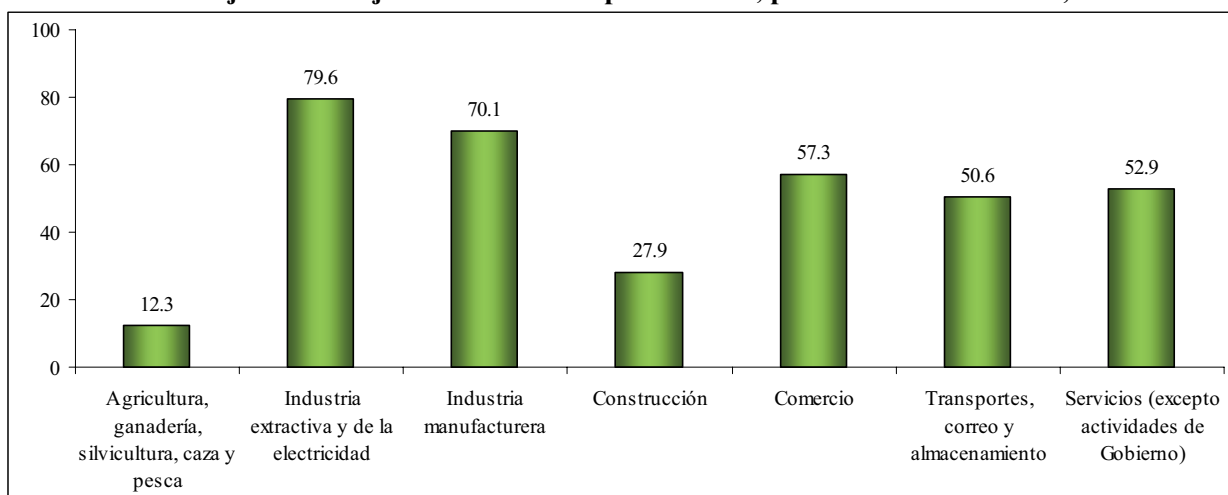
Cuadro II.2.
Crecimiento de la Población Ocupada por Sector y Rama de Actividad Económica, 2000-2008
 (porcentaje)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Promedio 2000-2008
Total	2.1	0.1	2.3	0.7	3.4	0.0	3.3	1.7	2.2	1.7
Agropecuario, silvicultura y pesca	-12.5	-0.4	1.4	-5.9	1.1	-5.6	-0.4	-4.3	-0.2	-3.0
Industrial	7.0	-2.6	-1.2	0.2	3.0	-3.0	3.8	2.1	1.3	1.2
Industria extractiva y de la electricidad	1.4	-5.5	5.7	6.1	15.0	2.2	-7.7	16.0	-4.1	3.2
Manufacturas	4.7	-2.6	-4.1	-2.0	4.0	-3.5	2.3	0.6	1.5	0.1
Construcción	13.7	-2.4	5.2	4.5	-0.5	-2.5	8.5	3.9	1.5	3.6
Servicios	5.2	1.6	4.3	3.0	4.3	2.9	4.0	2.9	3.1	3.5
Comercio	6.2	3.0	4.9	3.3	5.3	2.3	2.4	3.5	1.2	3.6
Restaurantes y servicios de alojamiento	5.0	7.8	3.6	4.9	7.3	6.0	3.1	6.2	6.2	5.6
Transportes, comunicaciones, correo y almacenamiento	3.0	0.9	2.4	1.8	2.3	1.3	10.1	-4.0	2.4	2.2
Servicios profesionales, financieros y corporativos	14.8	1.4	2.3	2.5	4.1	26.2	6.5	7.0	7.6	8.0
Servicios sociales	9.4	2.4	3.1	1.0	7.6	-0.6	2.9	3.5	1.3	3.4
Servicios diversos	-0.7	-1.9	5.5	5.3	1.3	-1.3	3.5	2.0	2.8	1.8
Gobierno y organismos internacionales	3.1	-2.2	6.3	-0.2	0.1	-2.6	6.0	0.7	6.2	1.9

Fuente: INEGI, ENE (información homologada con criterios de la ENOE), ENOE, indicadores estratégicos.

Como es de esperarse, una transformación de la fuerza laboral tiene consecuencias en la capacidad de afiliación del Instituto. En particular, existen dos cuestiones a considerar: por un lado, el empleo se está desplazando de un sector con alta cobertura (la industria) hacia uno con baja cobertura (el comercio, las comunicaciones y el transporte, así como otros servicios). La gráfica II.7 muestra la cobertura de la seguridad social por sector para ilustrar esta diferencia.

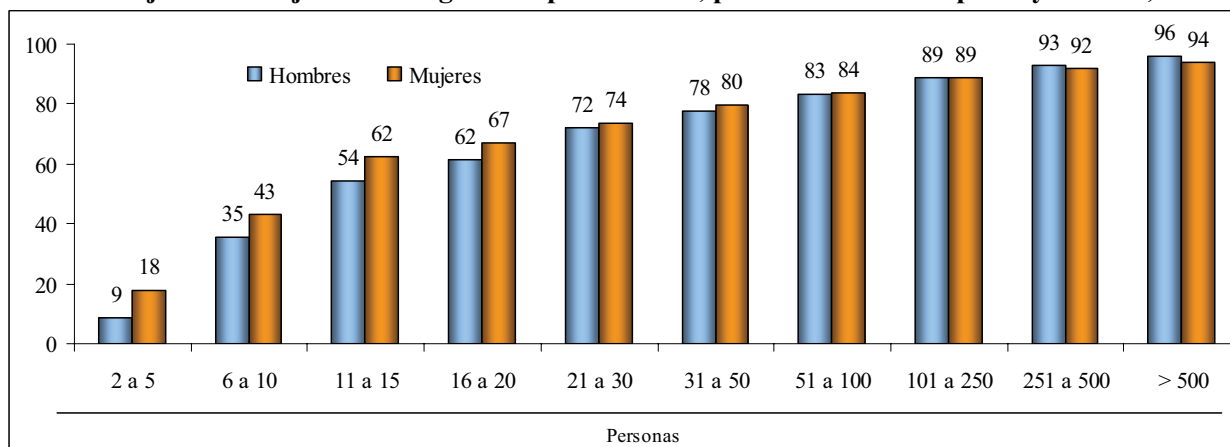
Gráfica II.7.
Porcentaje de Trabajadores Cubiertos por el IMSS, por Rama de Actividad, 2008



Fuente: INEGI, ENOE 2008.

Por otro lado, el sector servicios se caracteriza por contar con un tamaño de empresa promedio menor al de manufacturas. De acuerdo con la ENOE 2008, en los sectores del comercio y los servicios, 56 y 53 por ciento de los trabajadores asalariados y remunerados se encontraban en empresas de 15 trabajadores o menos, respectivamente. En el sector de las manufacturas dicho porcentaje ascendió a 28 por ciento solamente. Para el Instituto, un menor tamaño de empresa promedio significa mayores esfuerzos en materia de fiscalización y supervisión de los patrones. Adicionalmente, la cobertura es menor en empresas pequeñas, como se puede observar en la gráfica II.8.

Gráfica II.8.
Porcentaje de Trabajadores Asegurados por el IMSS, por Tamaño de Empresa y Género, 2008



Nota: El universo de trabajadores utilizado para calcular los porcentajes no incluye trabajadores de gobiernos federal y locales.

Fuente: INEGI, ENOE 2008.

II.2.2. Tipos de relación laboral

De acuerdo con la Ley Federal del Trabajo¹⁶, una relación laboral se presume existente cuando una o ambas de las siguientes condiciones se cumplen:

- La prestación personal de un trabajo subordinado a otra persona y el pago de un salario.
- La celebración de un contrato para la realización de un trabajo a cambio de un salario.

La Ley del Seguro Social¹⁷, por su parte, remite a los Artículos relevantes de la Ley Federal del Trabajo para definir qué personas son sujetas a la incorporación obligatoria. Como puede observarse, la subordinación juega un papel decisivo en la definición de una relación laboral y la obligatoriedad de incorporación al IMSS. En este sentido, los trabajadores independientes no están obligados por LSS a su afiliación al Instituto. Adicional al trabajo independiente, la LSS exenta de la afiliación obligatoria a algunas actividades laborales¹⁸. De esta forma, no todo el universo de la población ocupada debe estar afiliado al Instituto. El cuadro II.3 muestra el peso que tienen algunas actividades exentas de la incorporación al IMSS.

Cuadro II.3.
Población Ocupada (PO) No Obligada a Ser Afiliada al IMSS, 2008

Descripción	Miles de personas	% de la PO en el año de referencia
Trabajadores domésticos	1,852	4.22
Patrones	2,169	4.94
Trabajadores por cuenta propia	9,868	22.49
Trabajadores sin remuneración	2,925	6.67
Total	16,813	38.33

Fuente: INEGI, ENOE 2008.

II.2.2.1. Tipo de contrato

La Ley Federal del Trabajo y, en congruencia, la LSS contemplan la existencia de empleos, tanto en modalidad permanente como eventual¹⁹. Ninguna de las dos modalidades goza de ventaja alguna en cuanto al entero y pago de las cuotas al IMSS o alguna otra obligación patronal ante el Instituto. Tampoco reciben mayores o menores beneficios los trabajadores afiliados en alguna de las dos modalidades, más allá de la menor acumulación en tiempo de cotización que podrían

¹⁶ Artículos 20 y 21.

¹⁷ Artículo 12.

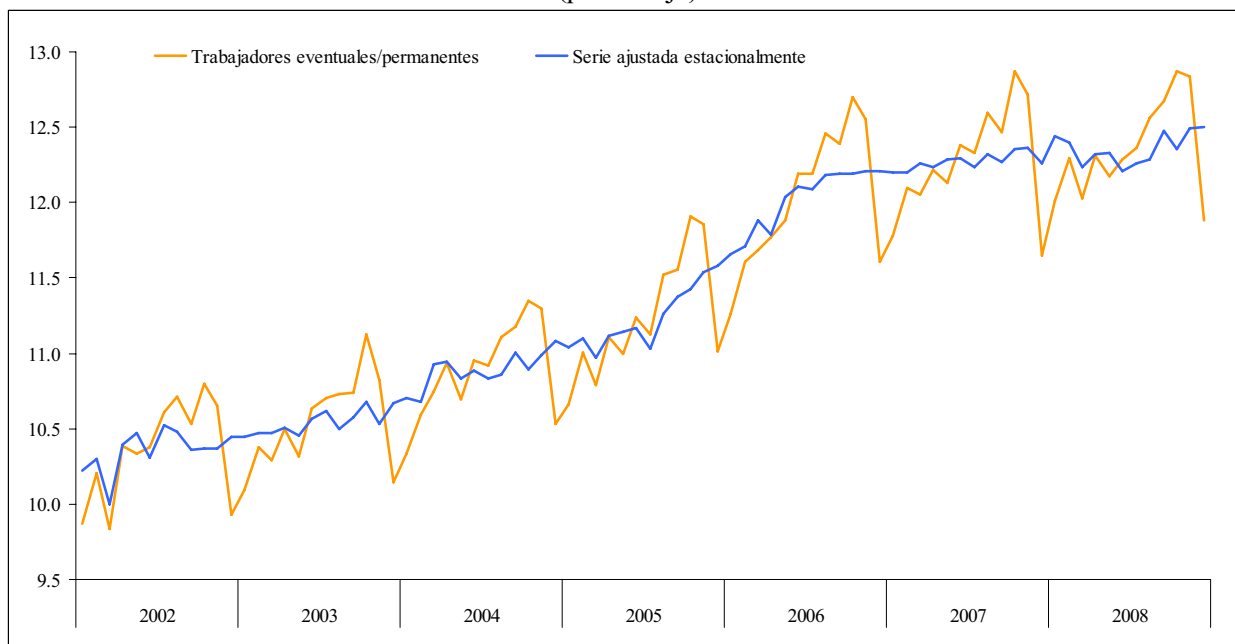
¹⁸ Artículo 13 de la Ley del Seguro Social. Sobresale el caso de los empleados de instituciones públicas cuya seguridad social se contempla en otras leyes.

¹⁹ Ley Federal del Trabajo, Artículos 36 a 38.

tener los trabajadores eventuales si pasan menos tiempo incorporados al IMSS y del tiempo previo de aseguramiento necesario para el pago de subsidio en caso de enfermedad; el asegurado permanente sólo percibirá el subsidio que se establece en el Artículo 97 de la LSS cuando tenga cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad, mientras que los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

En los últimos años, el número de trabajadores eventuales urbanos ha tenido un dinamismo superior al de los permanentes. Entre diciembre de 2002 y diciembre de 2008 el porcentaje de trabajadores eventuales urbanos respecto al total de Trabajadores Permanentes y Eventuales Urbanos (TPEU) pasó de 9.9 por ciento a 11.9 por ciento. En el periodo 2007-2008 la diferencia en las tasas de crecimiento entre estos dos tipos de trabajadores ha disminuido.

Gráfica II.9.
Razón de Trabajadores Eventuales Urbanos vs. Permanentes,
2002-2008
(porcentaje)



Fuente: IMSS.

II.2.2.2. Trabajadores sujetos a ser afiliados al IMSS

La afiliación de trabajadores subordinados y remunerados al Régimen Obligatorio del IMSS es

ineludible para la mayoría de los patrones privados, salvo las excepciones que marca la LSS²⁰. No obstante, según datos de la ENOE existe 49.1 por ciento de trabajadores que, de acuerdo con lo establecido en la LSS, deberían estar afiliados al IMSS y no lo están, constituyendo uno de los retos más complejos que enfrenta el Instituto²¹. A continuación se abunda sobre las características de esta población, lo que permite delinear el desafío que presenta su afiliación, mientras que en el capítulo VIII se muestran las acciones que el Instituto lleva a cabo para enfrentarlo.

En primer término se observa que una parte importante de estos trabajadores está en el sector informal de la economía, como se muestra en el cuadro II.4²².

Cuadro II.4.
Trabajadores Subordinados y Remunerados
que Deberían Estar Afiliados al IMSS y No lo Están, 2008²³
(porcentaje)

Tipo de unidad económica	%
Empresas constituidas en sociedad y corporaciones ^{1/}	13.6
Negocios no constituidos en sociedad ^{2/}	47.4
Instituciones privadas ^{3/}	2.7
Sector informal ^{4/}	36.3
	100.0

^{1/} Unidades económicas del sector privado que operan bajo alguna modalidad de sociedad mercantil. Incluye a las empresas multinacionales. Excluye las unidades económicas que están organizadas como asociaciones civiles.

^{2/} Unidades económicas del sector privado de carácter formal, que no operan bajo un esquema que permite compartir los riesgos económicos. Incluye negocios establecidos, familiares o individuales, así como las actividades agropecuarias orientadas al mercado. Excluye las unidades económicas del sector informal y la agricultura de subsistencia.

^{3/} Comprende escuelas privadas que imparten educación formal, hospitales, clínicas, instituciones asistenciales e instituciones con fines no lucrativos, así como cualquier otra que opere bajo la denominación de asociación civil.

^{4/} Ver nota al pie 6.

Fuente: INEGI, ENOE 2008.

Otra característica de esta población que debería contar con seguro social es que no tiene una relación jurídica sólida con el patrón (ya sea en el sector formal o informal de la economía). Por ejemplo, la mayoría de los trabajadores que deberían estar afiliados al IMSS y no lo están

²⁰ Artículo 13 de la LSS.

²¹ Para esta sección en particular se incluyen los trabajadores subordinados y remunerados en unidades económicas privadas.

²² Ver nota al pie 6.

²³ En relación con la llamada 2 del cuadro que menciona: “negocios establecidos, familiares o individuales”, es conveniente mencionar que, al ser el universo de “trabajadores remunerados y subordinados” no tiene relación con aquellos trabajadores establecidos en el apartado I del Artículo 13 de la LSS, los cuales, se entiende, son no asalariados.

mantienen una relación laboral basada sólo en forma verbal (o en un “contrato de palabra”), como se observa en el cuadro II.5. Ya se ha dicho que la definición de relación laboral no depende de la existencia de un contrato escrito y, por tanto, no exime al empleador de la obligación de afiliar al empleado²⁴.

Cuadro II.5.
Trabajadores Subordinados y Remunerados que Deberían Estar Afiliados al IMSS
y No lo Están, por Tipo de Contrato, 2008
(porcentaje)

Tipo de contrato	%
Contrato escrito por tiempo indefinido	3.9
Contrato escrito por tiempo u obra determinada (temporal)	3.2
Contrato verbal o de palabra	92.4
Otro	0.6

Fuente: INEGI, ENOE 2008.

Por otra parte, como se muestra en el cuadro II.6, las micro y pequeñas empresas (unidades de negocio de 15 o menos trabajadores) concentran 84 por ciento de los trabajadores no afiliados al IMSS y que deberían estarlo²⁵.

Cuadro II.6.
Trabajadores Subordinados y Remunerados que Deberían Estar Afiliados al IMSS
y no lo Están, por Tamaño de Empresa, 2008
(porcentaje)

Personas	%	% Acumulado
2-5	64.2	64.2
6-10	14.9	79.1
11-15	4.8	83.9
16-50	10.0	94.0
51-100	2.8	96.8
101-250	1.6	98.4
más de 250	1.6	100.0

Fuente: INEGI, ENOE 2008.

Adicionalmente, más de 40 por ciento de los trabajadores no afiliados al IMSS y que deberían estarlo no laboran en un local establecido específicamente para ese fin. Sin embargo, la falta de un local fijo no releva al patrón de la obligación de afiliar al trabajador al Instituto. De los

²⁴ El Artículo 20 de la Ley Federal del Trabajo determina que la existencia de una relación de trabajo produce los mismos efectos que la celebración de un contrato.

²⁵ Más pequeñas que el promedio de 17 trabajadores que mostraron las empresas afiliadas al IMSS en 2008.

trabajadores que laboran fuera de un local, la mayoría lo hace en un domicilio particular, como se observa en el cuadro II.7²⁶.

Cuadro II.7.
Trabajadores Subordinados y Remunerados que Deberían Estar Afiliados al IMSS
y No lo Están, por Tipo de Local de Trabajo, 2008
 (porcentajes)

Con local	55.2
Sin local	44.8
Ambulante (de casa en casa, en la calle, en vehículo de transporte)	11.2
Puesto improvisado (semifijo o fijo) en la vía pública o tianguis	3.5
En su propio domicilio	1.9
En el domicilio del patrón o de los clientes	27.7
Otro	0.5

Fuente: INEGI, ENOE 2008.

Finalmente, en el cuadro II.8 se muestra cómo se distribuye esta población por rama de actividad económica y ocupación. Los servicios y la construcción son las ramas que agrupan al mayor número de ellos. El comercio y la industria manufacturera también tienen una proporción considerable de este tipo de trabajadores. Las principales ocupaciones son, de igual forma, aquellas relacionadas con la construcción y el comercio.

²⁶ Cabe recordar que estas cifras no incluyen el trabajo doméstico remunerado, el cual no está obligado por LSS a afiliarse al Instituto.

Cuadro II.8.
Trabajadores Subordinados y Remunerados que Deberían Estar Afiliados al IMSS
y No lo Están, por Rama de Actividad y Ocupación, 2008
 (porcentaje)

Rama de actividad	%
Servicios	25.4
Construcción	17.8
Agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca	17.7
Comercio	16.2
Industria manufacturera	15.1
Transportes, comunicaciones, correo y almacenamiento	7.6
Industria extractiva y de la electricidad	0.2
Total	100.0
Principales ocupaciones	
Albañiles, ayudantes, peones y similares en la construcción	15.0
Despachadores y dependientes de comercio	10.9
Conductores de autobuses y automóviles de pasajeros	5.0
Trabajadores en el cultivo de maíz y/o frijol	4.9
Trabajadores en el cultivo de hortalizas y verduras	3.1
Trabajadores de aseo en oficinas, escuelas, hospitales y otros establecimientos	2.5
Ayudantes en la fabricación metalúrgica y en la fabricación de maquinaria	2.3
Conductores de camiones, camionetas y automóviles de carga	2.3
Cantineros, meseros, camareros	2.2
Otras	52.0
Total	100.0

Fuente: INEGI, ENOE 2008.

II.2.3. El trabajo femenino

La incorporación de las mujeres al mercado laboral mexicano es un fenómeno que se ha acelerado durante los últimos años. La tendencia creciente de la tasa de participación económica femenina se puede apreciar en el cuadro II.9; de 1991 a 2008 la tasa aumentó en poco más de 10 puntos porcentuales.

Para 2008, según datos de la ENOE, representó 42 por ciento, es decir, cuatro de cada diez mujeres en edad de trabajar participan activamente en el mercado laboral. Se observa que el mayor incremento se ha dado en el rango de edad de 25 a 54 años, en el cual, una de cada dos mujeres participa laboralmente.

Cuadro II.9.
Tasa de Participación Económica Femenina por Grupos de Edad, 1991-2008

Grupos de Edad	1991	1993	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
14 a 24 años	34.5	35.9	36.1	36.1	34.3	33.3	31.9	32.7	30.6	31.7	31.5	31.8
25 a 54 años	38.2	40.3	45	45.6	45.3	46.5	46.4	49.5	49.9	51.3	52.6	53.2
55 a 64 años	24.4	25	29.6	28.6	27.6	29.2	30.1	32	30.6	32.2	32.9	34.6
65 años y más	12.4	15	14.5	14.5	13	14.3	13.9	14.4	14.5	14.8	14.2	15.0
Total	31.5	33	36.1	36.4	35.3	35.9	35.3	37.5	39.5	40.7	41.4	42.0

Fuente: INEGI, 1991-2004; ENE (sin ajuste en 2000); 2005-2008, ENOE.

Destacan dos factores que influyen en el incremento de la tasa de participación económica femenina: i) el aumento en el nivel de escolaridad de las mujeres; y, ii) la disminución de las tasas de fecundidad. Por un lado, una comparación del nivel de escolaridad de mujeres mayores de 15 años en los últimos dos censos señala que se ha incrementado este segmento de la población con secundaria terminada, estudios medio superior y superior²⁷. Por otro, se aprecia una marcada disminución en la tasa global de fecundidad en el periodo 1990-2008, al pasar de 3.43 a 2.10 hijos por mujer y se espera que ésta sea de 1.87 en 2030²⁸.

Para el Instituto, los efectos del incremento de la participación de la mujer en la fuerza laboral son diversos. Sobresale una modificación significativa en la composición de los ingresos y de la demanda de los servicios y prestaciones de seguridad social: i) se espera un aumento del número de pensiones por vejez que deberá otorgar la seguridad social a las trabajadoras de mayor edad cuando, en el pasado, para las mujeres se consideraba principalmente una pensión en el caso de viudez; y, ii) se prevé que durante la próxima década, el aumento en el número de mujeres en el mercado laboral genere un aumento importante en la demanda del servicio de Guarderías, aun cuando la tasa de fecundidad siga disminuyendo, lo que quizá impacte más sobre las finanzas del Instituto.

II.2.3.1. Crecimiento de los servicios de Guarderías

El Instituto ha encaminado esfuerzos en la ampliación del número de lugares, a fin de atender la demanda por este servicio.

A finales de 2008 el Sistema de Guarderías IMSS beneficiaba a 194,491 madres trabajadoras aseguradas y a 214,034 niños y niñas inscritos, a través de 1,554 unidades, con una

²⁷ Censos Generales de Población y Vivienda, 1990 y 2000.

²⁸ Proyecciones del Consejo Nacional de Población.

capacidad instalada de 231,821 lugares, en dos modalidades: i) guarderías de prestación directa mediante los esquemas Madres IMSS y Ordinario, con 142 unidades y 29,868 lugares; y, ii) guarderías de prestación indirecta a través de los esquemas Vecinal Comunitario Único, en el Campo y Guardería Integradora, con 1,412 unidades y 201,953 lugares.

Durante el periodo 2000-2008 se logró un crecimiento importante del Sistema de Guarderías IMSS. El número de unidades se incrementó en 73 por ciento, al pasar de 899 a 1,554 unidades; se logró un aumento de 124 por ciento en la capacidad instalada al pasar de 103,299 a 231,821 lugares existentes. El crecimiento de la red de guarderías del IMSS se ha dado a través de los esquemas de prestación indirecta, como se muestra en el cuadro II.10.

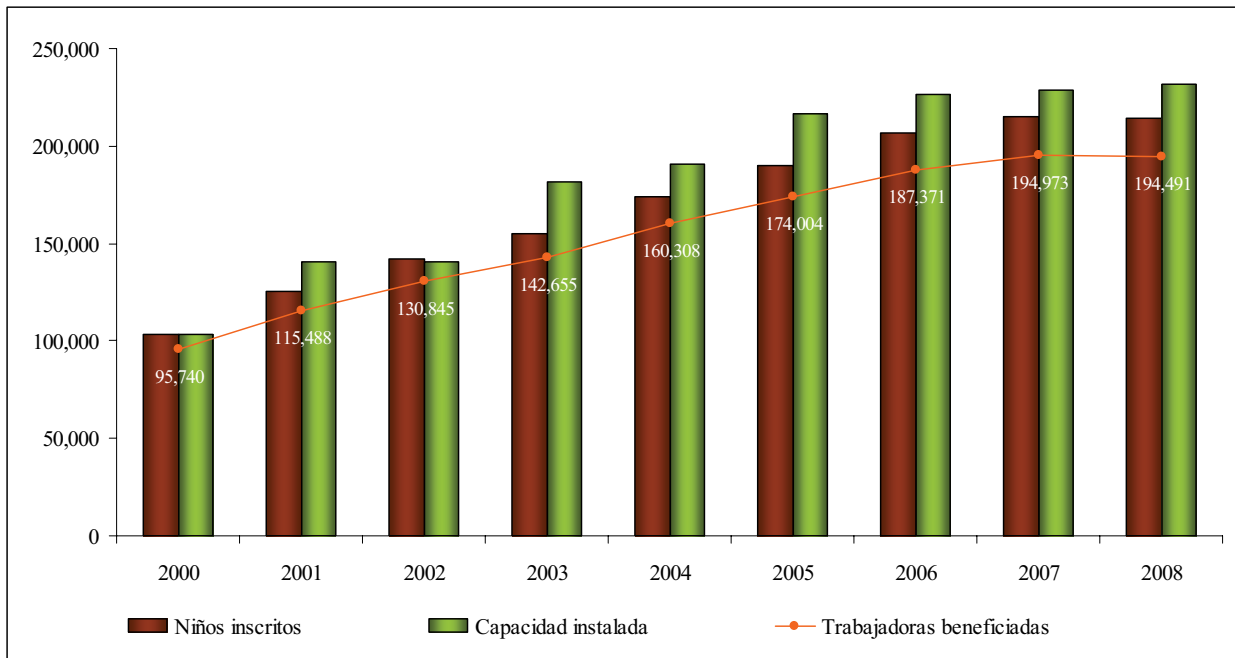
Cuadro II.10.
Número de Guarderías y Capacidad Instalada por Tipo de Guardería, 2000-2008
(lugares disponibles para niños)

Año	Prestación directa		Prestación indirecta		Total	
	Capacidad instalada	Número de guarderías	Capacidad instalada	Número de guarderías	Capacidad instalada	Número de guarderías
2000	29,958	142	73,341	757	103,299	899
2001	29,904	142	110,857	1,033	140,761	1,175
2002	29,868	142	110,402	1,021	140,270	1,163
2003	29,868	142	152,104	1,178	181,972	1,320
2004	29,868	142	160,617	1,217	190,485	1,359
2005	29,868	142	186,651	1,374	216,519	1,516
2006	29,868	142	196,497	1,412	226,365	1,554
2007	29,868	142	199,083	1,423	228,951	1,565
2008	29,868	142	201,953	1,412	231,821	1,554

Fuente: IMSS.

En este mismo periodo, como se observa en la gráfica II.10, el número de mujeres con hijos en guarderías del IMSS ha aumentado en 103.1 por ciento. Esto significa que se ha logrado beneficiar a 98,751 trabajadoras más.

Gráfica II.10.
Niños Inscritos, Capacidad Instalada y Trabajadoras Beneficiadas con los
Servicios de Guardería, 2000-2008



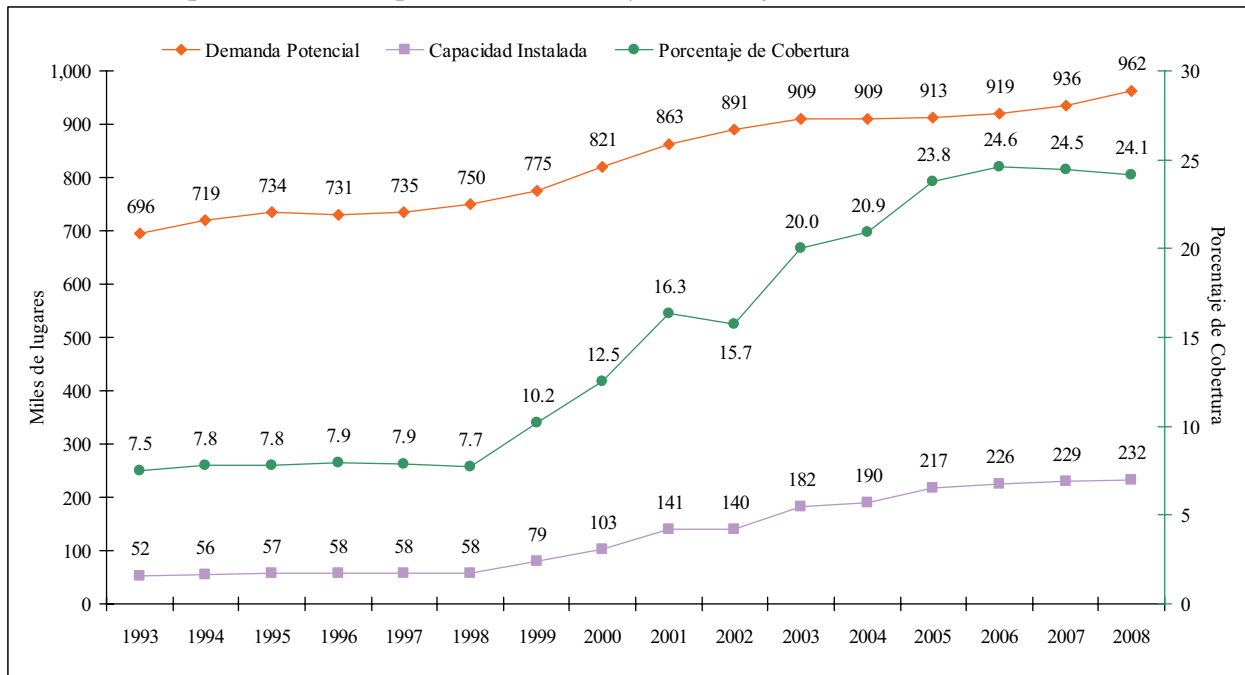
Fuente: IMSS.

II.2.3.2. Cobertura de la demanda de los servicios de Guarderías

Para medir la demanda de los servicios de Guarderías del IMSS se utiliza el indicador denominado demanda potencial máxima. El indicador determina el número de niños que podrían llegar a demandar los servicios de Guarderías a través del número de certificados iniciales de incapacidad por maternidad expedidos durante los últimos cuatro años, ya que por Ley, quienes tienen derecho son los hijos de madres trabajadoras aseguradas de 43 días de nacidos hasta cuatro años de edad.

Al cierre de 2008 se estima que la demanda potencial máxima fue de 961,664 lugares. Tomando la capacidad instalada a nivel nacional, el porcentaje de cobertura fue de 24.1 por ciento. Durante el periodo 2000-2008 se ha logrado el mayor incremento en la cobertura de la demanda, como se aprecia en la gráfica II.11.

Gráfica II.11.
Expansión de la Capacidad Instalada y Porcentaje de Cobertura, 1993-2008



Fuente: IMSS.

A pesar de que el número de aseguradas ha crecido de manera importante, se observa que en los últimos tres años la demanda potencial máxima ha experimentado un menor ritmo de crecimiento. Esto puede ser consecuencia del descenso en las tasas de fertilidad, fenómeno que tiene un fuerte efecto en la demanda de guarderías. En general, el número de hijos de las mujeres que se encuentran laboralmente activas tiende a ser menor que el del resto de las mujeres.

Cabe señalar que, no obstante el importante crecimiento del Sistema de Guarderías del IMSS y el relativamente bajo crecimiento de la demanda observado a partir de 2003, el déficit de cobertura continúa siendo importante. Para aprovechar mejor los recursos del Ramo de Guarderías e incrementar la cobertura, se estableció el modelo Vecinal Comunitario Único en zonas urbanas. Del mismo modo, se ha mejorado el proceso de planeación de la expansión, con la intención de focalizar el crecimiento en las localidades que presentan mayor demanda. Debido a factores sociodemográficos como el crecimiento poblacional, la tasa de participación económica y el tamaño del sector formal, así como a factores culturales como la preferencia por el cuidado infantil a través de redes familiares o de vecinos, se han introducido mecanismos que permiten un mejor control de la operación como el Sistema de Información y Administración de Guarderías (SIAG), con el que se sistematiza el registro de la asistencia de los menores, indicador clave para el pago a los prestadores del servicio. Como resultado de la implementación de este Sistema en

diciembre de 2006, se cumplió con el objetivo de que 95 por ciento de las guarderías de prestación indirecta efectúen el cobro por la prestación del servicio con base en el documento Estadístico Electrónico generado por el Sistema, logrando con ello hacer eficientes los procesos administrativos y evitar cobros indebidos por el servicio de Guarderías. Asimismo, durante 2007 se implantó en las guarderías de los esquemas Madres IMSS y Ordinarias el SIAG, el cual, al cierre del ejercicio, se encontraba operando al 100 por ciento.

Adicionalmente, se han impulsado nuevos modelos de atención para cubrir diferentes sectores de la población derechohabiente. Las Guarderías Integradoras son parte de estas innovaciones. Dichas guarderías atienden a niños con discapacidad leve o moderada. Actualmente existen 26 en operación, lo que representa un total de 5,557 lugares en área regular y 1,274 lugares para la atención de niños con discapacidad moderada.

Dentro del programa de expansión que se tiene contemplado para el año en curso, está el de incrementar de una manera importante el número de Guarderías Integradoras. Se estima que el número mínimo de este tipo de guarderías que se instalarán es de 25, lo que sumadas a las ya existentes darían un total de 51, representando un incremento de 96 por ciento, logrando con ello atender a 12,337 menores; 9,813 en el área regular y 2,524 en el área de discapacidad.

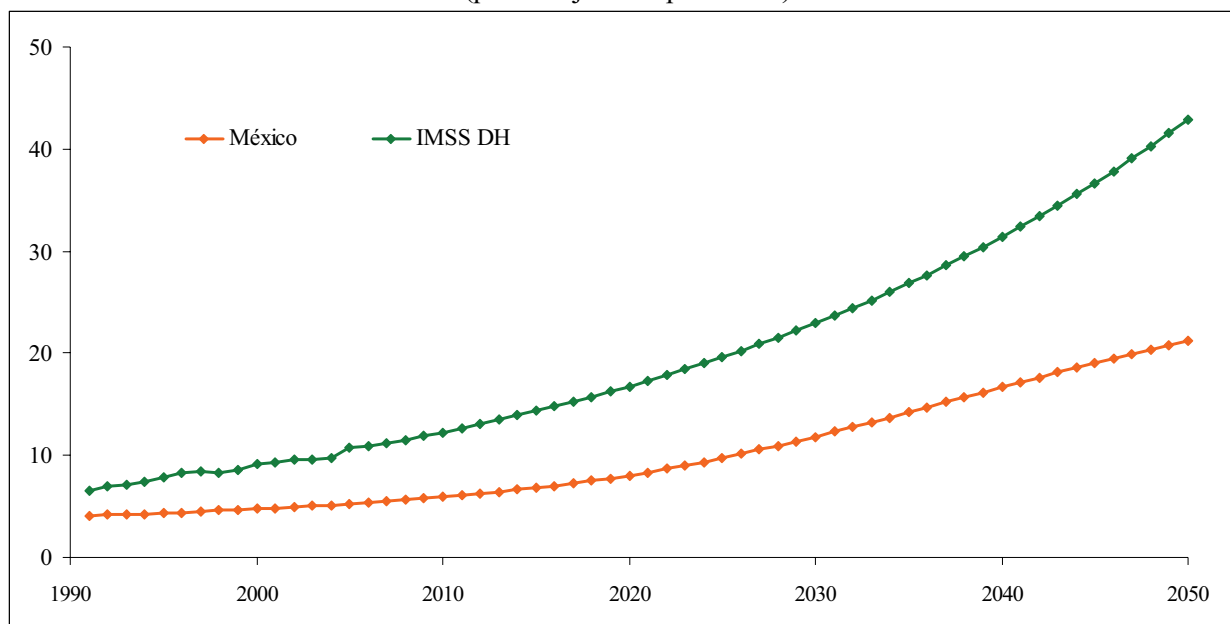
Existen también las Guarderías en el Campo, diseñadas para prestar servicios a los hijos de trabajadoras eventuales en ese sector.

II.3. El Reto del Envejecimiento Poblacional y la Transición Epidemiológica

II.3.1. Envejecimiento de la población

El proceso de envejecimiento de la población en México y, por ende, de la población derechohabiente, es uno de los principales retos que enfrentan los sistemas de seguridad social, tanto por el financiamiento de las pensiones, como por el de servicios de salud. En particular para el Instituto, el desafío radica en poder financiar los servicios de salud derivados de una población derechohabiente con mayor edad, la cual demanda servicios de salud en mayor cantidad y de mayor complejidad y costo. Como se observa en la gráfica II.12, se proyecta que los derechohabientes del Instituto envejecerán de manera acelerada en los próximos 40 años, muy por encima aun de la población en general. Este aumento es fruto de la disminución de la mortalidad general, de la prevención oportuna de enfermedades antes consideradas inevitables y del combate a las enfermedades degenerativas. Sin embargo, no es seguro que tal progreso esté acompañado de mejoras en la calidad de vida.

Gráfica II.12.
Transición Demográfica en Población de 65 y más Años, México e IMSS, 1991-2050
(porcentaje de la población)

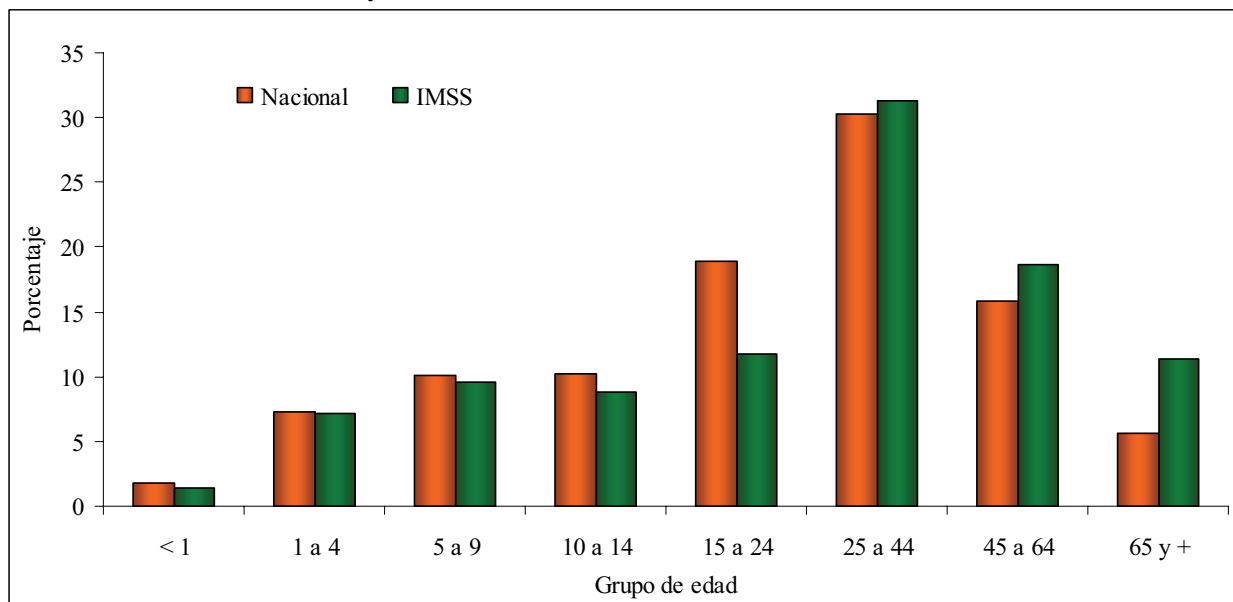


Fuentes: INEGI 1991-2004. Proyecciones CONAPO 2005-2050 e IMSS.

La distribución por edades de los derechohabientes del Instituto es proporcionalmente mayor en los adultos mayores respecto a la población nacional, como se observa en la gráfica

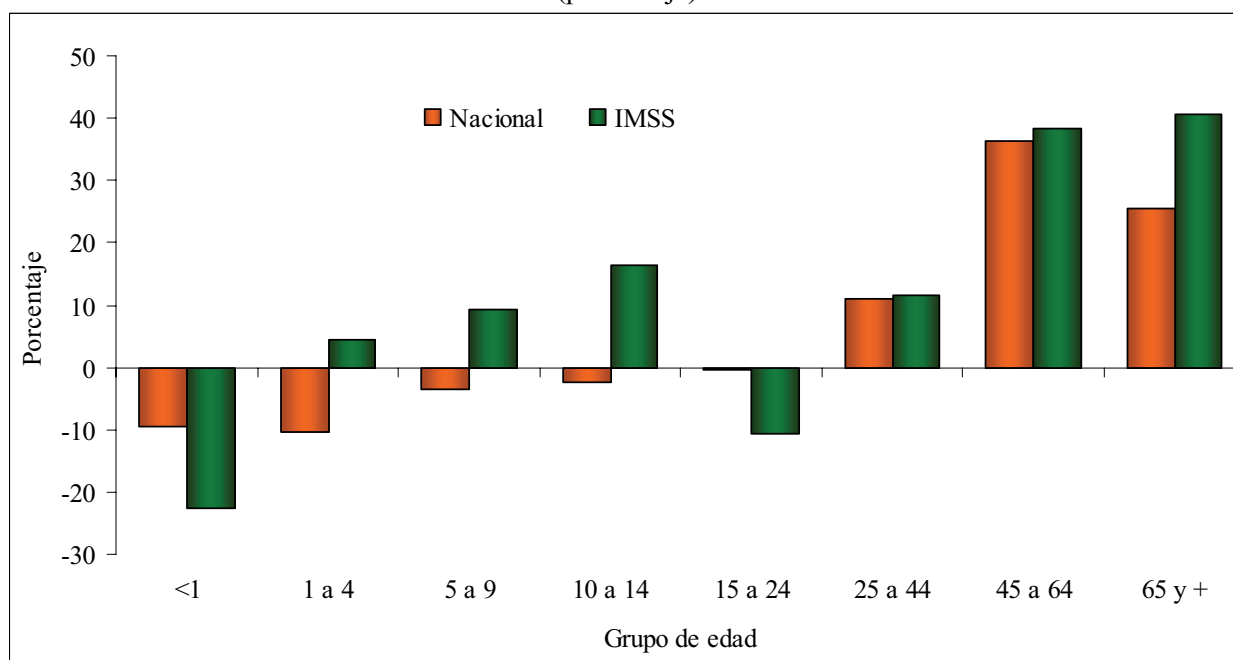
II.13. Los derechohabientes del IMSS envejecen a un ritmo más acelerado que la población general, como se observa en la gráfica II.14.

Gráfica II.13.
Distribución por Edades de la Población de México
y de los Derechohabientes del IMSS, 2008



Fuentes: CONAPO e IMSS.

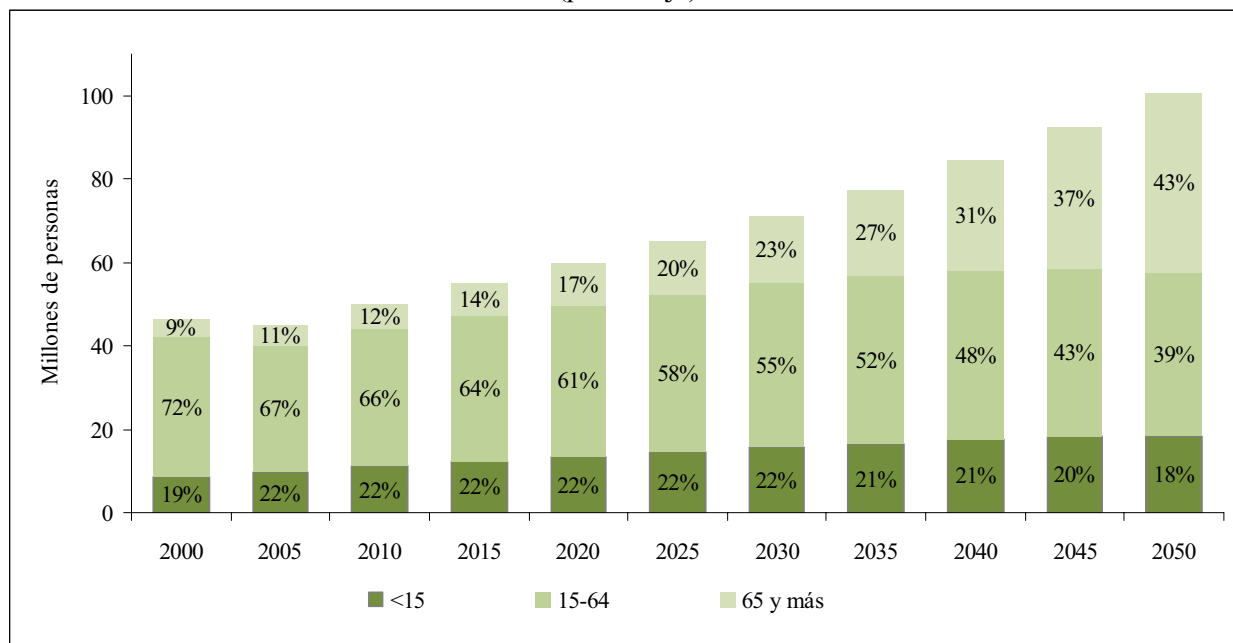
Gráfica II.14.
Crecimiento Promedio Anual de la Población de México
y de los Derechohabientes del IMSS por Grupos de Edades, 2000-2008
(porcentaje)



Fuente: CONAPO e IMSS.

Puede apreciarse en la gráfica II.15 que la población en edad de aportar financieramente seguirá disminuyendo con relación a los adultos mayores, con la consecuente presión financiera para los ramos de aseguramiento que ofrecen pensiones y atención médica a los pensionados, así como la necesidad de reorganizar los servicios de salud para enfrentar los cambios demográficos y de salud en la población derechohabiente.

Gráfica II.15.
Proyección de la Estructura Demográfica de los Derechohabientes del IMSS
(porcentaje)



Fuente: IMSS.

II.3.2. Transición epidemiológica

Las características epidemiológicas que prevalecen en una población cambian en razón a su proceso de envejecimiento, a las modificaciones en el estilo de vida y cambios en el largo plazo en los patrones de mortalidad, enfermedad e invalidez, que junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas se han dado en nuestra población. Uno de los logros más importantes en la salud de la población derechohabiente es el descenso notable de la mortalidad registrada a través de los años. La prolongación de la supervivencia implica una profunda transformación en la vida de la población en distintos ámbitos, tanto en la familia y la sociedad en su conjunto, como en la organización del otorgamiento de prestaciones médicas y sociales.

El mejoramiento de las condiciones de vida de la población, la disminución de la mortalidad y los cambios en el perfil de causas de muerte han tenido grandes implicaciones sociales; asimismo, se reconoce el fenómeno de polarización epidemiológica que describe la presencia simultánea y la importancia similar de enfermedades transmisibles y no transmisibles en los perfiles de la mortalidad de las poblaciones. Se destacan los padecimientos crónico-degenerativos, la discapacidad, la violencia y las enfermedades relacionadas con los estilos de vida, lo cual es antecedido frecuentemente por una pérdida gradual de las capacidades físicas y sociales de los individuos. Sin embargo, esta transición hacia una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas coexiste con el resurgimiento e incremento de enfermedades nuevas o aparentemente controladas (VIH/SIDA, tuberculosis y dengue).

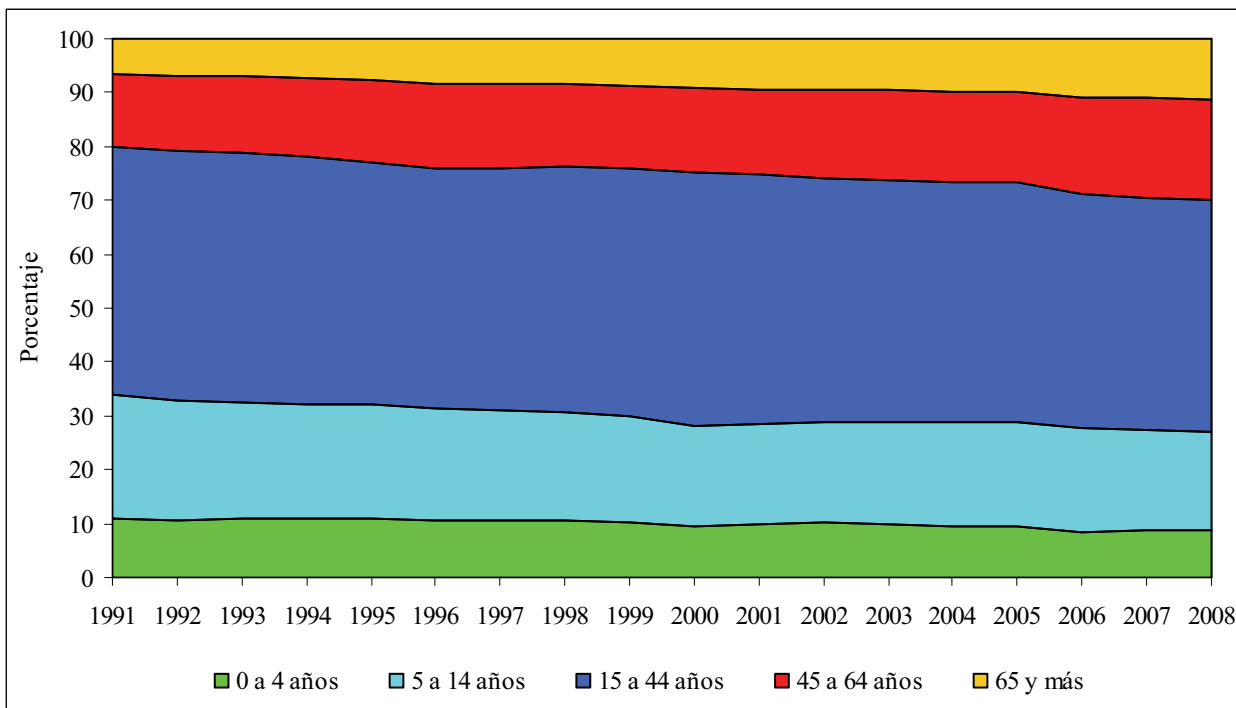
La transición epidemiológica consiste en tres movimientos fundamentales: el cambio en las causas de muerte, el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos y el cambio en el significado social de la enfermedad. Los principales mecanismos que producen modificaciones en el perfil epidemiológico de la población son la reducción en la natalidad, la mortalidad general, la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer (que conduce a una modificación en la estructura de la población por edades), el cambio en los factores de riesgo (que afecta la incidencia de las enfermedades), y el mejoramiento en la organización y la tecnología aplicada a la atención a la salud (que modifica las tasas de mortalidad).

El Instituto ha contribuido de manera importante a mejorar la salud de los mexicanos y ha participado en la transición epidemiológica. El incremento en la cobertura a la población asegurada ha sido un elemento primordial para ello. En sus inicios, en 1943, el número de derechohabientes era únicamente de 355 mil, cifra que se triplicó en tan sólo seis años para incluir, en 1950, a casi un millón de entre los 27.5 millones de mexicanos de ese tiempo. En las siguientes tres décadas, este número siguió creciendo con rapidez hasta llegar, a febrero de 2008, a alrededor de 51 millones de derechohabientes.

En la gráfica II.16 se aprecia el cambio estructural en el peso relativo de los grupos de edad en la población derechohabiente. Los cambios más significativos han sido el incremento registrado en el número de personas en edad productiva de 15 a 44 años, el cual representa la mayor proporción con 43 por ciento de la población; de 45 a 64 años, con 18.7 por ciento y en el de mayores de 65 años representa 11.3 por ciento de la población. Este último grupo de edad es el que demanda más servicios de salud, los cuales, para 2008, tuvieron un incremento en consulta

de medicina familiar de 55 por ciento y en hospitalización de 20.9 por ciento, en relación con el año 2000.

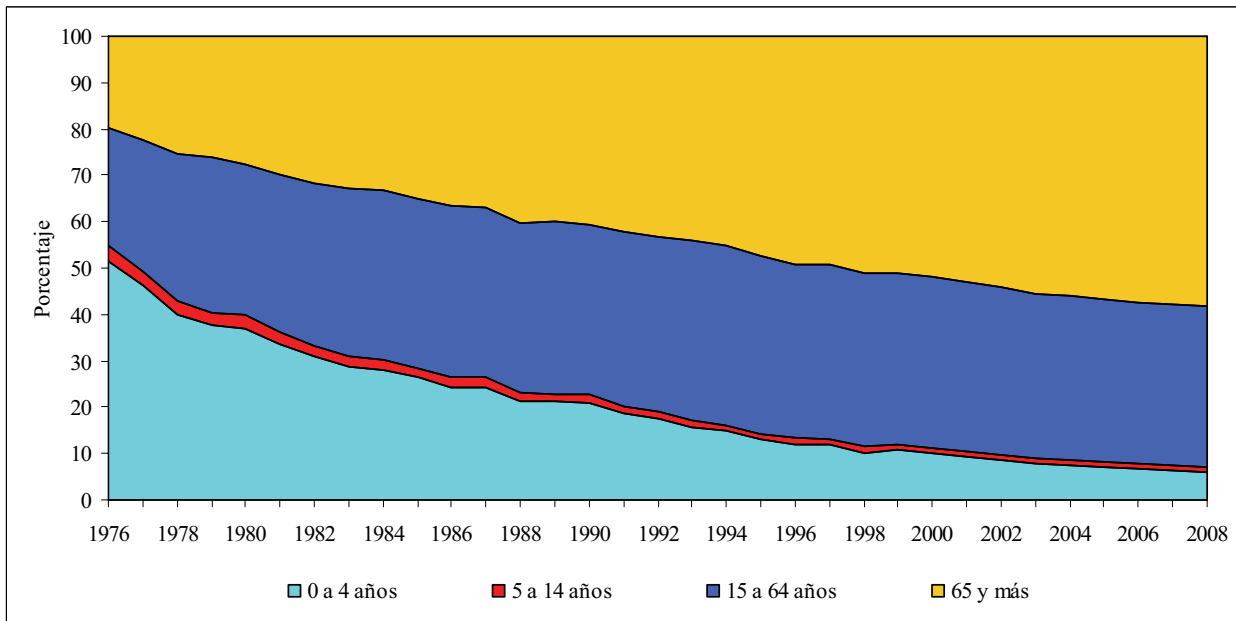
Gráfica II.16.
Participación de los Grupos de Edad Epidemiológicos de la Población Derechohabiente, 1991-2008



Fuente: IMSS.

La disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida al nacer propician que más niños sobrevivan, como se ilustra en la gráfica II.17. Dentro de los factores que contribuyen a este fenómeno se enumeran: la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los niños menores de cinco años, mejoras en la infraestructura sanitaria, la terapia de hidratación oral y el incremento de las coberturas de vacunación en este grupo. Del total de las defunciones en 2008, 58.2 por ciento ocurrió dentro del grupo de mayores de 64 años; las principales pérdidas se deben a las enfermedades no transmisibles y los mayores porcentajes son en diabetes mellitus (19.9 por ciento), tumores malignos (16.6 por ciento), enfermedades del corazón (8.3 por ciento), así como en enfermedades cerebrovasculares (6.9 por ciento).

Gráfica II.17.
Participación de los Distintos Grupos de Edad en la Mortalidad del IMSS, 1976-2008

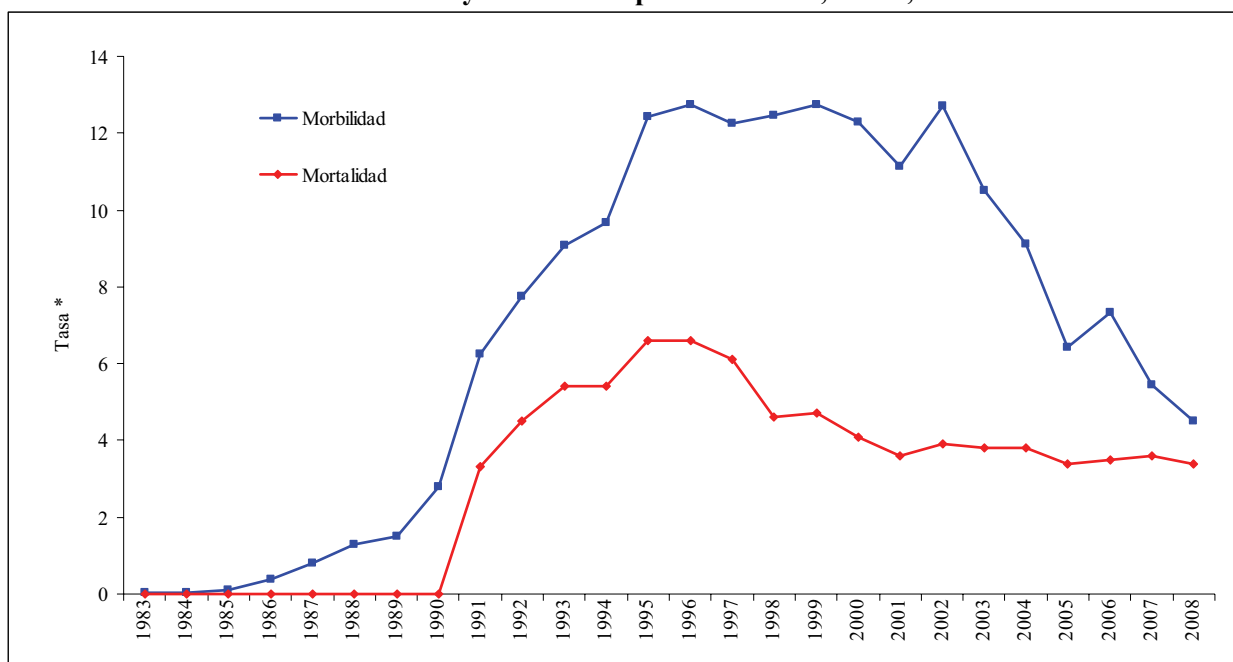


Fuentes: IMSS.

La transición epidemiológica ha estado acompañada del surgimiento de nuevas enfermedades infecciosas como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cual se considera un problema de salud pública debido a que la propagación de la epidemia es sostenida, heterogénea y coexisten todas las formas de transmisión. Esta situación es provocada por las propias características de la enfermedad, tales como un periodo de incubación prolongado y la carencia de una vacuna. Como se puede observar en la gráfica II.18, la morbilidad según años de diagnóstico ha disminuido. Sin embargo, esto es atribuible en gran parte al subregistro de los casos, ya que para ingresarlos al Sistema de Información se requiere realizar un estudio epidemiológico y la notificación se da años después de la fecha de diagnóstico. Por su parte, la mortalidad refleja una disminución de 1995 a 2008, año a partir del cual se ha mantenido estable, como resultado de esquemas de tratamiento más efectivos. Aún existe el gran reto de modificar favorablemente la tendencia de esta patología que afecta principalmente a los derechohabientes en edad productiva, así como el registro y seguimiento de los casos en el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica a nivel nacional (interinstitucional), que garantizarán la seguridad de

la protección de datos personales y permitirán conocer el comportamiento real de la enfermedad²⁹.

Gráfica II.18.
Tasa de Morbilidad y Mortalidad por VIH/SIDA, IMSS, 1983-2008



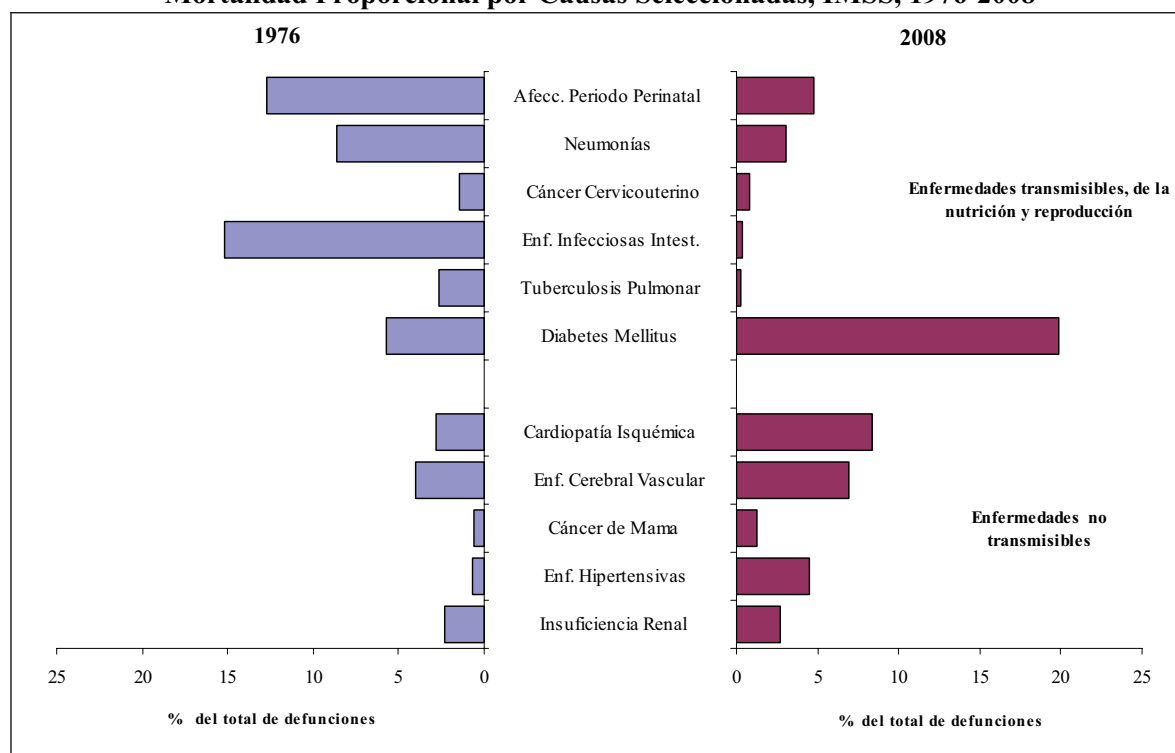
*Por 100 mil derechohabientes.

Fuente: IMSS.

La población enfrenta ahora nuevos factores de riesgo correlacionados con los estilos de vida, tales como el aumento en el índice de adicciones, el incremento en accidentes de vehículos, la exposición a factores químicos, físicos y ambientales, así como a los determinantes de la salud como son el sedentarismo y la ingesta de alimentos industrializados, y la amenaza de nuevos padecimientos como la pandemia de influenza, entre otros. Lo anterior ha modificado la historia natural de la enfermedad, observándose cambios trascendentes en las causas por defunción en la población. La gráfica II.19 muestra los cambios observados en las causas de mortalidad y en la importancia de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Se puede observar la reducción en forma drástica de las defunciones registradas por afecciones en el periodo perinatal en los últimos 32 años, así como de las enfermedades infecciosas intestinales, mismas que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, perteneciendo éstas al grupo de las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción.

²⁹ El *software* (RENASIDA) está en rediseño para su implementación interinstitucional a nivel nacional, manejando los apartados de vigilancia epidemiológica, seguimiento y tratamiento para los casos de VIH/SIDA.

Gráfica II.19.
Mortalidad Proporcional por Causas Seleccionadas, IMSS, 1976-2008



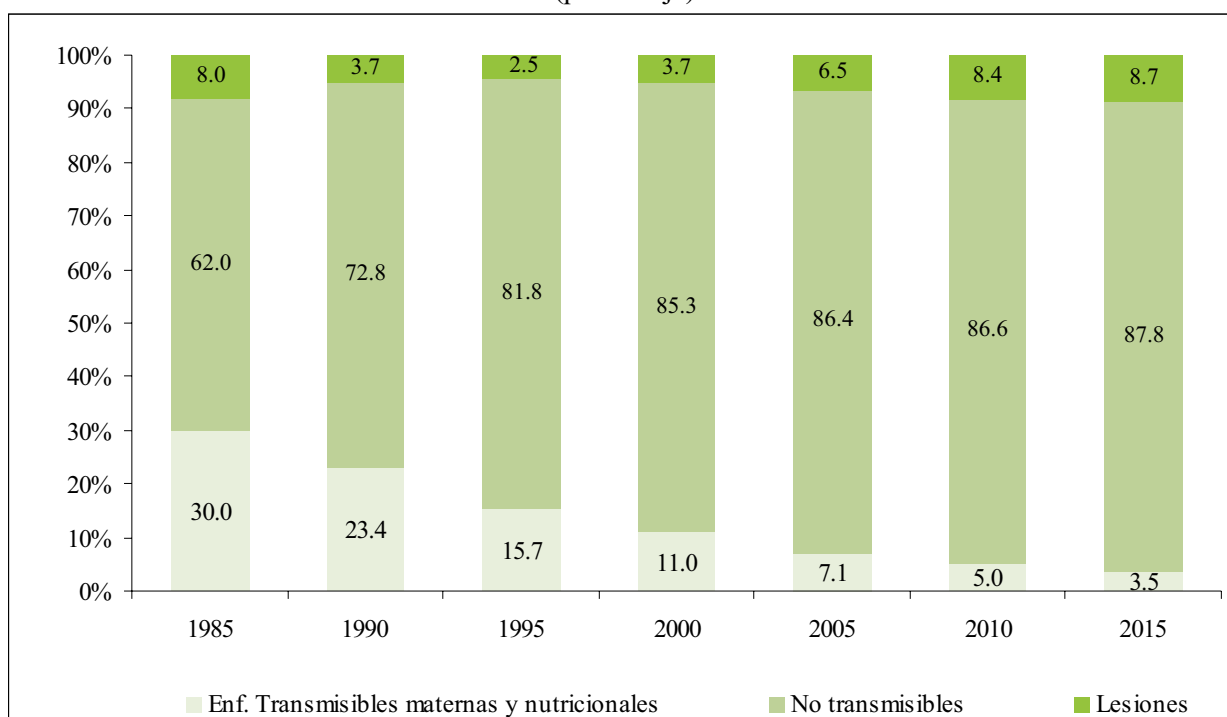
Fuente: IMSS.

En la gráfica II.20 se observa la participación de las enfermedades no transmisibles en la mortalidad de la población y su transición a través de los años, incrementándose en forma importante, al igual que las lesiones causadas por accidentes, en relación con la reducción de las enfermedades transmisibles, de la nutrición y la reproducción. La diabetes mellitus y sus complicaciones se han convertido en un grave problema de salud pública y ocupa el primer lugar de mortalidad en la población derechohabiente del IMSS.

De esta forma, la transición que experimenta nuestro país en materia de salud se caracteriza por el traslape de dos desafíos: i) el rezago en materia de salud, constituido por las infecciones comunes, las enfermedades de la nutrición y las relacionadas con la reproducción; y, ii) los riesgos emergentes constituidos por las enfermedades no transmisibles, así como el surgimiento de nuevas enfermedades infecciosas como el SIDA. Actualmente, la esperanza de vida al nacer llega a 75.7 años en México y para la población derechohabiente del IMSS es de 78.7 años; esta ganancia en años de vida no implica necesariamente una ganancia caracterizada por años de vida saludable, ya que los padecimientos no transmisibles se han incrementado

notablemente, pasando de 62 por ciento en 1985 a 86.4 en 2005. De continuar con esta tendencia, se estima que podrían sobrepasar 87 por ciento de la carga de mortalidad en 2015, como se aprecia en la gráfica II.20.

Gráfica II.20.
Participación de las Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en la Mortalidad,
1985-2015
(porcentaje)



Fuente: IMSS.

En resumen, el país y el Instituto atraviesan por una transición demográfica compleja. Existe, además, un proceso de polarización epidemiológica caracterizado por la presencia simultánea –y de importancia similar– de enfermedades transmisibles y no transmisibles en el perfil de morbilidad y mortalidad. La importancia que han cobrado los padecimientos crónico-degenerativos y las enfermedades relacionadas con los estilos de vida coinciden con el resurgimiento e incremento de enfermedades aparentemente controladas (tuberculosis, dengue, VIH/SIDA), así como los fenómenos de migración, urbanización y envejecimiento de la población, lo que genera un bloque de demandas específicas en el campo de la atención a salud.

II.4. Perspectivas en Salud

II.4.1. Evolución de la demanda de servicios

En respuesta al panorama epidemiológico, el Instituto ofrece a sus derechohabientes una amplia variedad de servicios ambulatorios y hospitalarios. Como se puede observar en el cuadro II.11, en un año se ofrecen más de 114 millones de consultas médicas y ocurren alrededor de dos millones de egresos hospitalarios de segundo y tercer niveles de atención, de los cuales 1.4 millones corresponden a intervenciones quirúrgicas.

Cuadro II.11.
Uso de los Servicios de Salud en el IMSS, 1944-2008

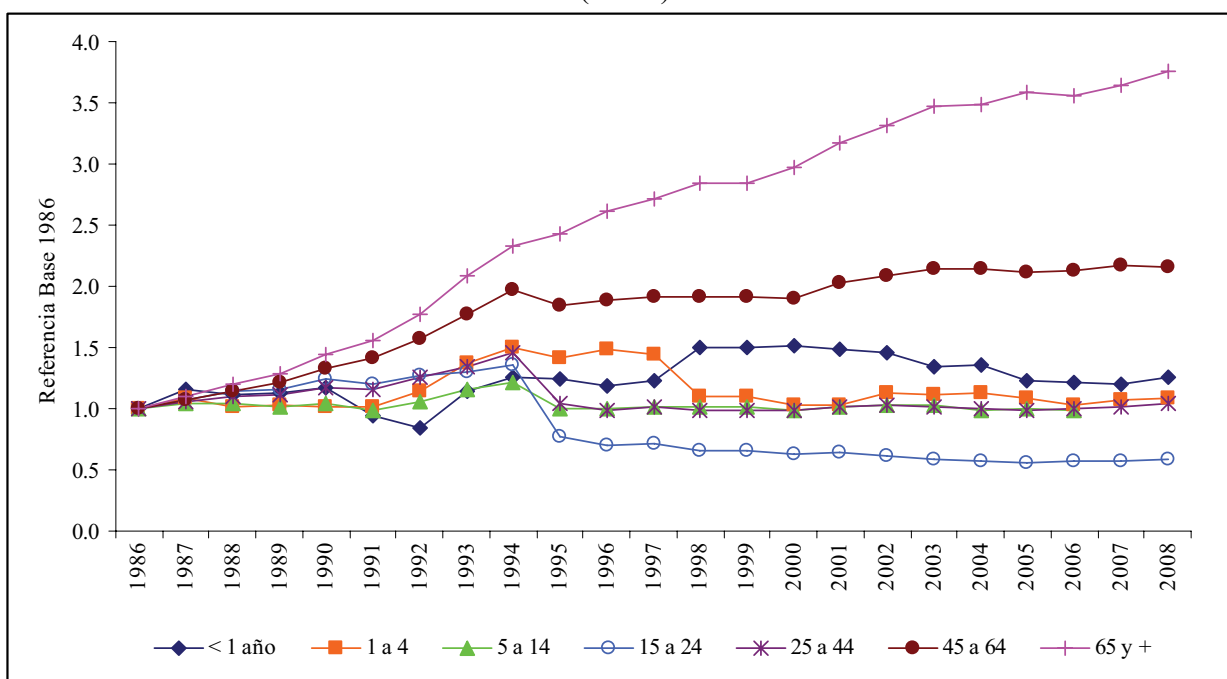
	1944	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2006	2007	2008
Infraestructura											
Unidades médicas	16	55	419	850	1,206	1,604	1,784	1,767	1,786	1,784	1,838
Primer nivel	10	48	335	548	1,024	1,345	1,527	1,509	1,519	1,516	1,516
Segundo nivel	6	7	64	281	156	220	217	226	229	230	227
Tercer nivel				21	26	39	40	38	38	38	37
Consultorios	20			4,996	8,759	11,776	14,089	13,851	14,728	14,542	14,728
Camas censables			7,109	17,656	27,450	24,726	28,622	28,981	29,275	29,350	30,039
Servicios Otorgados											
Consultas otorgadas	1,120,650	5,995,185	15,748,755	37,428,240	56,568,047	78,694,007	107,396,892	104,400,576	108,936,416	114,749,671	114,831,679
Egresos hospitalarios				835,379	1,578,264	1,797,570	1,896,063	1,903,849	1,913,787	1,934,340	1,974,571
Intervenciones quirúrgicas	5,089	23,059	80,325	275,058	674,239	1,080,736	1,403,848	1,423,199	1,402,733	1,431,597	1,437,323
Estudios de laboratorio	79,386	725,525	3,048,878	13,262,788	32,430,963	67,803,923	95,869,197	123,496,794	129,420,998	138,871,685	146,997,080
Estudios de Rayos X	44,121	242,545	522,992	1,536,921	4,320,401	7,615,629	10,527,382	11,347,955	11,554,922	12,088,830	12,055,959
Sesiones de rehabilitación				1,115,456	3,315,081	3,968,493	6,090,876	6,608,724	6,987,046	7,244,407	7,188,217
Partos atendidos	1,099	22,107	92,590	338,907	532,041	710,562	649,589	532,241	523,678	525,474	507,400
Recursos Humanos											
Total paramédico	322	1,922	5,696	17,638	51,609	83,720	101,335	107,405	113,814	115,171	116,959
Total médicos	441	2,128	4,725	11,709	27,482	39,772	50,927	58,335	62,113	63,459	65,204
Otras actividades				4,371	13,939	12,023	16,840	20,200	20,436	21,205	22,993
Médicos familiares				3,653	7,017	12,226	13,978	15,436	16,070	16,173	16,046
Especialistas				2,907	6,526	11,227	15,464	18,202	19,540	19,848	20,193
Urgencias				778		2,791	3,921	2,670	2,520	2,557	2,644
Dental						1,505	1,758	1,827	1,909	1,888	1,936

Fuente: IMSS.

Cabe señalar que, actualmente, la población derechohabiente no hace uso de los servicios de salud de la misma manera. Los cambios demográficos y epidemiológicos inciden en la intensidad y motivos de demanda de la población usuaria, así como del nivel de gasto, toda vez que la atención a los padecimientos crónicos-degenerativos resulta más costosa.

En la gráfica II.21 se muestra el índice de crecimiento en la utilización hospitalaria por grupos de edad, en el que se aprecia que el grupo de 65 años y más ha triplicado el uso relativo de la demanda hospitalaria –3.75 el índice de egresos hospitalarios– en los últimos 20 años, contribuyendo con 17.6 por ciento de los egresos en 2008, en comparación con 6.6 por ciento de los egresos en 1986.

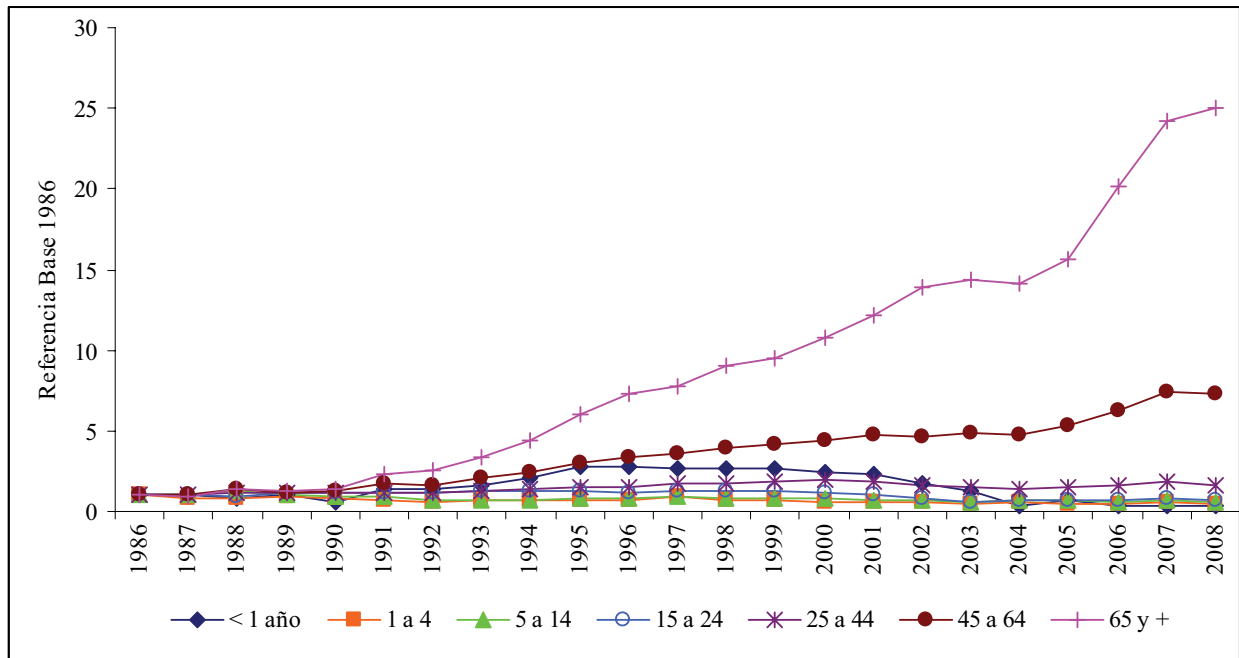
Gráfica II.21.
Demanda de Atención Hospitalaria por Grupos de Edad, 1986-2008
 (índice)



Fuente: IMSS.

En el caso de la consulta externa de medicina familiar, se observa en la gráfica II.22 que, en general, la demanda de servicios aumentó cinco veces en los últimos 20 años, siendo más evidente en el adulto mayor. Según el índice de crecimiento en la demanda de consulta externa de medicina familiar, el grupo de edad que mayor crecimiento ha experimentado en las últimas décadas es el de adulto mayor de 65 años, al pasar de 5.6 por ciento del total de consultas en 1986 a 21.1 por ciento en 2008, posicionándose como el de mayor consumo de este servicio.

Gráfica II.22.
Demanda de Consulta Externa de Medicina Familiar por Grupos de Edad, 1986-2008
 (índice)



Fuente: IMSS.

En resumen, el IMSS proporciona servicios de salud en forma integral, es decir, ofrece prevención y tratamiento tanto para enfermedades infecciosas, de desnutrición y problemas ligados a la reproducción, así como para problemas emergentes de salud como son las enfermedades crónico-degenerativas, las lesiones y la discapacidad, que demandan mayor utilización de los servicios, mayor complejidad tecnológica para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a un costo creciente.

II.4.2. Programas de fomento a la prevención

Durante 2008 se continuó con los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), instrumentados a partir de 2002. Con el propósito de evaluar integralmente el avance de estos Programas, en 2007 se implementó un conjunto de indicadores estratégicos que han permitido identificar en el último año un avance sustantivo en la mayoría de las Delegaciones del Sistema. Lo anterior como resultado, entre otros factores, del fortalecimiento de la participación del área médica en su conjunto, de Prestaciones Económicas y Sociales, así como del Sector Obrero y Empresarial para lograr que en todas las unidades médicas, guarderías, centros de seguridad

social, grupos de pensionados y jubilados, así como en empresas se establezcan estrategias de obligatoriedad para que la población derechohabiente reciba año con año los beneficios de su Programa de Salud.

El Sistema Nacional de Cartillas de Salud por grupo de edad, que tomó como modelo las Cartillas de Salud y Citas Médicas de PREVENIMSS, inició la distribución de las nuevas Cartillas en 2008. Con lo anterior, a partir de 2009, y prioritariamente entre los escolares, se hace efectiva la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.

A continuación se presentan los principales avances de PREVENIMSS por cada uno de los grupos programáticos.

II.4.2.1. Niños

A diciembre de 2008 se obtuvo una cobertura de incorporación al Programa de Salud de 98.3 por ciento en niños menores de 10 años, así como un avance en el logro promedio de coberturas de las acciones médico preventivas de 86.3 por ciento.

La vacunación es el componente con mayor impacto sobre la salud de este grupo de edad. El indicador más sensible es la cobertura con esquemas completos en niños de un año de edad, el cual alcanzó 98 por ciento, manteniéndose por arriba de 95 por ciento (mínimo establecido por el Consejo Nacional de Vacunación). El esquema incluye la vacunación contra: la tuberculosis meníngea (BCG), hepatitis B (antihepatitis B), difteria, tétanos, tos ferina, infecciones por *H. Influenzae b* y poliomielitis (pentavalente acelular), infecciones gastrointestinales por rotavirus (antirotavirus), infecciones invasivas por neumococo (antineumocócica conjugada heptavalente), influenza (antiinfluenza), rubéola, parotiditis y sarampión (triple viral).

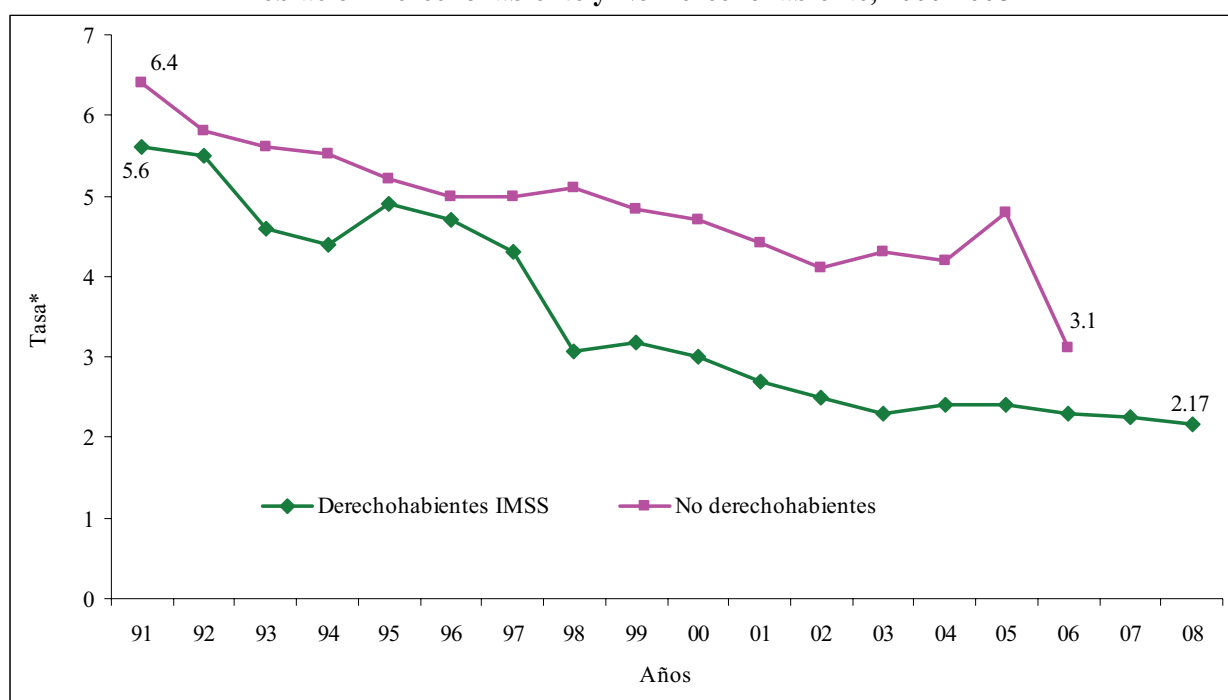
Se tienen avances importantes en la detección de hipotiroidismo en recién nacidos con una cobertura de 99.2 por ciento, con lo que se ha logrado diagnosticar tempranamente 231 casos y mediante su tratamiento oportuno evitar el retraso físico, mental o muerte prematura en esos niños. Desde el inicio del Programa se ha realizado la detección a 5'682,957 niños recién nacidos y se han diagnosticado y tratado 2,227 casos.

En julio de 2005 se inició con el tamiz neonatal ampliado, que incluye la detección de fenilcetonuria, hiperplasia adrenal congénita y deficiencia de biotinidasa en niños de tres a cinco días de vida. La cobertura alcanzada a diciembre de 2008 fue de 97.4 por ciento, superior al 95.3 por ciento de 2007. Se han diagnosticado y tratado oportunamente 186 casos de hiperplasia

adrenal congénita, 10 de fenilcetonuria y uno de deficiencia de biotinidasa, cifra superior a todos los diagnosticados previamente en el Instituto, casi siempre en forma tardía.

La mortalidad en el menor de cinco años, uno de los principales indicadores de salud en esta etapa de la vida, continúa disminuyendo, con una tendencia a la estabilización en los últimos tres años. El Programa de Salud del niño ha contribuido en la reducción de 26.7 por ciento de la mortalidad de 2000 a 2008, al pasar de una tasa de 3.0 a 2.2 por mil derechohabientes menores de cinco años, adscritos a médico familiar, como se observa en la gráfica II.23.

Gráfica II.23.
Tendencia de la Mortalidad en Niños Menores de Cinco Años de Edad,
Población Derechohabiente y No Derechohabiente, 2000-2008



* Tasa por 1,000 niños menores de cinco años adscritos a médico familiar.
Fuente: INEGI, IMSS.

II.4.2.2. Adolescentes

A diciembre de 2008 se obtuvo una cobertura de incorporación al Programa de Salud de 83.5 por ciento en adolescentes de 10 a 19 años, así como un avance en el logro promedio de coberturas de las acciones médico preventivas de 67.3 por ciento.

Un componente prioritario dentro del Programa de Salud para adolescentes es la vigilancia del estado de nutrición. La medición de peso y estatura es fundamental, ya que

permite conocer el adecuado crecimiento al final del periodo puberal, así como el peso con el que ingresará a la edad adulta. La cobertura de medición del peso y la talla a diciembre de 2008 fue de 48.9 por ciento, cifra semejante a la registrada en el mismo periodo de 2007, de 49.1 por ciento.

Debido a ello y con el propósito de incrementar las coberturas en este grupo de edad, que como se sabe es el que menos acude a las unidades médicas a demandar atención, se estableció desde 2004 el Mes de Salud del Estudiante Universitario, en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México. Esta estrategia consiste en la programación de actividades educativas, de vigilancia del estado de nutrición, de detección de defectos visuales, prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles y de transmisión sexual, así como en orientación en salud reproductiva, con la finalidad de promover estilos de vida saludables y de proteger a los estudiantes de nivel medio superior de las enfermedades más frecuentes en esta etapa de la vida.

En 2008, dicha estrategia se llevó a cabo en las Delegaciones D. F. Sur, D. F. Norte, México Poniente y México Oriente; además, se incorporaron las Delegaciones de Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz Sur, lo que permitió una participación importante de las instituciones estatales de educación superior para otorgar las acciones preventivas.

Gracias a este esfuerzo, al cierre del ciclo escolar se incorporaron 187,105 estudiantes a protocolos de atención preventiva, a quienes se les otorgaron acciones de promoción sobre salud sexual y reproductiva, alimentación saludable y actividad física, así como prevención de adicciones, accidentes y violencia, y se registró la medición de peso, talla y evaluación del estado de nutrición. Se aplicaron, además, 196,057 dosis de vacunas contra la hepatitis B; 160,228 contra el sarampión y la rubéola, y 134,874 contra el tétanos y la difteria. Otras acciones a resaltar es la detección de defectos visuales a 129,906 estudiantes, así como la entrega informada de condones a otros 170,858.

II.4.2.3. Mujeres

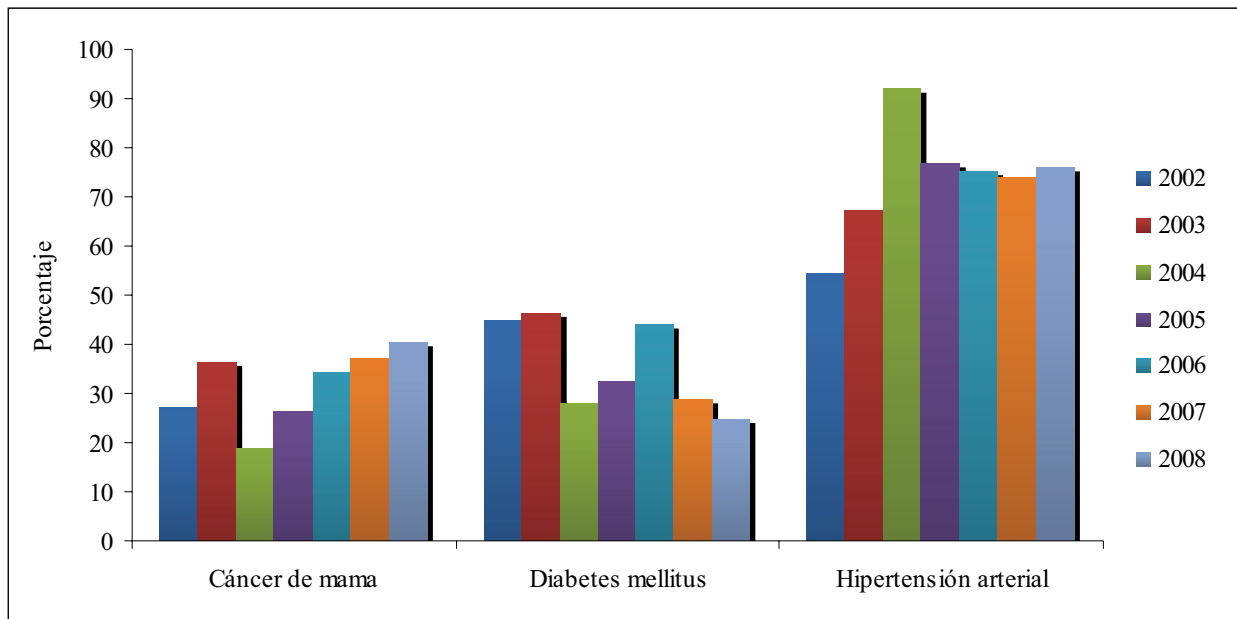
A diciembre de 2008 se obtuvo una cobertura de incorporación al Programa de Salud de 98.1 por ciento en mujeres de 20 a 59 años, así como un avance en el logro promedio de coberturas de las acciones médico preventivas de 83.4 por ciento.

Entre los principales problemas de salud de la mujer se encuentran el sobrepeso y la obesidad, tanto por su elevada prevalencia (37.3 y 38.6 por ciento respectivamente), como por el riesgo que representan para desarrollar otras enfermedades como diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, entre otras. Es por ello que en PREVENIMSS se realiza la evaluación del estado nutricional con base en la medición de peso y talla, con el fin de orientar a la derechohabiente sobre las recomendaciones que debe seguir, contribuyendo de esta manera a fomentar estilos de vida saludables, tales como la modificación de hábitos alimenticios y la práctica de ejercicio físico. La cobertura de medición de peso y talla en 2008 fue de 74.7 por ciento.

Otros de los grandes problemas de salud en la población femenina son la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial. A partir de 2005 se implementó la medición cuantitativa de glucosa capilar con glucómetro, lo que proporciona resultados objetivos y permite detectar casos de diabetes con mayor certeza. La detección se realiza a toda la población desde los 45 años; sin embargo, también se lleva a cabo en mujeres de 20 a 44 años con sobrepeso u obesidad y antecedentes de diabetes en padres o hermanos.

Las coberturas de detección alcanzadas en 2008 para diabetes mellitus e hipertensión arterial fueron de 25 y de 76 por ciento, respectivamente. La identificación y tratamiento oportuno de estos padecimientos evita o retrasa el desarrollo de complicaciones asociadas a estas enfermedades. Por ello, debe garantizarse la disponibilidad de recursos para el cumplimiento de las metas programadas. En la gráfica II.24 se muestran las diferentes coberturas de detección en el Programa de Salud de la mujer.

Gráfica II.24.
Coberturas de Detección de Diversos Padecimientos, Mujeres de 20 a 59 Años, 2002-2008

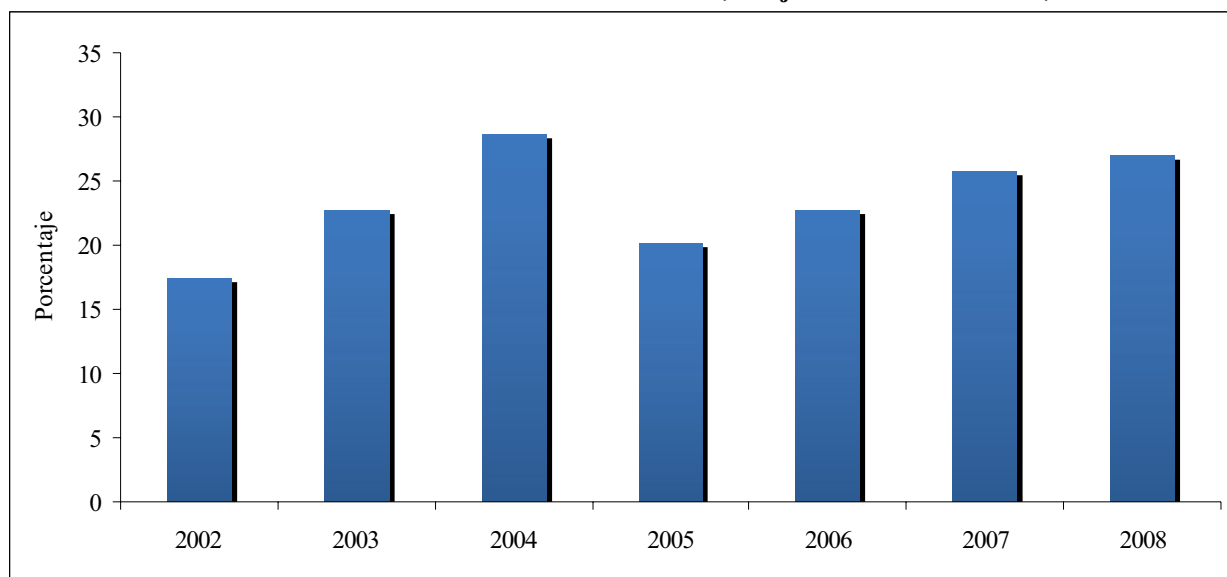


Nota: El registro de detecciones de primera vez y subsecuentes en el año 2006 originó un logro superior a la meta establecida de 30 por ciento. La aplicación de criterios estrictos en el Sistema de Información para contabilizar sólo las detecciones de primera vez determina la aparente disminución en las coberturas.

Fuente: IMSS.

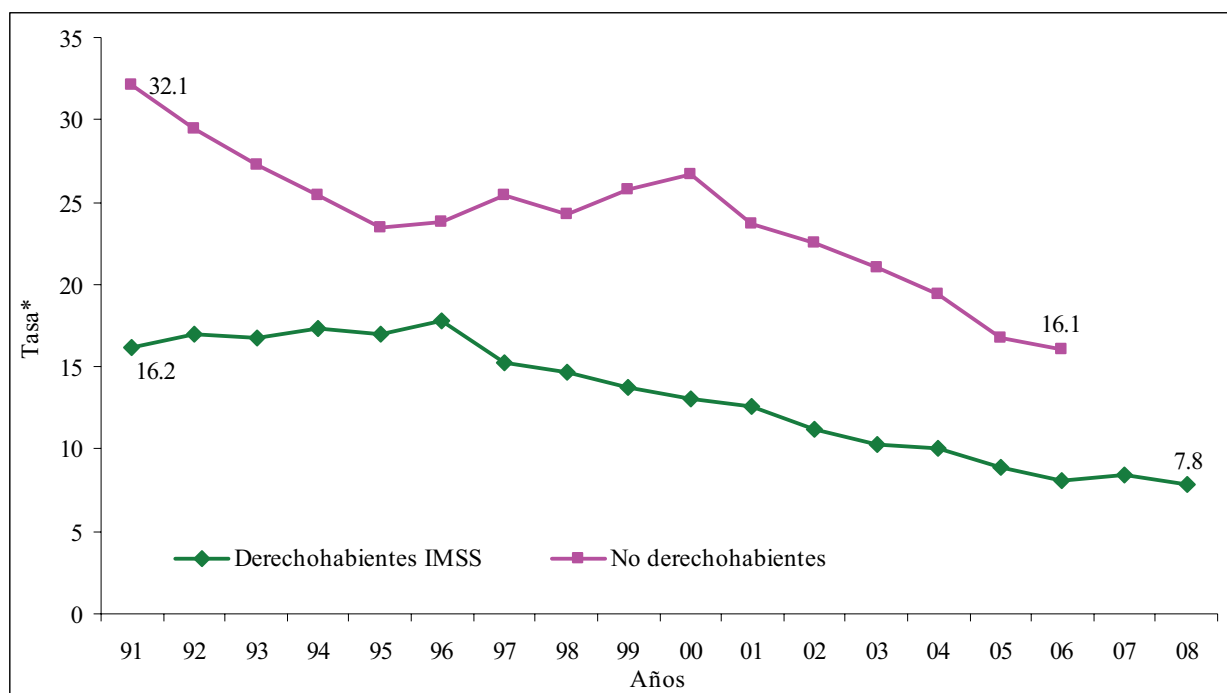
El incremento de las coberturas de detección de cáncer cérvico-uterino a partir de 2002 –como se observa en la gráfica II.25– y la calidad de la atención médica para un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, impactan en una disminución de 40 por ciento en la mortalidad por este padecimiento durante el periodo 2000-2008 y de 7.1 por ciento en el último año, con lo que se supera el compromiso del Programa Nacional de Salud de disminuir 4.5 por ciento anual la mortalidad por esta causa (gráfica II.26⁴³).

Gráfica II.25.
Coberturas de Detección de Cáncer Cérvico-Uterino, Mujeres de 25 a 64 Años, 2002-2008



Fuente: IMSS.

Gráfica II.26.
Mortalidad por Cáncer Cérvico-Uterino, Población Derechohabiente y No Derechohabiente, 2000-2008*



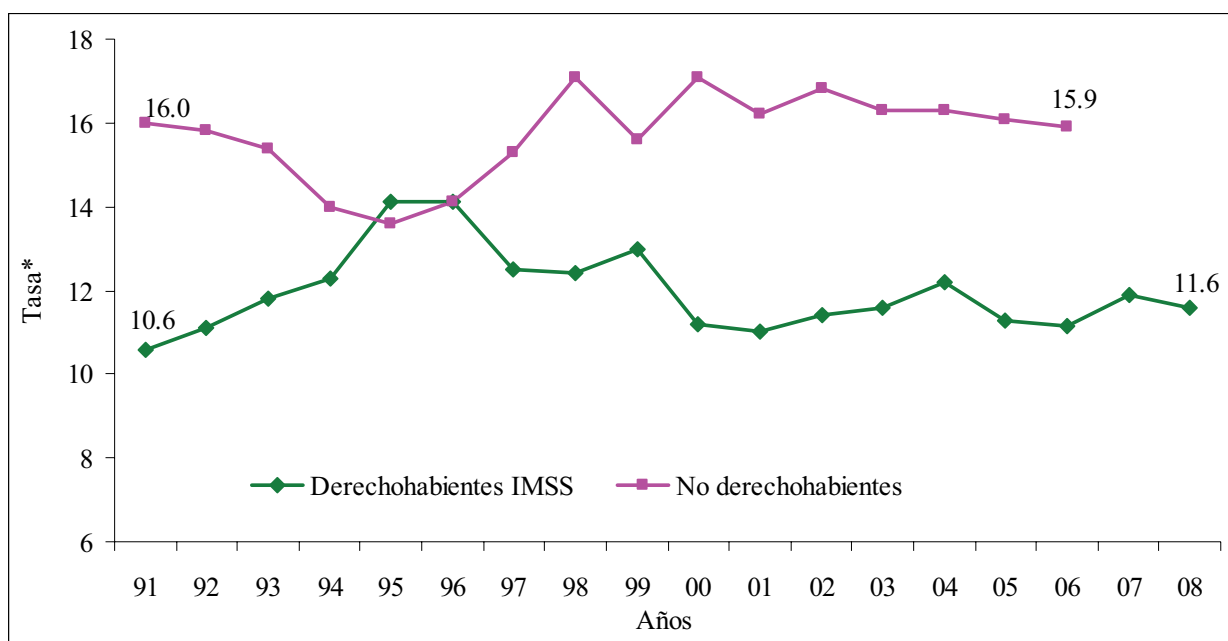
* Por 100,000 mujeres de 25 años y más.

Fuente: INEGI, IMSS.

El cáncer de mama constituye la primera causa de defunción por neoplasias en la mujer en varios estados del país. En 2008 la mortalidad por este padecimiento presentó un decremento de 2.5 por ciento en relación al año 2007, al pasar de una tasa de 11.9 por 100,000 mujeres derechohabientes mayores de 24 años a 11.6, como se muestra en la gráfica II.27. Situación que se debe al fortalecimiento del componente de detección de cáncer de mama con la implantación de una red de 219 mastógrafos de detección en todas las Delegaciones del país. No obstante, la exploración clínica de mama realizada por profesionales de la salud a mujeres a partir de los 25 años de edad continúa teniendo un papel trascendente en la detección de este problema; la cobertura en el 2008 fue de 40.5 por ciento como se muestra en la gráfica II.24, superior a la registrada durante el año 2007 de 37.3 por ciento.

Para mejorar las coberturas programadas de detección de estos dos padecimientos, se continúa trabajando en el fortalecimiento de la atención preventiva integrada, así como en el mejoramiento de los procesos de detección, notificación y tratamiento a través de la modernización del equipamiento y la remodelación de los servicios de Medicina Preventiva para tener consultorios con áreas adecuadas para llevar a cabo este tipo de detecciones.

Gráfica II.27.
Mortalidad por Cáncer de Mama, Población Derechohabiente y No Derechohabiente, 2000-2008*



* Por 100,000 mujeres de 25 años y más.
Fuente: INEGI, IMSS.

II.4.2.4. Hombres

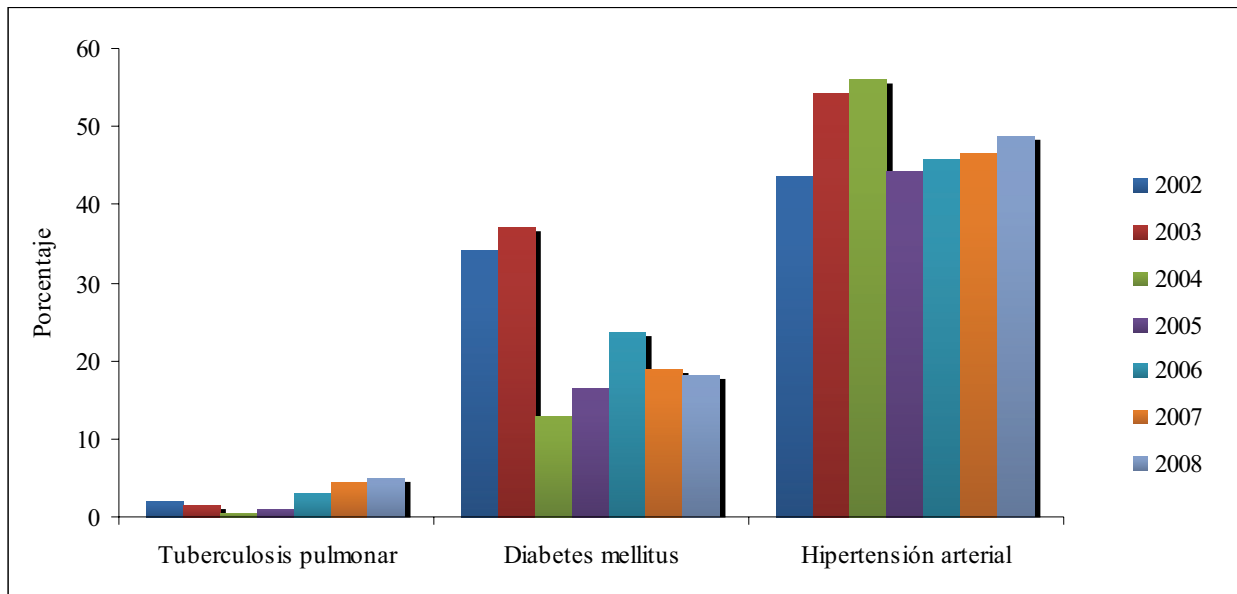
Hasta diciembre de 2008 se obtuvo una cobertura de incorporación al Programa de Salud de 83.1 por ciento en hombres de 20 a 59 años, así como un avance en el logro promedio de coberturas de las acciones médico preventivas de 71.1 por ciento.

En este grupo objetivo destaca una alta frecuencia de consultas y de egresos por lesiones intencionales y no intencionales, algunas debidas a violencia. Al igual que en los adolescentes, el hombre se caracteriza por una menor demanda de atención en las unidades médicas, lo que aunado al subregistro afecta las coberturas y los logros obtenidos para este grupo de edad. Por lo anterior se han reforzado las actividades de promoción e invitación a través de las empresas para que los derechohabientes acudan a las unidades y se incorporen a su Programa de Salud.

El sobrepeso y la obesidad son problemas graves y frecuentes para el hombre; la identificación de estas enfermedades a través de la evaluación del estado de nutrición representa una actividad sustancial de la atención preventiva integrada. La cobertura de medición de peso y talla en 2008 fue de 53 por ciento. La importancia de incrementar esta cobertura se sustenta en las altas prevalencias de sobrepeso con 43.3 por ciento y de obesidad con 32.3 por ciento, identificadas en este grupo.

Las coberturas de detección obtenidas en el Programa de Salud del hombre son de: 18.2 por ciento para diabetes mellitus, 48.9 por ciento para hipertensión arterial y 4.9 por ciento para tuberculosis pulmonar. Gráfica II.28.

Gráfica II.28.
Coberturas de Detección de Diversos Padecimientos en Hombres de 20 a 59 Años,
2002-2008

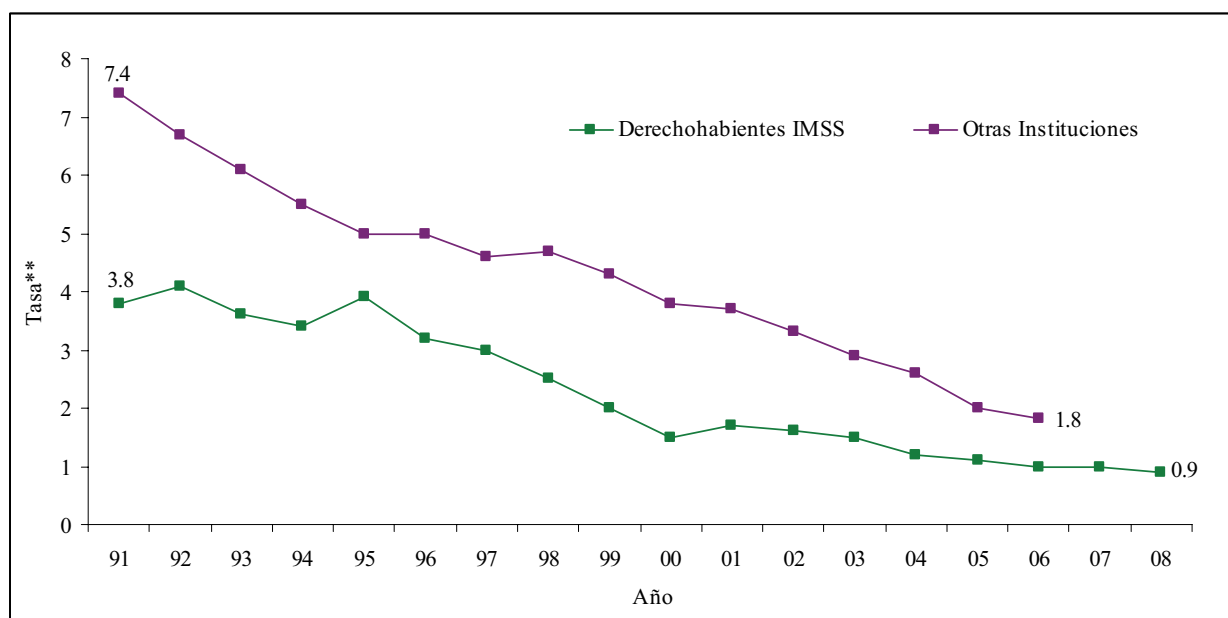


Nota: El registro de detecciones de primera vez y subsecuentes en el año 2006 originó un logro superior a la meta establecida de 30 por ciento. La aplicación de criterios estrictos en el Sistema de Información para contabilizar sólo las detecciones de primera vez determina la aparente disminución en las coberturas.

Fuente: IMSS.

En padecimientos reemergentes como la tuberculosis, en 2008 se diagnosticaron y trataron 3,298 casos en toda la población (38.7 por ciento correspondió a hombres de 20 a 59 años), de los cuales 81.9 por ciento se dieron de alta por curación. Asimismo, la tendencia descendente de la mortalidad por este padecimiento, con un mayor impacto en la población amparada por el IMSS que en la población abierta, como se observa en la gráfica II.29, es evidencia de que la detección, tratamiento y seguimiento epidemiológico se desarrollan de manera adecuada.

Gráfica II.29.
Mortalidad por Tuberculosis Pulmonar, Población Derechohabiente y No Derechohabiente,
1991-2008*



*Información preliminar a diciembre de 2008.

** Por 100,000 derechohabientes adscritos a médico familiar.

Fuente: INEGI, IMSS.

II.4.2.5. Adulto mayor

A diciembre de 2008 se registró una cobertura de incorporación al Programa de Salud de 94.4 por ciento en adultos mayores de 59 años, así como un avance en el logro promedio de coberturas de las acciones médico preventivas de 81.6 por ciento.

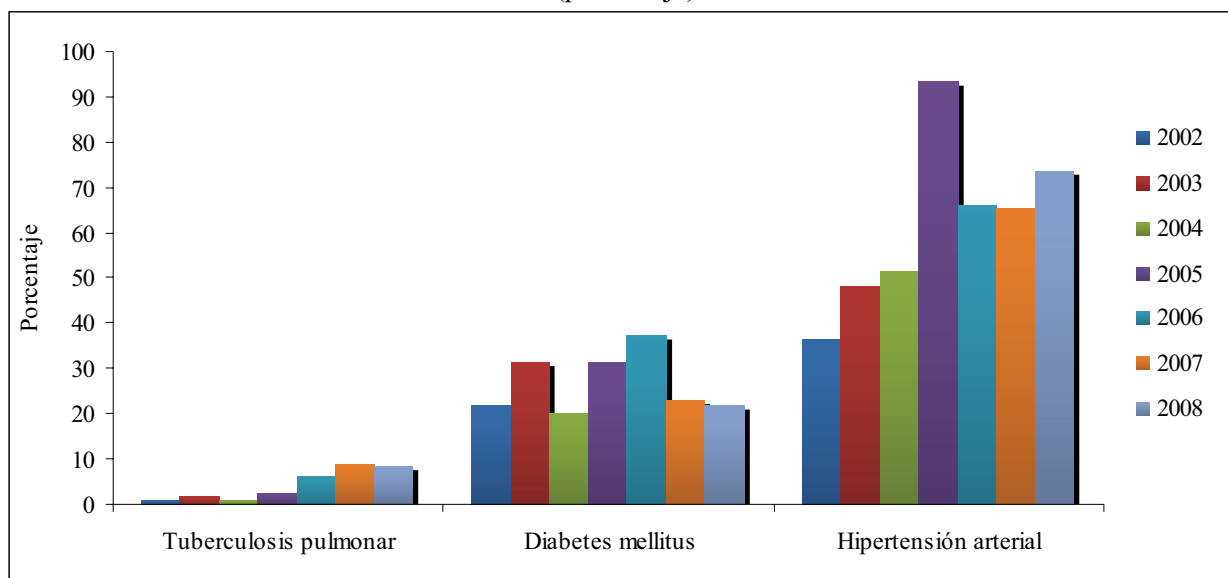
El uso de servicios médicos ha aumentado de manera muy importante en este grupo de población. Actualmente, se estima que los adultos enfermos consumen un tercio de los recursos del Sistema de Salud, ya que tienen la oportunidad de vivir más años expuestos a riesgos derivados de los estilos de vida no saludables.

El sobrepeso y la obesidad se presentan en todos los grupos de edad y el adulto mayor no es la excepción. La medición de peso y talla, que son la base para la evaluación y recomendación nutricional, registró una cobertura de 79.4 por ciento. Cabe mencionar que las actividades de vigilancia nutricional continuarán intensificándose debido a las altas prevalencias de sobrepeso (42.6 por ciento) y obesidad (34.1 por ciento) encontradas en este grupo de edad.

Los adultos mayores constituyen el grupo de población con mayor riesgo para desarrollar enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial. Por ello la importancia de realizar

estas detecciones de manera sistemática como parte de la Atención Preventiva Integrada. En 2008 la cobertura alcanzada para diabetes fue de 21.6 por ciento y para hipertensión de 73.5 por ciento. La cobertura de detección de tuberculosis pulmonar fue de 8.5 por ciento, superior a la meta de 3 por ciento establecida para el periodo. En la gráfica II.30 se presentan las coberturas de detección de estos padecimientos para el periodo 2002-2008.

Gráfica II.30.
Coberturas de Detección de Padecimientos en Adultos Mayores de 59 Años, 2002-2008
(porcentaje)



Nota: El registro de detecciones de primera vez y subsecuentes en el año 2006 originó un logro superior a la meta establecida de 30 por ciento. La aplicación de criterios estrictos en el Sistema de Información para contabilizar sólo las detecciones de primera vez determina la aparente disminución en las coberturas.

Fuente: IMSS.

II.4.2.6. Actividades extramuros y estrategias especiales

Con la finalidad de acercar los servicios de salud a las empresas para mantener, mejorar o recuperar la salud de los trabajadores se implementó la estrategia PREVENIMSS en Empresas, en un marco de obligatoriedad con el individuo, la empresa y el sindicato. Durante 2008 se llevaron a cabo Jornadas de Salud con diferentes organizaciones sindicales y empresas, entre las que se encuentran las siguientes: Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (CROC), Confederación de Trabajadores de México (CTM), Bimbo, Televisa, Pepsico, Organización Editorial Mexicana y Fábrica de Calzado Andrea, con lo que se benefició a 160,000 trabajadores y familiares. Por otra parte, con el objetivo de fortalecer el vínculo y la

comunicación con empresas y sindicatos, se establecieron convenios de colaboración con: la Comisión Federal de Electricidad, Teléfonos de México, la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos (CROC), así como con la Confederación de Trabajadores de México (CTM) en el estado de Sonora.

Por otro lado, con el propósito de eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, del 24 de marzo al 02 de mayo de 2008 se llevó a cabo la Campaña Nacional de Vacunación Indiscriminada con vacuna sarampión-rubéola (SR), en mujeres y hombres de 19 a 29 años de edad, en la que se aplicaron 7'446,283 dosis con una cobertura de 100 por ciento. Este esfuerzo representó para el IMSS una erogación de 56.8 millones de pesos.

Asimismo, como parte de la Alianza por una Vida Saludable, Televisa integra el programa “Elige estar bien contigo” dentro del cual se encuentra la Cruzada Nacional “Vamos por un millón de kilos”, proyecto que con la participación y liderazgo del IMSS tuvo el objetivo de difundir buenos hábitos de alimentación y fomentar la práctica de ejercicio físico entre la población mexicana para generar una nueva cultura de salud.

La meta establecida fue lograr que la población de 13 a 60 años, con diagnóstico de sobrepeso u obesidad en su conjunto, perdiera un millón de kilos, en un periodo de dos meses, a través de la adopción de alimentación saludable y práctica diaria de actividad física. Lo anterior contó con la participación de la Secretaría de Salud, ISSSTE e IMSS. El éxito de esta cruzada determinó continuar hasta el 29 de noviembre de 2008 con una segunda etapa denominada “Vamos por más kilos”. Los principales resultados fueron 2.5 millones de personas inscritas en las unidades médicas que perdieron en su conjunto 2.3 millones de kilogramos.

Un estudio de evaluación cualitativa mostró que 98 por ciento de los mexicanos manifestaron sentirse beneficiados por la cruzada, porque los concientizó y motivó a procurarse una mejor salud. Como beneficio adicional, el Instituto fue identificado por la población mexicana como la institución responsable de coordinar la campaña que dio apoyo y asistencia médica a la población y reconoció una mayor presencia e importancia de PREVENIMSS.

II.4.2.7. Salud en el trabajo

El Instituto está facultado para proporcionar servicios de carácter preventivo a través del proceso de Prevención de Riesgos de Trabajo. Éste tiene como propósito disminuir los accidentes y las enfermedades de trabajo en las empresas afiliadas y centros IMSS. Las empresas y centros de trabajo son seleccionados de acuerdo con su casuística de accidentes de trabajo y, con base en

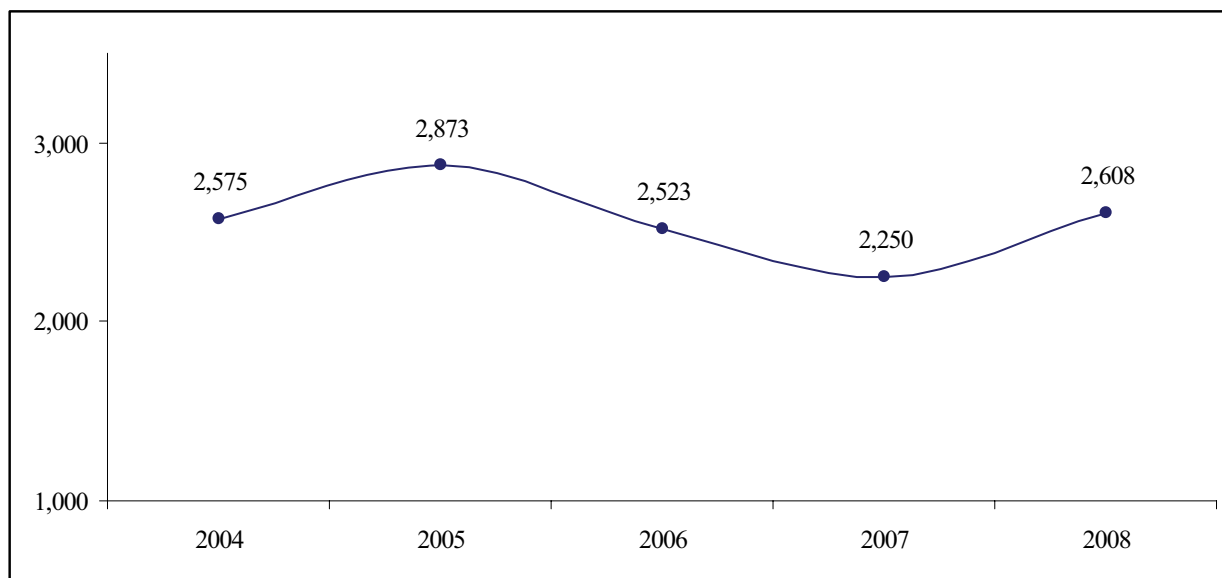
procedimientos probados y homologados, se realiza un estudio de diagnóstico sobre las condiciones y ambiente de trabajo, en el cual se identifican factores de riesgo potenciales que puedan originar accidentes y enfermedades de trabajo.

Posterior a este diagnóstico, el personal de Seguridad en el Trabajo del IMSS gestiona ante la empresa y el sindicato la realización de un programa preventivo en aquellas áreas, procesos y puestos de trabajo con mayor problemática; los programas preventivos integran observaciones y recomendaciones en seguridad e higiene aplicables tanto para mujeres como hombres trabajadores, de acuerdo con su edad, puesto de trabajo, antigüedad y características de exposición a los factores de riesgo contaminantes de origen laboral. Para comprobar la efectividad de las medidas propuestas se efectúan por lo menos tres visitas de seguimiento al año, en las cuales se comprueba el cumplimiento de las recomendaciones sugeridas. En resumen, las acciones preventivas para la disminución de los riesgos de trabajo incluyen:

- Medidas de seguridad a nivel de los trabajadores, medios de producción y ambiente laboral, con fundamento en las Normas Oficiales Mexicanas.
- Comparación de los resultados de las determinaciones ambientales, con los niveles máximos permisibles de exposición establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas o, en su caso, en documentos internacionales.
- Dictamen de medidas correctivas en la maquinaria, equipo, manejo de materiales, y medidas de ingeniería para el control de los factores de riesgo de contaminantes presentes en el ambiente laboral, con el fin de limitar la exposición de los trabajadores a dichos contaminantes o, como último recurso, la recomendación del uso de equipo de protección personal que a manera de recomendaciones, sustentadas en los resultados de las evaluaciones, se ofrecen a las empresas.
- Programas preventivos de seguridad e higiene en el trabajo: implementación del Programa de Gestión Preventiva de Riesgos de Trabajo que analiza la viabilidad de las propuestas y determina la prioridad de cada una de ellas.
- Integración de las recomendaciones propuestas derivadas del diagnóstico: cronograma de actividades y establecimiento de un compromiso conjunto establecido en un formato en el que firman las autoridades del centro laboral, visitas de seguimiento, asesoría y control de las recomendaciones técnicas, valorar el comportamiento de los accidentes y

enfermedades de trabajo en la empresa, y verificar el cumplimiento de las medidas recomendadas.

Gráfica II.31.
Programas Preventivos de Seguridad e Higiene en Empresas Afiliadas y Centros Laborales, IMSS, 2004-2008



Fuente: IMSS.

II.4.2.7.1. Servicios de prevención y promoción de la salud para trabajadores del IMSS

La preocupación por atender la salud de los trabajadores del IMSS ha quedado plasmada en el enunciado de la cláusula 73 del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) suscrito entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS). En dicha cláusula se establece que a los trabajadores del Instituto se les debe proporcionar primeros auxilios, atención médica y dental, educación para la salud, multidetección de padecimientos, organización de grupos de ayuda, gestoría médico-administrativa, orientación sobre salud reproductiva y prevención de riesgos; apoyo para el abandono del hábito del tabaco, del alcoholismo y de la farmacodependencia. Las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene son las encargadas de que se cumpla con lo dispuesto en esta cláusula.

Un problema relevante radica, como lo muestra el cuadro II.12, en que a los trabajadores del Instituto se les prescriben y expiden certificados de incapacidad temporal para el trabajo por enfermedad general en un promedio al año de 5.92 días, mientras que a los trabajadores del resto

de las empresas afiliadas al IMSS lo hacen por 2.47 días. Esto significa que los trabajadores del Instituto se incapacitan dos veces más que un trabajador de una empresa afiliada. Lo anterior deriva en: i) un agravamiento del ausentismo no programado y en un incremento del costo de la nómina de personal, ii) el derechohabiente se ve afectado al no disponer el Instituto del personal completo para las funciones de atención médica y administrativa que se tienen que cumplir conforme a la normatividad, iii) se incrementa el gasto asociado a la cobertura de personal eventual, iv) se incrementa el pago de tiempo extraordinario para poder cumplir con las tareas programadas; y, v) se generan retrasos importantes en la operación y se elevan las cargas de trabajo para el personal que no falta.

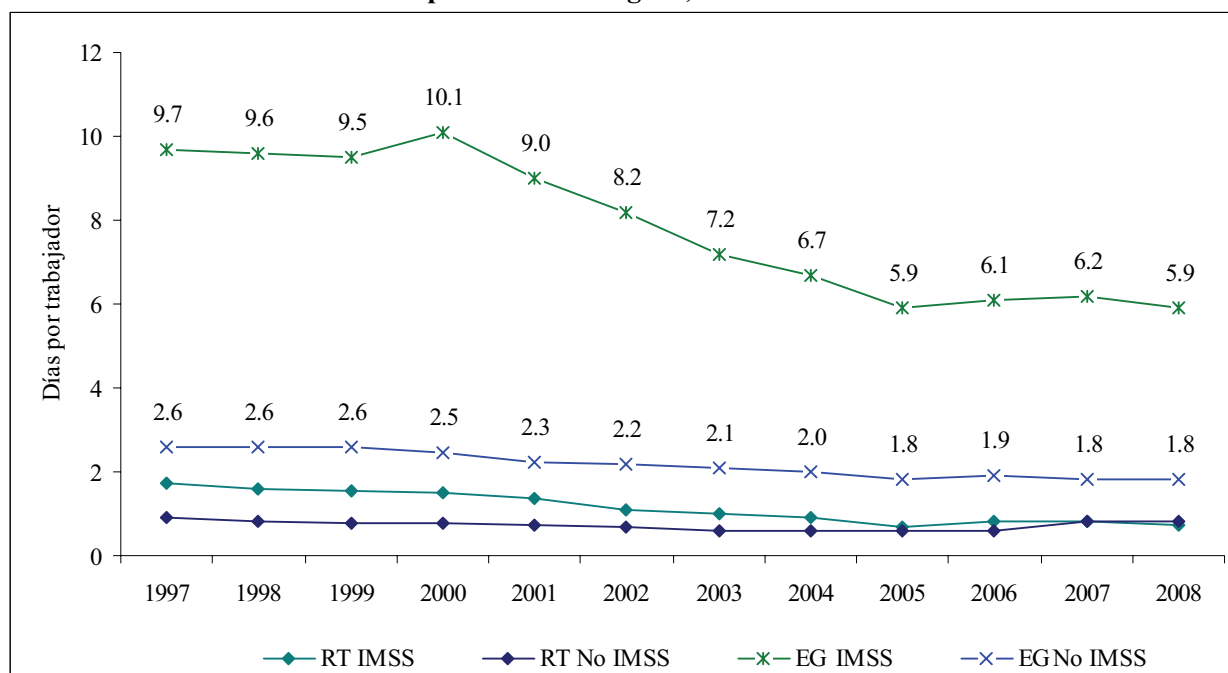
Cuadro II.12.
Incapacidades de Trabajadores IMSS y de Empresas Afiliadas
por Ramo de Seguro, 2007-2008

Indicador	Trabajadores IMSS		Trabajadores de empresas afiliadas	
	2007	2008	2007	2008
Número de trabajadores	360,588	358,616	13,715,986	14,111,282
Días de incapacidad RT	288,275	262,580	11,324,623	11,918,991
Días de incapacidad con subsidio EG	2,236,398	2,124,440	25,202,090	25,839,355
Días de incapacidad por trabajador por año RT	0.8	0.73	0.82	0.84
Días de incapacidad subsidiados por trabajador por año EG	6.2	5.92	1.84	1.83
Días de incapacidad prescritos por trabajador por año EG	6.2	5.92	2.48	2.47

Fuente: IMSS.

La gráfica II.32 muestra la tendencia de la incapacidad temporal para el trabajo en trabajadores del IMSS, en comparación con los trabajadores de las empresas registradas ante el Instituto. Si bien, a partir del 2000, en enfermedad general se presentó una tendencia hacia la reducción al pasar de 10.1 a 5.92 días en promedio en 2008, sigue ocurriendo que a los trabajadores del IMSS se les otorgan más de dos veces el número de incapacidades que a los trabajadores de las empresas afiliadas. En lo referente al Seguro de Riesgos de Trabajo, el comportamiento a lo largo de los años, a pesar de que en trabajadores del IMSS ha sido mayor, se muestra similar al comportamiento en los trabajadores de las empresas afiliadas, llegando a presentar el mismo promedio en ambas poblaciones durante 2008.

Gráfica II.32.
Incapacidades de Trabajadores IMSS y de Empresas Afiliadas
por Ramo de Seguro, 2007-2008



Fuente: IMSS.

Por lo anterior, el IMSS ha diseñado e implantado estrategias que permitan el control médico y administrativo de la expedición y prescripción de certificados de incapacidad temporal para el trabajo, particularmente en trabajadores del propio Instituto, con el fin de establecer un estándar uniforme para la prescripción de incapacidad temporal para el trabajo entre trabajadores IMSS y trabajadores no IMSS.

Por ello, mediante la aprobación del acuerdo 188 del H. Consejo Técnico, del 26 de agosto de 2008, se reorientan las funciones y actividades de los módulos de fomento a la salud para dar como resultado la integración de los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS, con lo cual se establecen nuevas estrategias para el cuidado y mejoramiento de la salud de los trabajadores IMSS, basados en la legislación, convenios internacionales referentes a los servicios preventivos de salud en el trabajo en los centros laborales y la citada cláusula 73 del CCT.

El desarrollo de actividades con calidad y oportunidad por parte del personal de estos servicios promoverá una actitud positiva de los trabajadores hacia el autocuidado de su salud, propiciará estilos de vida y ambientes de trabajo saludables y favorecerá la reincorporación laboral oportuna en las mejores condiciones posibles cuando se presenten daños a la salud, al

realizar las gestiones médico-administrativas y sociales requeridas que faciliten el acceso a los servicios institucionales con lo que se espera una mayor satisfacción y, por ende, una disminución en el promedio de días de incapacidad por enfermedad general en trabajadores IMSS.

Cuadro II.13.
Líneas de Acción de los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS

Preventiva	Vigilancia de la salud	Intervención	Vigilancia del medio ambiente de trabajo	Asistencial
Atención preventiva integrada	Exámenes médicos periódicos	Reincorporación laboral oportuna:	Visitas a centros de trabajo	Atención médica inmediata que requieran los trabajadores durante el ejercicio de sus labores
Promoción de estilos de vida saludables		Gestoría médico-administrativa en trabajadores con incapacidad temporal para el trabajo frecuente o prolongada	Diagnóstico de salud, seguridad e higiene de los centros de trabajo	
Salud bucal			Programas preventivos	
Referencia y seguimiento de casos con detecciones anormales y de heridas punzocortantes		Información al Comité de Control de Incapacidad Temporal para el Trabajo (COCOITT)	Participación con comisiones mixtas de seguridad e higiene	
Asesoría en adicciones y organización de grupos de ayuda				
Promoción de ambientes laborales libres de humo de tabaco				

Fuente: IMSS.

Con el propósito de fortalecer la viabilidad financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo, así como de contar con información válida que permita el cálculo adecuado de la siniestralidad y clasificación de las empresas, y la revisión de las primas que se pagan a este Seguro para que se puedan ofrecer estímulos para invertir en prevención de riesgos de trabajo en las empresas afiliadas, el H. Consejo Técnico autorizó modificar el Procedimiento para la Calificación de Probables Riesgos de Trabajo, a fin de disminuir el subregistro y los subsidios cruzados con el Seguro de Enfermedades y Maternidad. El IMSS puede calificar un probable riesgo de trabajo si el patrón no responde a la solicitud de información complementaria, después de que el trabajador fue atendido por los servicios médicos institucionales, al amparo de la firma del trabajador y/o testigos en la nota de atención médica inicial.

Como evidencia del subregistro existente, en el año 2007 quedaron pendientes de calificar 203,853 casos de probables accidentes de trabajo, mientras que en 2008 se reportaron 163,819 casos, lo que significa un decremento de 20 por ciento. Lo anterior propiciado por la implantación, a partir de noviembre de 2007, del nuevo Procedimiento para la Calificación de los Accidentes de Trabajo. Si la totalidad de los casos de probables riesgos de trabajo se hubiesen calificado, asumiendo que sólo la mitad de ellos se calificaron como riesgo de trabajo, el ingreso en el Seguro de Riesgos de Trabajo podría haberse modificado, incrementando sus ingresos, y los trabajadores lesionados disfrutarían de las prestaciones en especie y en dinero correspondientes a riesgos de trabajo. En 2009 se espera lograr la consolidación del Procedimiento y, como consecuencia, la disminución del subregistro.

II.4.2.8. Principales retos

El reto principal para los siguientes años es consolidar los Programas Integrados de Salud PREVENIMSS, como la estrategia prioritaria y costo-efectiva en la atención médico-preventiva en Unidades de Medicina Familiar y la vigilancia epidemiológica institucional en los tres niveles de atención. Con miras a cumplir con este objetivo se implementaron estrategias de consolidación y fortalecimiento de PREVENIMSS, a través de la obligatoriedad en pensionados, jubilados, guarderías, centros de seguridad social, sindicatos y empresas. Asimismo, es importante continuar con la promoción de la salud para mejorar el estilo de vida de la población derechohabiente, a través de una alimentación saludable, práctica de ejercicio físico, prevención y control de adicciones. Además, se debe fortalecer la inversión en infraestructura y recursos humanos para atender en forma eficiente y con calidad a la población. Un paso clave será incrementar la Atención Preventiva Integrada (API), es decir, otorgar en una sola consulta todas las acciones incluidas en los Programas de Salud por grupo de edad, para lograr por lo menos una API por cada cinco consultas de medicina familiar.

II.4.3. Salud reproductiva

Durante las últimas décadas han ocurrido cambios importantes en los valores y las prácticas reproductivas de la población derechohabiente del Instituto; estos cambios se deben, entre otros, a

las actividades que el personal de las unidades médicas realiza permanentemente para el cuidado de la salud reproductiva de los derechohabientes.

La medición de los impactos en salud reproductiva se realiza a través de los resultados en las encuestas aplicadas a la población, censos de población y estudios específicos en la población derechohabiente del Instituto, que permiten conocer la influencia en los patrones reproductivos, la condición de la salud materna al momento del embarazo, algunos aspectos sobre la violencia entre la pareja y la inequidad entre los géneros.

Los resultados han permitido que las intervenciones en salud reproductiva se focalicen en los grupos poblacionales más vulnerables, entre ellos los adolescentes y las mujeres en edad fértil con alto riesgo reproductivo.

II.4.3.1. Planificación familiar

La planificación familiar es un derecho humano fundamental para que las personas, de manera responsable e informada, decidan el número y el espaciamiento de sus hijos(as), como lo señala el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Su práctica en el IMSS ha generado indirectamente beneficios al país en diferentes ámbitos:

- Ha coadyuvado a la disminución de los niveles de fecundidad en México, con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas.
- Ha contribuido a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción, la reducción del número de embarazos no planeados y sus consecuencias, así como la disminución de embarazos en situaciones de riesgo para la salud de la mujer.
- Ha mejorado el estatus de la mujer en la sociedad al contribuir a que ellas se adueñen de su proceso reproductivo y puedan planear el número de hijos(as) que desean tener, espaciar los embarazos y evitar los no deseados, lo que favorece el desempeño de tareas distintas a las maternas y domésticas para incursionar en otros ámbitos de la vida social y laboral.
- Ha contribuido a la disminución de los gastos netos del IMSS al reducir el volumen y costo de los servicios por la atención materno-infantil, resultado de embarazos no ocurridos, atribuibles a las usuarias activas de métodos anticonceptivos.

Invertir en acciones de planificación familiar permite mejorar la salud de la población derechohabiente y, a la vez, coadyuvar a preservar las finanzas del Instituto, es decir, la relación costo-beneficio es positiva. El número de usuarios activos de métodos anticonceptivos en el IMSS se incrementó durante 2008 en 126,576 usuarios. Se estima que aproximadamente 80 por ciento de las usuarias pudieron haber quedado embarazadas y tener un parto de no haberse incorporado a este Programa. Dicho resultado evitó un gasto institucional de 3,715.3 millones de pesos, como se detalla en el cuadro II.14. Esta cifra, comparada con el costo de 740 millones de pesos del Programa de Planificación Familiar (246 millones en la compra anual de anticonceptivos, 69 millones de las estrategias de programas especiales y alrededor de 425 millones de gastos de personal), nos da un ahorro potencial de 5.02 pesos por cada peso invertido.

Cuadro II.14.
Estimación de Costos No Realizados por el IMSS Ante Partos Evitados Atribuibles al Aumento
Durante 2008 del Uso de Métodos Anticonceptivos
Entre la Derechohabencia del IMSS*

Atenciones no efectuadas	Costos evitados** (millones)
587,314 Consultas prenatales	340.4
708,827 Análisis de laboratorio	48.2
101,261 Atenciones de parto	2,341.1
101,261 Atenciones puerperales	58.7
Subtotal ahorrado en la atención materna	2,788.4
105,682 Atenciones de recién nacido	926.9
Total ahorrado	3,715.3

* Acciones realizadas por el personal de la Coordinación de Programas Integrados de Salud.

** Para su cálculo se utilizaron los costos unitarios institucionales 2008, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 26 de marzo de 2008.

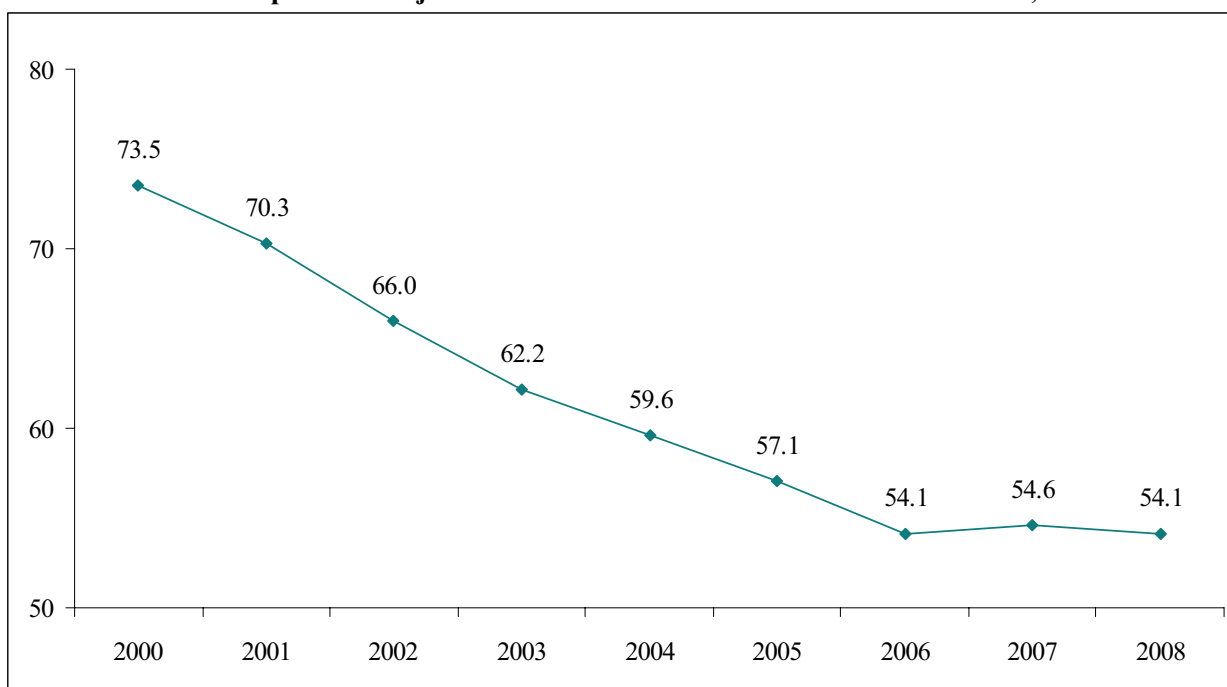
Fuente: IMSS.

Algunos resultados obtenidos en 2008 fueron:

- El indicador de cobertura de protección anticonceptiva postparto y transcesárea tuvo un logro de 78.7 por ciento, cifra superior a 77 reportado en 2007.
- La cobertura de protección anticonceptiva postaborto fue de 81.3 por ciento, cifra ligeramente superior a la reportada en 2007, de 79.1 por ciento.

- La tasa de partos se ubicó en 54.1 por ciento, cifra inferior a la registrada el año anterior, que fue de 54.6 por ciento. En la gráfica II.33 se presenta la tendencia descendente de este indicador en los últimos 7 años, lo que muestra el impacto favorable en la reducción de la fecundidad de la población derechohabiente ante las acciones atribuibles a la protección anticonceptiva.

Gráfica II.33.
Tasa de Partos por Mil Mujeres en Edad Fértil Adscritas a Médico Familiar, 2000-2008



Fuente: IMSS.

Con el propósito de acercar los servicios de Planificación Familiar a la población, además de otorgarlos en todas las unidades médicas de los tres niveles de atención, se dispuso de 237 módulos de planificación familiar en igual número de unidades médicas, 186 servicios vespertinos y 33 módulos quirúrgicos que realizaron procedimientos anticonceptivos definitivos.

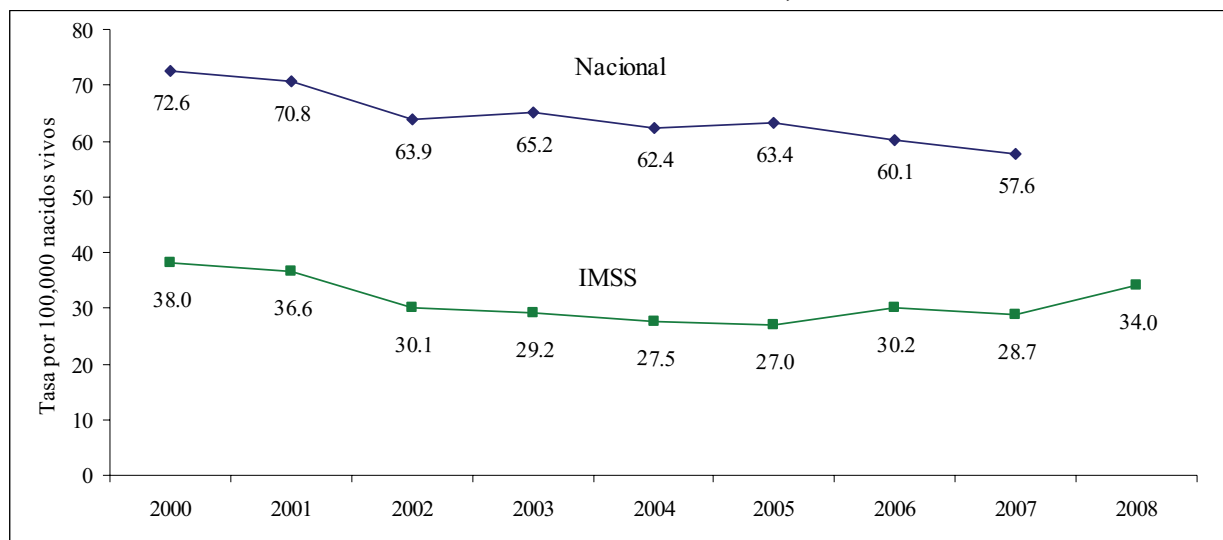
La organización y funcionamiento de estos servicios propició que la población derechohabiente y no derechohabiente sea informada de los productos anticonceptivos que proporciona el IMSS y, con absoluto apego a la decisión de la pareja, se les otorgue, aplique o realice un método anticonceptivo idóneo que contribuya a evitar los embarazos en condiciones de riesgo reproductivo, con lo cual se incrementa el nivel de salud de estas pacientes.

II.4.3.2. Salud materna

Las condiciones biológicas, psicológicas, culturales y sociales que rodean el evento fisiológico de la reproducción pueden representar un riesgo para la salud de la madre, del feto o del recién nacido, que al no detectarse y tratarse oportuna y adecuadamente ponen en riesgo la salud e incluso la vida de ambos.

La mortalidad materna en México y en el IMSS muestran, en el periodo 2000-2007, una tendencia descendente, en la que el Instituto, en 2007, mantiene una tasa de mortalidad por 100,000 nacidos vivos, aproximadamente 50 por ciento inferior a la reportada a nivel nacional, como se muestra en la gráfica II.34.

Gráfica II.34.
Tendencia de la Mortalidad Materna, 2000-2008



Fuente: Secretaría de Salud e IMSS.

Los esfuerzos realizados por el IMSS en esta materia, durante los últimos ocho años, han dado como resultado una disminución de 10.5 por ciento en la tasa de muerte materna hospitalaria por 100,000 nacidos vivos, alcanzando así, en 2008, una tasa de 34. Sin embargo, esta disminución muestra dos fases: en el periodo 2000-2005 presenta un comportamiento descendente, con una reducción en su tasa de 28.9 por ciento, y a partir de 2006 se registra un repunte. Cuadro II.15.

Cuadro II.15.
Tendencia en la Mortalidad Materna, IMSS

Año	Defunciones maternas	Nacidos vivos	Tasa ^{1/}
2000	247	649,184	38.0
2001	230	627,916	36.6
2002	181	600,428	30.1
2003	168	575,459	29.2
2004	153	555,960	27.5
2005	144	532,585	27.0
2006	158	523,846	30.2
2007	151	525,474	28.7
2008	173	508,096	34.0

^{1/} Por 100,000 nacidos vivos.

Fuente: IMSS con datos de los Comités Interinstitucionales de Estudios en Mortalidad Materna.

A pesar de que la mortalidad materna ha disminuido en el Instituto, los resultados del análisis epidemiológico revelan que la atención de una mujer en la etapa grávido puerperal continúa siendo un problema de salud pública. De las muertes ocurridas en 2008, 50.3 por ciento fueron ocasionadas por la preeclampsia-eclampsia, la hemorragia obstétrica y las complicaciones del aborto. Por grupos de edad, el riesgo de muerte es más alto en el grupo de 35 y más años, con una tasa de 79.3 por 100,000 nacidos vivos; mientras que en los grupos de 20 a 34 años y menores de 20, la tasa es de 29.5 y de 21 por 100,000 nacidos vivos, respectivamente.

La mortalidad materna es uno de los indicadores que permite evaluar la desigualdad en la cobertura y la calidad de la atención a la salud, así como aspectos socioeconómicos de la población entre los que se incluye la inequidad entre los géneros.

La atención de la mujer durante la etapa grávido puerperal y de los recién nacidos, con o sin complicaciones, por su magnitud y trascendencia, continúan representando una alta proporción de los recursos destinados a la atención a la salud.

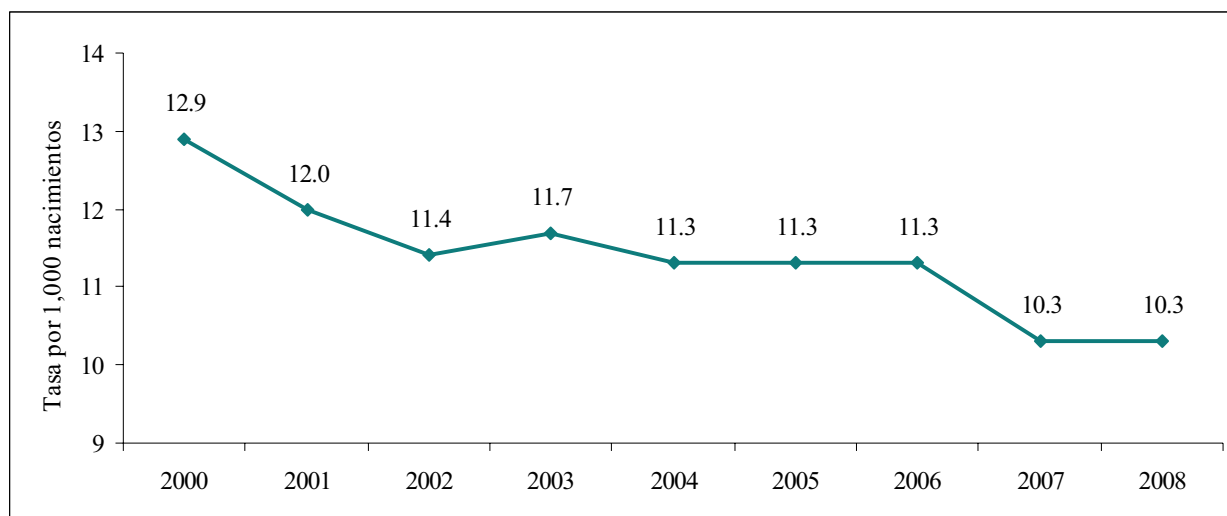
II.4.3.3. Salud perinatal

La mortalidad perinatal I, la cual comprende las muertes acaecidas entre las 28 semanas de gestación hasta antes de los siete días de vida extrauterina, se reconoce internacionalmente como un indicador de impacto de gran sensibilidad, que incorpora la calidad de la atención durante la

gestación y el parto, la atención del recién nacido, así como las condiciones socioeconómicas y el nivel de acceso a los servicios de salud.

Las múltiples acciones que se realizan para mejorar la atención de las nuevas generaciones han permitido disminuir la tasa de muerte perinatal I. En el periodo 2000-2008 disminuyó el número de fallecimientos en 35.7 por ciento, lo cual equivale a una disminución de 3,192 defunciones. Lo anterior se traduce en la disminución de la tasa de 12.9 a 10.3 por 1,000 nacimientos en 2008. La tasa reportada en 2008 es similar a la de 2007 y sensiblemente menor a la obtenida en los tres años anteriores (2004, 2005, 2006), como se muestra en la gráfica II.35.

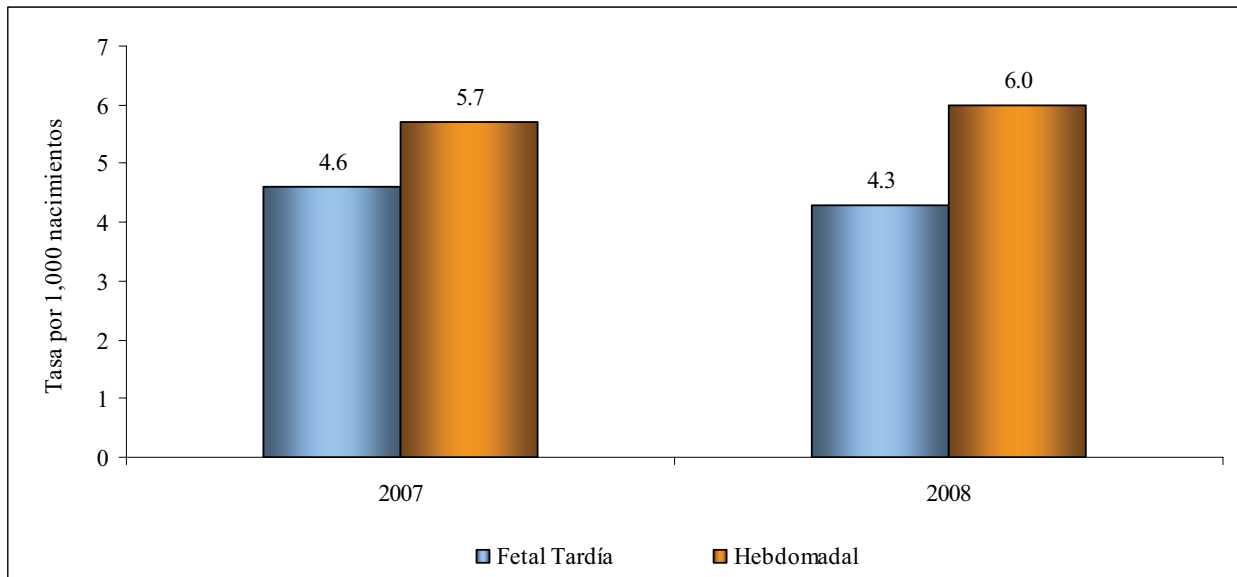
Gráfica II.35.
Tendencia de la Mortalidad Perinatal, IMSS,
2000-2008



Fuente: IMSS.

Cuando se analizan los componentes de la mortalidad perinatal en 2008, la tasa de muerte fetal tardía (28 semanas de gestación y más de vida intrauterina) disminuyó en 6.5 por ciento y la neonatal temprana (recién nacidos que fallecen en la primera semana de vida) tuvo un ligero incremento de 5.3 por ciento, en relación con el año anterior, como se muestra en la gráfica II.36.

Gráfica II.36.
Mortalidad Fetal Tardía y Hebdomadal, IMSS,
2007-2008



Fuente: IMSS.

Es evidente que en las últimas décadas la mortalidad infantil también ha disminuido, tanto a nivel nacional como entre la derechohabiente del Instituto. Entre los factores que se relacionan con esta disminución destacan: las intervenciones del personal de salud dirigidas a la modificación de la historia natural de las enfermedades diarreicas y respiratorias; la alta cobertura en los esquemas completos de vacunación de acuerdo con la edad, así como las actividades de comunicación educativa dirigidas a los familiares para mejorar la nutrición, el crecimiento y el desarrollo psicomotor del menor. Sin embargo, continúa la concentración de muertes infantiles alrededor de la primera semana de vida, de tal manera que la mortalidad hebdomadal representó en 2008, 50.8 por ciento de la mortalidad infantil, como se observa en el cuadro II.16. Las principales causas de estas muertes están relacionadas con las complicaciones alrededor del periodo perinatal como el parto pretérmino, la hipoxia in útero durante el trabajo de parto, el parto y la asfixia al nacimiento, así como las relacionadas con las malformaciones congénitas y las alteraciones cromosómicas.

Cuadro II.16.**Proporción de las Defunciones Hebdomadales con Relación al Total de Infantiles, IMSS, 2008**

Defunciones Hebdomadales	Defunciones Infantiles	Proporción
3,039	5,980	50.8

Fuente: IMSS.

A pesar de los esfuerzos realizados para disminuir la mortalidad perinatal I e infantil, los resultados aún no son del todo satisfactorios, sobre todo si se toma en cuenta que la mayoría de los riesgos que condicionan la mortalidad perinatal son prevenibles y pueden ser detectados y tratados oportunamente durante el embarazo, trabajo de parto, parto y, en su caso, la atención al recién nacido. Además, la prematurez y las complicaciones que se derivan de ella, sobre todo la asfixia al nacer, están presentes en más de 90 por ciento de los casos de muerte perinatal y representa un problema de salud pública por las posibles secuelas que padecerá el recién nacido con complicaciones que logró sobrevivir, lo que probablemente incrementará a corto, mediano y largo plazos los costos de la atención médica, así como el impacto social y familiar por la posible discapacidad.

En el IMSS, la atención que se otorga al recién nacido en estado crítico se realiza con el empleo de equipo médico de alta tecnología ubicado en los hospitales de segundo y tercer niveles de atención; se cuenta con 37 Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en las que se dispone de 259 camas autorizadas y 33 no autorizadas. Se estima que existe un déficit de 92 camas necesarias para otorgar la atención con calidad al neonato en estado crítico.

Para coadyuvar a mejorar la calidad de la atención neonatal se han instrumentado varias acciones como la actualización y difusión de la normatividad vigente dentro del Instituto, la capacitación continua en reanimación básica del recién nacido, dirigida al personal que está directamente involucrado en la atención de los neonatos, la actualización de los instrumentos de supervisión y evaluación de la atención neonatal hospitalaria, así como la elaboración anual del análisis epidemiológico de la mortalidad perinatal hospitalaria que incluye la causalidad.

II.4.3.4. Climaterio y menopausia

El climaterio al igual que la pubertad son periodos de transición, ambos se consideran etapas fisiológicas de la vida de una mujer. Dicho periodo de transición, debido a su propia naturaleza, corresponde a una etapa de carácter involutivo, durante la cual se pierde la capacidad reproductora y tiene lugar el síndrome climatérico, consecuencia directa de la disminución progresiva de la función ovárica que tiene efectos negativos en todos los sistemas en los que produce efectos beneficiosos. Así, la disminución de los estrógenos altera: los tejidos de la mama y de la estática pélvica que se caracteriza por atrofia urogenital, el sistema arterial, el gasto cardiaco, las concentraciones lípidas en la sangre (incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovasculares), se pierde el equilibrio entre la masa ósea y su renovación, entre otros.

Por lo anterior, es indiscutible la trascendencia que adquiere privilegiar las intervenciones médicas y preventivas que permitan restablecer el bienestar físico y mental de las mujeres con síndrome climatérico y, por consiguiente, su calidad de vida, aprovechando los avances técnicos y científicos en esta materia.

El climaterio se ha convertido en la actualidad en un problema social y de salud pública por su magnitud y trascendencia, originado por el incremento en la esperanza de vida en todo el mundo. Tal comportamiento demográfico ha traído como consecuencia que cada vez un mayor número de mujeres alcance esta etapa de la vida.

Tomando en cuenta que la edad promedio de inicio de la etapa climatérica es a los 45 años, el número de mujeres que llegarán y vivirán aproximadamente 30 años o más en etapa climatérica, se ha incrementado exponencialmente al aumentar la esperanza de vida de las mujeres hasta los 80 años.

En el IMSS, el universo de mujeres derechohabientes de 45 años y más, adscritas a médico familiar para el año 1991, fue de 2'439,209, lo cual representó 19.7 por ciento del total de la población derechohabiente femenina. Para 2006 se contabilizaron 5'646,842, lo cual corresponde a 29.6 de todas las mujeres derechohabientes. En términos absolutos, esta población aumentó 131 por ciento en un lapso de 15 años.

En 2008 el IMSS otorgó más de 383 mil consultas por climaterio y menopausia, de un total de 2'956,000 derechohabientes mujeres de 45 a 59 años.

La evaluación de la atención al climaterio se realiza periódica y sistemáticamente en todos los niveles directivos, a través del comportamiento de las consultas de primera vez y subsecuentes por esta causa.

Entre los principales retos de la atención a las mujeres en climaterio se encuentra la capacitación permanente del personal médico de nuevo ingreso. Lo anterior implica un cambio en la concepción de la atención para promover la equidad de género y lograr que el personal médico, ante la presencia de síntomas vasomotores, menstruales y psicológicos no los atribuya a trastornos emocionales primarios o calificados como “síntomas normales” que las mujeres tienen que padecer por su condición de mujer.

Además, se deberán impulsar las actividades de comunicación educativa a la población que permitan la participación corresponsable de las y los derechohabientes en el cuidado de la salud individual y familiar, lo que incluye la solicitud de consultas médicas por esta causa, la asistencia periódica para su atención y los cambios favorables en el estilo de vida.

La atención de la mujer en cualquier etapa de su vida ha sido una prioridad del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que desde el punto de vista demográfico, social y de salud, la atención de las mujeres en climaterio no ha sido la excepción. En el Instituto se continuó durante 2007 con la modernización del módulo de atención al climaterio y menopausia, del expediente clínico electrónico del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF), con el propósito de sistematizar y facilitar la atención y seguimiento de estas pacientes, a fin de mejorar su calidad de vida.

II.4.4. Acciones frente a los retos del futuro

II.4.4.1. Plan gerontológico

El cambio en el perfil demográfico y epidemiológico de la población derechohabiente del IMSS, traducido como un incremento en la expectativa de vida y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor, es quizás el reto futuro más importante que enfrentará el Instituto, ya que se verá reflejado en una demanda creciente de la población adulta mayor por servicios de salud de mayor complejidad y, en consecuencia, más costosos. Lo anterior ha motivado el establecimiento de políticas de atención social a la salud para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores, mediante el reforzamiento de los servicios

actuales y la implementación de modelos innovadores de atención a la salud, con una perspectiva social y a un costo aceptable para la institución y la sociedad.

Como parte de las acciones para enfrentar este reto, el H. Consejo Técnico autorizó el Plan Gerontológico Institucional 2006-2025. El Plan Gerontológico Institucional tiene como estrategia básica la integración de los siguientes programas: Programa de Envejecimiento Activo, Programa de Envejecimiento Saludable, Programa de Envejecimiento en Casa y Atención a la Dependencia.

Con relación al Plan Gerontológico se tienen los siguientes avances:

1. Fortalecimiento de los actuales programas de atención al adulto mayor y creación de nuevos servicios de atención social a la salud:

- Envejecimiento Saludable.
- Envejecimiento Activo:
 - a) Se conformó la Norma para Operar los Programas de: Envejecimiento Activo, Institucional sobre la Discapacidad y su Prevención, y Capacitación a Personas Rehabilitadas.
 - b) Se elaboró el Procedimiento para el Desarrollo del Programa de Envejecimiento Activo.
 - c) Se emitió la Guía Didáctica de Formación de Acompañantes Generacionales e Intergeneracionales y Promotores de Apoyo Gerontológico.
 - d) Se concluyó y entregó obra del Centro de Estudios y Atención Gerontológica de la Unidad Morelos (CEAGE), de la Delegación Norte del D. F., en espera de iniciar su operación en fase piloto, en el periodo de julio a diciembre de 2009.
 - e) Se tiene un avance de 80 por ciento del equipamiento del CEAGE; se elaboró el Manual de Organización y se gestionó el registro de la estructura orgánica. Se ha gestionado la plantilla de personal (16 plazas) para operar la fase piloto, así como la de la plantilla definitiva.
 - f) Se elaboró el Procedimiento de Referencia, Permanencia y Contrarreferencia del CEAGE.

2. Fortalecimiento de la capacidad institucional y social:

- Capacitación de personal de salud:

a) Se capacitó al personal de Prestaciones Sociales de las 35 Delegaciones; de manera presencial se formaron 199 instructores de Promotores de Apoyo Gerontológico, y obtuvieron diploma en gerontología 87 trabajadores sociales y orientadores técnico-médicos. En la modalidad *on line* se otorgó el diploma en gerontología a 83 personas. Mediante la herramienta *WEB*-Emisor se brindó el curso de Promotores de Apoyo Gerontológico a 447 trabajadores.

b) Se capacitó al personal de Prestaciones Médicas.

- Formación de capital social con agentes comunitarios:

a) Se formaron 568 Cuidadores de Adultos Mayores y 2,511 Promotores de Apoyo Gerontológico.

3. Conducción de estudios de investigación en servicios de salud para evaluar modelos innovadores de atención social en salud:

- Se condujeron a nivel nacional 16 estudios de investigación social en materia gerontológica para medir el impacto de los servicios otorgados a los adultos mayores.

II.4.4.2. Programa Institucional de Trasplantes

Con la creación de la Red Institucional de Donación, a la fecha se cuenta con 40 Unidades Médicas Hospitalarias que han obtenido la licencia sanitaria para la disposición de órganos y tejidos en la modalidad de procuración.

Asimismo, con la implementación del Manual para la Obtención de Órganos y Tejidos de Donador Cadavérico con Fines de Trasplante –primer documento normativo en la materia, no sólo a nivel institucional, sino, incluso, a nivel sectorial–, actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con un sistema de registro de la información que permite conocer de manera transparente y confiable el origen y destino de los órganos y tejidos procedentes de una donación cadavérica, en apego a los lineamientos emitidos por el Centro Nacional de Trasplantes.

Con las donaciones cadavéricas de órganos y tejidos, en 2008 se obtuvieron: cuatro corazones, 16 hígados, 157 riñones y 362 córneas. Con estas actividades, el año pasado se alcanzó una tasa de 4.8 donaciones por millón de derechohabientes.

Se continúan realizando los estudios de biología molecular como parte importante del Programa de Trasplantes; entre los más relevantes figuran: i) las pruebas cruzadas, ii) pruebas de histocompatibilidad, iii) cuantificación de ácidos nucleicos virales, para hepatitis B, C, VIH y citomegalovirus; y, iv) determinación de niveles sanguíneos de inmunosupresores de los pacientes receptores de órganos o tejidos.

Durante 2008 se realizaron 1,093 trasplantes renales, cifra que representa cerca de la mitad de la productividad total de trasplantes renales a nivel nacional y se realizaron ocho trasplantes de corazón. La productividad en trasplante hepático fue de 23 procedimientos, en córneas de 456 y 92 de médula ósea.

Estos resultados se consideran aún insuficientes para satisfacer las necesidades de atención médica de la población derechohabiente, ya que el número de pacientes que se encuentran en espera de un órgano o tejido es cada vez mayor, debido, fundamentalmente, a la transición epidemiológica. Por lo anterior, la línea estrategia del Instituto está encaminada al fortalecimiento de los Programas de Donación y Trasplantes existentes en los hospitales de segundo y tercer niveles de atención, así como aumentar el número de hospitales sedes del Programa.

II.4.4.3. Fortalecimiento del tercer nivel de atención: Unidades Médicas de Alta Especialidad

Como parte del esfuerzo de reorganización mencionado en informes anteriores y para lograr la modernización administrativa y la eficiencia en la prestación de servicios de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se impulsó la desconcentración de los servicios.

Como primera acción, los hospitales de tercer nivel se transformaron al concepto de Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE). En este nuevo concepto, los hospitales tienen autonomía de gestión en los aspectos técnicos, administrativos y presupuestarios, sujetos a las disposiciones jurídicas y a la normatividad institucional aplicable.

Los criterios que se determinaron para definir como UMAE a un hospital de tercer nivel fueron: atender principalmente a pacientes con padecimientos de alta complejidad; contar con equipamiento de alta tecnología en un nivel superior a 90 por ciento; desarrollar actividades de

educación en salud en el nivel de posgrado; realizar investigación en salud y tener una cobertura de plazas superior a 93 por ciento.

A la fecha, están autorizadas por el H. Consejo Técnico 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad, que cuentan con la suficiente estructura médico administrativa para operar sus presupuestos y consolidar el proceso de desconcentración. Las UMAE se localizan en las diversas zonas metropolitanas del país³⁰.

Los avances en la consolidación de las UMAE han sido satisfactorios. Actualmente las UMAE tienen constituida una Junta de Gobierno, integrada por representantes gubernamentales, obreros y patronales. Están constituidos los Comités de Adquisiciones y de Presupuestación Financiera en las 25 UMAE y cuentan con la autorización de la Secretaría de la Función Pública como Unidades Compradoras.

II.5. Cobertura Universal en Salud en 2010

El Artículo octavo transitorio de la Ley General de Salud (LGS) establece que para 2010 se deberá alcanzar 100 por ciento de cobertura de aquellas familias susceptibles a ser incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular³¹. Además, el mismo artículo establece que con propósito de complemento y de apoyo recíproco se delimitarán los universos de los usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios.

Por otro lado, la nueva Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) sienta las bases para converger hacia un sistema nacional de seguridad social que otorga plena portabilidad de los servicios y derechos de la seguridad social al trabajador, entre el ISSSTE y el IMSS, a través de la cuenta individual³². En este sentido, desde la perspectiva del individuo, se brinda una mayor certidumbre y flexibilidad laboral. Además, el IMSS y el ISSSTE reconocerán los años de servicio de un trabajador recíprocamente para

³⁰ La ubicación y tipo de hospital se detalla en el capítulo X.

³¹ La Ley General de Salud en su Artículo 77 bis 1 establece que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección en Salud de conformidad con el Artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El Artículo 77 bis 3 establece que las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro tipo de mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio.....”

³² Para los trabajadores de nuevo ingreso y para los que acepten el bono en el caso del ISSSTE.

acceder a los servicios de salud como pensionados por el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez. Lo anterior permitirá acceder a un mayor número de pensionados y sus familias a los servicios de salud proporcionados por la seguridad social.

Actualmente, el país cuenta con un sistema de salud fragmentado en diversas instituciones, principalmente de tres tipos: i) aquellas de seguridad social que como ya se mencionó están ligadas a la relación laboral y en las cuales el trabajador y patrón cotizan en forma obligatoria. En estos casos no se ofrece un paquete definido de servicios de salud³³; ii) seguridad privada, en la cual cada individuo paga una prima individual a una aseguradora privada, de acuerdo con su perfil de riesgos y con un paquete definido de servicios de salud³⁴; y, iii) el Seguro Popular, que es financiado casi en su totalidad con recursos fiscales y están ligados principalmente a trabajadores por cuenta propia y a trabajadores asalariados domésticos que no están obligados a afiliarse a la seguridad social, así como a la población asalariada sin cobertura que trabaja principalmente en el sector informal de la economía³⁵. En este caso, existe un paquete definido de servicios de salud a los cuales los individuos tienen derecho³⁶.

Es decir, el sistema de salud en México está fragmentado no sólo por institución, sino, también, por el grado de cobertura.

En esta sección se presentan primero algunos indicadores de eficiencia del sector salud y se esbozan tres **principios estratégicos** que el IMSS, al ser un factor fundamental en el sistema, estima permitirán coadyuvar en los esfuerzos para preparar el sistema de salud no sólo hacia la cobertura universal, sino, incluso, hacia la creciente igualación de la calidad en la cobertura de los servicios y de la eficiencia financiera y sustantiva del sistema.

Por último, se mencionan algunos retos que se han detectado en el proceso de ajuste entre el IMSS y el Seguro Popular y sus posibles efectos sobre la ponderación de riesgos del Instituto.

³³ Por lo menos no se establece en la LSS y en la Ley del ISSSTE en forma explícita.

³⁴ En el caso del IMSS existe el Seguro de Salud para la Familia el cual el individuo puede elegir pagar para afiliarse.

³⁵ De acuerdo con la definición del INEGI que se ha manejado para informalidad, en este grupo de individuos asegurados bajo “otros de cobertura universal” se encontrarían, además, trabajadores del campo asalariados que trabajan en negocios no constituidos en sociedad.

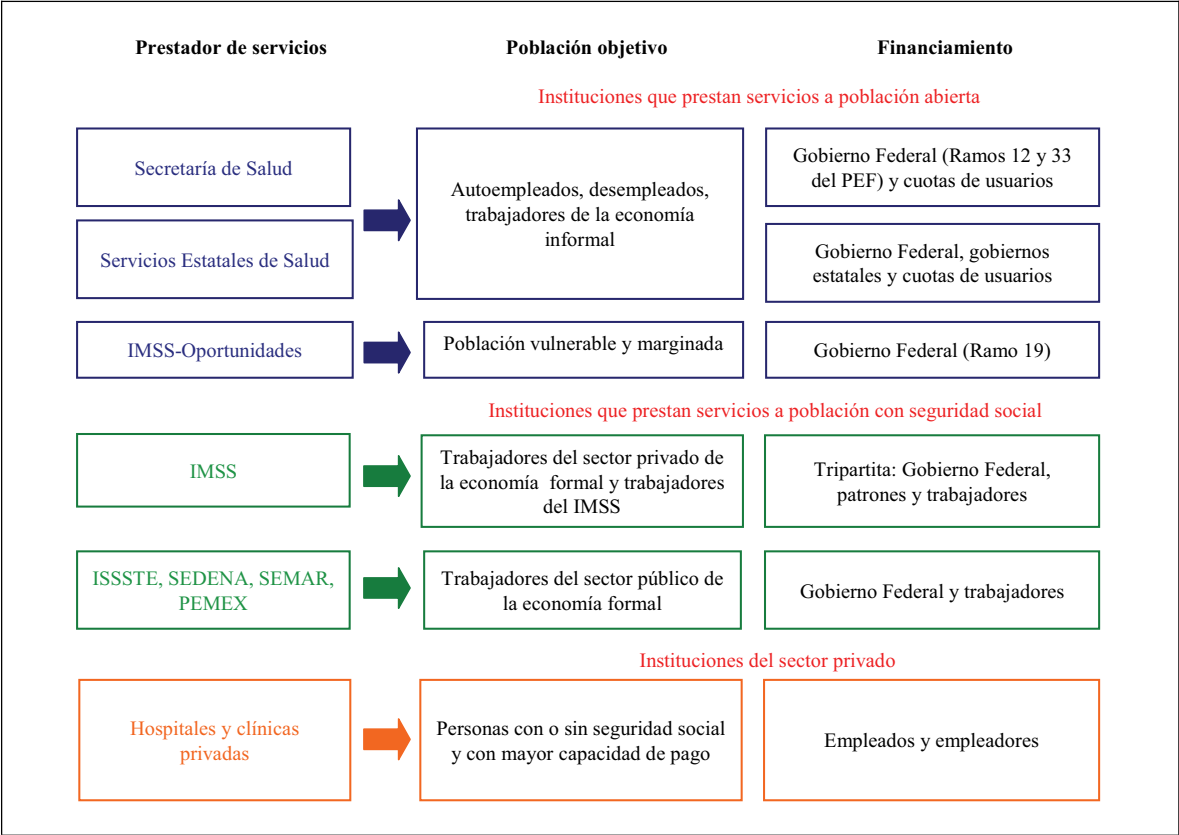
³⁶ Dentro de esta categoría está IMSS-Oportunidades. Su relación con el Seguro Popular se detalla en el capítulo XII.

II.5.1. Oportunidades de coordinación entre esquemas de salud hacia la cobertura universal

Eficiencia del sistema

El sistema de salud en México se compone de una **diversidad** de instituciones, en las cuales se prestan servicios de salud, a través de su propia infraestructura médica, a un universo de usuarios determinado por diversas características, principalmente la condición laboral, como se muestra en el cuadro II.17.

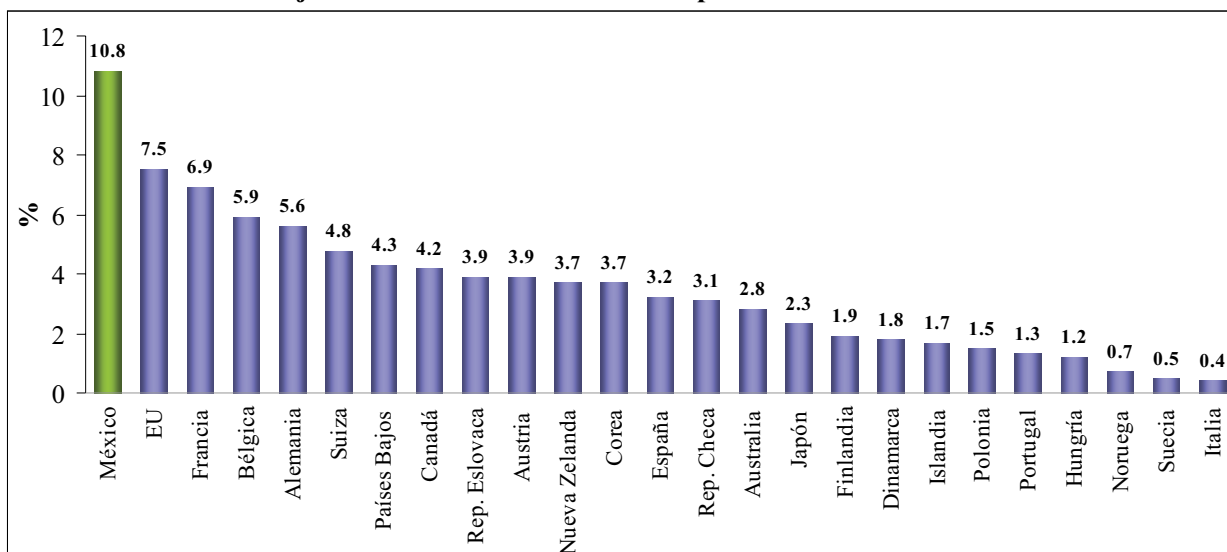
Cuadro II.17.
Sistema Nacional de Salud



Fuente: IMSS.

Lo anterior resulta, en algunas ocasiones, en **redundancia** de servicios e **intersección en los universos** de cobertura, lo cual genera ineficiencia social en el actual sistema de salud, dando como resultado altos costos administrativos si se compara con otros países de la OCDE. En este sentido, como se observa en la gráfica II.37, México es el país que más recursos destina a la administración de su sistema de salud, en relación con el gasto total en salud.

Gráfica II.37.
Porcentaje del Gasto Administrativo Respecto al Gasto Total en Salud



Nota: El gasto administrativo incluye el gasto de planeación, administración, regulación y recolección de recursos de las aseguradoras privadas y la seguridad social, así como autoridades locales y federales.
 Fuente: OCDE, 2007.

La experiencia internacional muestra que, sin aumentar desproporcionalmente el gasto en salud, es posible modificar los indicadores en salud, siempre que ello se haga con **eficiencia**. Por ejemplo, en el caso de Corea, que en 1990 se encontraba en una situación similar a la de México, en relación con la esperanza de vida de su población, logró aumentar para 2005 este indicador en siete años, mientras que en México aumentó en cuatro años. Como se puede ver en la gráfica II.37, el gasto administrativo de Corea como proporción del total es 66 por ciento menor que el de México.

Tres principios estratégicos

El esfuerzo del Instituto, al ser un factor fundamental en el sistema de salud, se concentra en tres **principios estratégicos** que permitan coadyuvar en los esfuerzos para preparar al sistema de salud no sólo hacia la cobertura universal, sino, incluso, hacia la **creciente** igualación de la calidad en la cobertura de los servicios y de la eficiencia financiera y sustantiva del sistema.

1. Separar el financiamiento y la provisión en cada institución del Sector

Es indispensable que todos los participantes del sistema de salud puedan separar el financiamiento de la provisión de los servicios. Como se mencionó anteriormente, el caso del

IMSS se encuentra ya en una transformación –gradual y efectiva– de sus procesos y estructura organizacional para separar el financiamiento de la provisión de los servicios. Lo anterior permitirá dotar de mejor capacidad resolutive y de gestión a las diferentes líneas de servicio. En este caso en especial, a la de provisión de servicios de salud.

Es requisito indispensable, dentro del proceso de separación financiamiento-provisión de servicios, contar con estimaciones precisas del costo de operación desagregado por tipo de servicio médico. En el caso del IMSS, se cuenta ya con una primera aproximación del costo por egreso hospitalario a nivel nacional, a través del costeo de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), método estándar a nivel internacional. Asimismo, se están evaluando diversas metodologías para costear los servicios médicos ambulatorios de primero y segundo niveles de atención.

Cada institución participante en el sistema de salud deberá, a través de la metodología que juzguen más apropiada dentro de su contexto, estimar los costos de cada uno de los servicios médicos ofrecidos.

2. Portabilidad

El sector salud debe guiar su estrategia partiendo siempre del interés de la persona (derechohabiente). Por eso, la portabilidad de su cobertura debe ser el eje de coordinación entre instituciones del sector salud.

La Ley del ISSSTE es un primer paso en este sentido, ya que implica una aproximación hacia un sistema nacional de seguridad social con portabilidad de derechos. En el caso particular de la cobertura de servicios de salud a través de la seguridad social, la portabilidad permitirá en el futuro que un mayor número de pensionados por el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez accedan a ella. En específico, el Artículo 142 de la Ley del ISSSTE establece que la asistencia médica a que tienen derecho los pensionados por el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez que hayan cotizado al ISSSTE y al IMSS será prestada, siempre y cuando hubieren cotizado cuando menos durante quince años en alguna de estas dos entidades o veinticuatro años en conjunto, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 141 de la misma Ley. Este último Artículo, el 141, establece que los trabajadores que hubieren cotizado al ISSSTE y que por virtud de una nueva relación laboral se inscriban al IMSS, podrán transferir a este último los derechos de los años de cotización al Instituto. De la misma manera, los trabajadores inscritos en el IMSS que inicien una relación laboral que los sujete al régimen de la Ley del ISSSTE

podrán transferir al Instituto los derechos de sus semanas de cotización. La asistencia médica deberá ser prestada por aquel Instituto en el que el pensionado hubiere cotizado durante mayor tiempo. El Instituto donde hubiere cotizado por menor tiempo el pensionado deberá transferir las reservas actuariales correspondientes al seguro de salud, a aquél que prestará el servicio de salud, de conformidad con los lineamientos que al efecto acuerden el ISSSTE y el IMSS (Artículo 142 de la Ley del ISSSTE).

3. Convergencia

Uno de los problemas más graves del sistema de salud, como se señaló anteriormente, es el alto costo de administrar los servicios, lo cual es, en parte, consecuencia de la diversidad y descentralización que se tiene, lo que resulta en un sistema de salud vertical, en el cual el comprador y el prestador del servicio es la misma institución.

Es en este punto donde existe una de las mayores oportunidades de coordinación, convergencia y ganancia en eficiencia, que se puede lograr en el sistema de salud mediante la creación de un mercado de servicios que permita contratar los servicios de los proveedores más eficientes.

La distribución geográfica de la población usuaria de cada institución, la infraestructura con que cuente para prestar servicios de salud cada una de ellas a través del país, así como el grado de uso de las mismas en cada región, delimitará, entre otros factores, las necesidades de compra y venta de servicios a prestadores de servicios externos a cada institución. Por ejemplo, durante 2008 la ocupación hospitalaria de segundo nivel en Zacatecas fue de 100 por ciento (posible comprador), mientras que en Coahuila fue de 84 por ciento (posible vendedor). La Ley General de Salud deja claro que las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios.

Un reto importante de la cobertura universal en salud, más allá de lograr que todos los mexicanos estén cubiertos bajo algún esquema de protección, será buscar la forma más eficiente de manejar los recursos destinados para prestar los servicios de salud en el futuro. En el caso del IMSS, como se menciona en este Informe, se trabaja constantemente y en todos los ámbitos posibles para encontrar mecanismos financieros que permitan estar en condiciones de cubrir la demanda de servicios con índices de la más alta calidad, ya que de ello dependerá que alrededor de 50 por ciento de la población tenga realmente acceso al servicio de salud requerido.

El sistema de salud ganará eficiencia a través de una integración horizontal entre “comprador” y “vendedor” de servicios de salud, sin importar las siglas de la entidad. Lo anterior no sólo significaría comprar al mejor precio y ser más eficientes para poder vender los servicios en el mercado, sino especializarse en aquellos servicios donde se tengan ventajas comparativas.

En vista de lo anterior, es indispensable que cada participante en el sistema de salud universal que resulte en los próximos años, deberá tener muy claro los costos de cada uno de los servicios de salud que produce a través de sus hospitales y unidades médicas, de forma que esté en posibilidad de fijar una política de precios, de acuerdo con el mercado que se estaría constituyendo, de darse esta **convergencia** de los sistemas de servicios de salud a través de la compra y venta de los mismos. Además, es importante revisar y analizar la posible existencia de incentivos que distorsionen las decisiones de los individuos en la elección de la entidad por la que estarán cubiertos bajo el sistema de salud universal.

En pocas palabras, converger hacia un sistema universal cada vez más eficiente.

II.5.2. Retos en el proceso de ajuste entre el IMSS y el Seguro Popular, así como efectos sobre la ponderación de riesgos del Instituto

La aparición del Seguro Popular como proveedor de servicios de salud implica un reto para las finanzas del Instituto. En primer lugar, representa competencia en el proceso de afiliación de los trabajadores que actualmente no cuentan con seguridad social y deberían por LSS estar cubiertos. En segundo lugar, la diferencia existente entre el esquema financiero y alcance en la prestación de servicios entre el Seguro Popular y el Instituto, especialmente en las cuotas de contribución y la canasta de servicios, pudieran generar incentivos de que sean las personas jóvenes y con una expectativa menor de uso de servicios de salud –y de pensión– las que opten por afiliarse al Seguro Popular en lugar del IMSS, impactando negativamente la ponderación de riesgos de este último. El efecto anterior estaría presente no sólo entre aquellas personas que estén en busca de un empleo, sino también en aquellos que ya lo tienen y puedan verse incentivados a buscar un trabajo con una mayor remuneración en el sector informal de la economía.

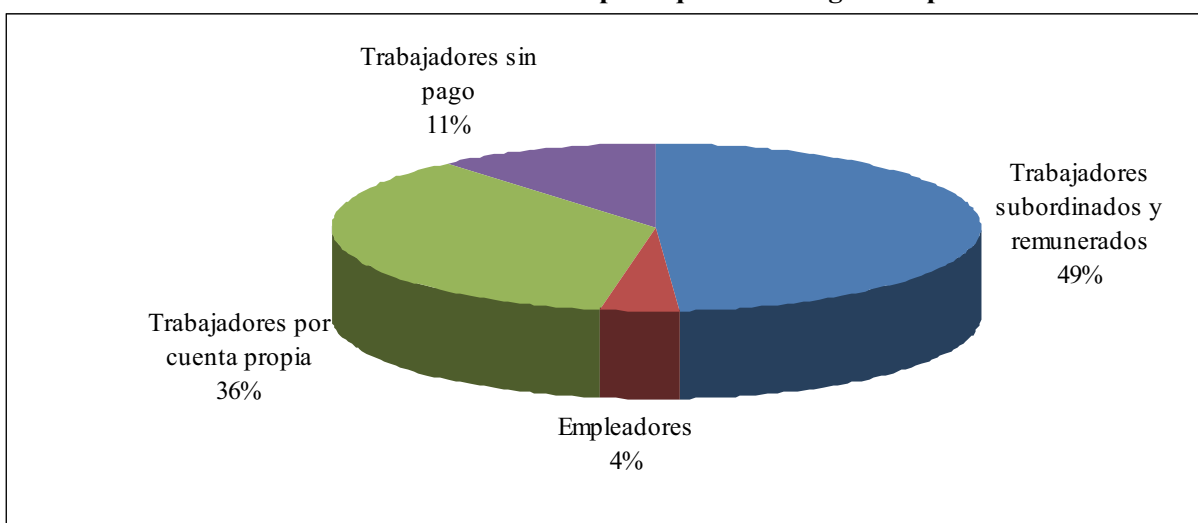
II.5.2.1. Competencia por afiliación de trabajadores

Uno de los retos que enfrenta la seguridad social es la cobertura efectiva de su población objetivo, es decir, todos aquellos trabajadores que legalmente deberían estar afiliados y no lo

están. Como se mencionó en secciones anteriores, 40 por ciento de la población objetivo del Régimen Ordinario del Instituto –principalmente asalariados en el sector privado– no se encuentran afiliados.

Por su parte, la población objetivo del Seguro Popular son todas aquellas personas que no se encuentran cubiertas por la seguridad social o por programas sociales como IMSS-Oportunidades. Es decir, en el caso de la población económicamente activa ocupada (PEA), en su mayoría debería constituirse por trabajadores por cuenta propia (y sus familias), trabajadores domésticos (y sus familias), así como por trabajadores sin pago (y sus familias). Lo anterior no se cumple en la realidad, ya que como se muestra en la gráfica II.38, según datos de la ENOE, 49 por ciento de los trabajadores afiliados al Seguro Popular son subordinados y remunerados.

Gráfica II.38.
Distribución de la PEA Ocupada que Tiene Seguro Popular



Fuente: INEGI, ENOE 2008.

Lo anterior conlleva a que exista un traslape en la población objetivo entre el IMSS y el Seguro Popular. Según datos de la ENOE, 1'518,741 trabajadores que deberían estar afiliados al IMSS declararon no estarlo y sí contar con Seguro Popular. Además, hay 236,541 trabajadores con estas mismas características que declararon una doble cobertura, como se muestra en el cuadro II.18.

Cuadro II.18.
Trabajadores Subordinados y Remunerados que por LSS Deberían
Estar Afiliados al IMSS y Cuentan con Seguro Popular

Cuentan con IMSS	236,541	13.3%
No cuentan con seguridad social	1,518,741	85.7%
Cuentan con otras instituciones	15,382	0.9%
No especificado	1,596	0.1%
Total	1,772,260	

Nota: 830 individuos declararon recibir atención del ISSSTE aun después de restringir de la muestra a los trabajadores de instituciones públicas.

Fuente: INEGI, ENOE 2008.

Cabe mencionar que de los 1'518,741 trabajadores que deberían tener IMSS y no lo tienen pero sí cuentan con Seguro Popular, 566,958 declararon trabajar en el sector informal³⁷, de los cuales 71.5 por ciento realiza su trabajo para un micronegocio sin establecimiento, como se muestra en el cuadro II.19³⁸.

Cuadro II.19.
Trabajadores Subordinados y Remunerados que por LSS Deberían Estar Afiliados al IMSS y
Cuentan con Seguro Popular, por Tamaño de la Unidad Económica

Micronegocios	531,435	93.7%
Sin Establecimiento	405,161	71.5%
Con Establecimiento	126,274	22.3%
Pequeños Establecimientos	23,555	4.2%
Medianos Establecimientos	938	0.2%
Grandes Establecimientos	0	0.0%
Otros Establecimientos	0	0.0%
Sin respuesta	11,030	1.9%
Total	566,958	100.0%

Fuente: INEGI, ENOE 2008.

³⁷ Ver nota al pie 6 para definición del INEGI de sector informal.

³⁸ El INEGI considera un Micronegocio como aquella unidad económica no agropecuaria dedicada a la industria, comercio o servicios, cuyo tamaño no rebasa los límites establecidos a continuación: En la industria de 1 a 15 trabajadores; en el comercio de 1 a 5 trabajadores; en los servicios de 1 a 5 trabajadores; excluye a las instituciones del sector público y los servicios financieros.

II.5.2.2. Incentivos para buscar el Seguro Popular en lugar de la afiliación al IMSS

Como se observa en el cuadro II.20, existe un diferencial positivo entre la cuota que tienen que pagar patrones y trabajadores para estar afiliados al IMSS y la cuota familiar que se cobra por afiliación al Seguro Popular. Lo anterior podría generar incentivos para el patrón y el trabajador para buscar un arreglo que les permita evadir la afiliación al IMSS. El patrón tendría como ventaja un costo menor de nómina, mientras que el trabajador tendría acceso a un mayor salario, manteniendo aún servicios de salud a través del pago al Seguro Popular.

Cuadro II.20.
Diferencial en Cuotas IMSS y SP, 2008

	Cotizantes en el IMSS	Ingreso ^{1/}				Cuota Anual S. P. ^{2/3/}	Aportaciones Anuales IMSS ^{2/}			Diferencia IMSS vs S. P.	IMSS vs. S.P. como % de ingreso anual
		Diario	Mensual	Anual	Veces el SM del D. F.		Patrón	Trabajador	Total		
	(1)			(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)=(7-4)	(9)=(7-4)/2
Total	14,418,890	220	6,700	80,403	4.19	2,834	13,689	2,045	15,735	12,901	16.05
Agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca	385,662	123	3,749	44,987	2.34	714	9,157	1,144	10,301	9,587	21.31
Construcción	1,422,365	175	5,314	63,766	3.32	2,075	11,667	1,622	13,289	11,214	17.59
Comercio	2,992,330	193	5,877	70,526	3.67	2,075	12,489	1,794	14,283	12,208	17.31
Servicios para empresas y personas	3,541,072	222	6,746	80,955	4.22	2,834	13,757	2,059	15,816	12,982	16.04
Industrias de transformación	4,020,476	228	6,930	83,159	4.33	2,834	14,024	2,115	16,140	13,306	16.00
Servicios sociales	983,406	234	7,133	85,590	4.46	2,834	14,320	2,177	16,497	13,663	15.96
Industrias extractivas	97,526	295	8,974	107,689	5.61	3,648	17,006	2,739	19,745	16,098	14.95
Transporte y comunicaciones	803,904	282	8,566	102,788	5.35	3,648	16,411	2,615	19,025	15,377	14.96
Industria eléctrica y suministro de agua potable	172,150	492	14,971	179,653	9.36	7,519	25,754	4,570	30,324	22,805	12.69

^{1/} Corresponde al Salario Base de Cotización Promedio anualizado.

^{2/} Cálculo respecto al ingreso promedio de cada rama.

^{3/} Cuotas vigentes a partir del 1º de abril de 2008, publicadas en el DOF, el 14 de febrero de 2008. Los rangos de ingreso de cada decil fueron calculados con datos de ingresos por trabajo subordinado por hogar, reportados en la ENIGH 2006, actualizados al 2008.

Los cálculos suponen que los trabajadores son únicos proveedores económicos de cada hogar.

Fuente: IMSS.

El incentivo mencionado medido como el diferencial entre el total de aportaciones obrero-patronales al IMSS y la alternativa de pago de la cuota familiar del Seguro Popular, como porcentaje de los ingresos totales del trabajador, depende de la actividad económica en que se desempeñen. De acuerdo con este indicador, el mayor incentivo se presenta en actividades del sector primario, el comercio y la construcción. Asimismo, este incentivo influye de manera diferente en patrones y trabajadores. En el caso de los patrones, se podría esperar que este comportamiento se pudiera presentar con mayor frecuencia en empresas pequeñas y en sectores de actividad económica donde la fiscalización por parte del IMSS sea más complicada. Es decir, aquellos patrones que tengan una mayor probabilidad de ser sancionados por no afiliar a sus trabajadores al IMSS tendrán también un beneficio menor esperado, de llevar a cabo este tipo de acciones.

En el caso de los trabajadores, debido a que el paquete de beneficios ofrecidos por el IMSS (prestaciones económicas y en especie) es superior al del Seguro Popular, se podría esperar que presumiblemente sean los trabajadores jóvenes y sanos los que con mayor probabilidad optarían por dejar al Instituto y afiliarse al Seguro Popular. Lo anterior complicaría aún más la situación actual del Instituto en materia de la distribución de edad de sus afiliados, impactando negativamente las finanzas del Instituto. Asimismo, el nivel relativo de infraestructura existente en la localidad de residencia de los trabajadores sería otro factor importante en la toma de decisiones.

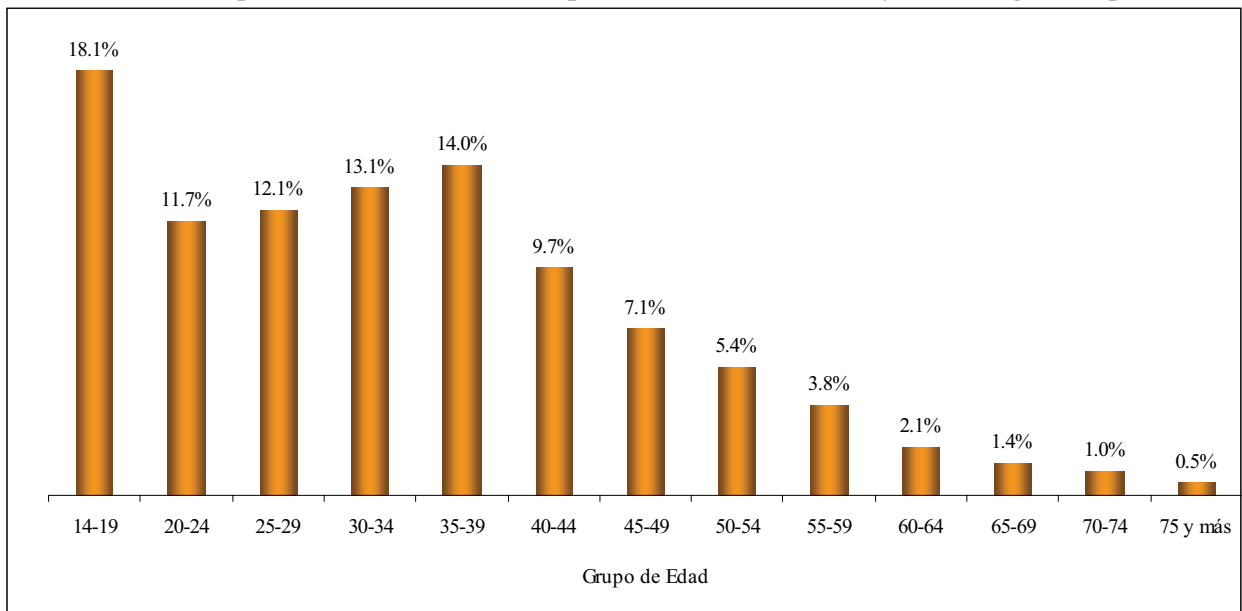
Es importante mencionar que no existe información estadística que permita medir si el incentivo aquí mencionado ha tenido algún efecto sobre la decisión de patrones y trabajadores a afiliarse o no al Instituto.

II.5.2.3. Impacto del Seguro Popular en la ponderación de riesgos del Instituto

Un potencial deterioro en la ponderación de riesgos del Instituto debido a la operación del Seguro Popular representa un riesgo latente para las finanzas del Instituto. Si parte de la población objetivo a afiliarse al IMSS o incluso de los propios trabajadores afiliados perciben al Seguro Popular como una opción más barata de cobertura en salud, especialmente entre aquellos trabajadores jóvenes y sanos que no estén aún interesados por una pensión, se podría ver deteriorada la ponderación de riesgos del Instituto.

La gráfica II.39 muestra cómo 30 por ciento de los trabajadores, que deberían tener IMSS y declararon no tenerlo pero sí tienen Seguro Popular, son menores de 24 años, mientras que casi 70 por ciento son menores de 40 años.

Gráfica II.39.
Distribución por Edad de la Población que Debería Tener IMSS y Tiene Seguro Popular



Fuente: INEGI, ENOE 2008.

CAPÍTULO III

RESULTADOS DE LAS VALUACIONES ACTUARIALES

III. RESULTADOS DE LAS VALUACIONES ACTUARIALES

Con objeto de dar cumplimiento a la fracción I, del Artículo 273, de la Ley del Seguro Social (LSS)³⁹, en este capítulo se presentan los principales resultados de las valuaciones actuariales del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), del Seguro de Invalidez y Vida (SIV), y del ramo de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM)⁴⁰.

Estos resultados corresponden a la estimación de corto, mediano y largo plazos de las obligaciones que adquiere el IMSS como asegurador por las prestaciones en dinero que conforme a la LSS se otorgan a los asegurados, a los pensionados y a sus respectivos beneficiarios.

Dado que los eventos que dan origen al otorgamiento de dichas prestaciones son de naturaleza contingente, es decir, su ocurrencia es incierta en cuanto al evento mismo y al momento en que éste se producirá, se requiere de la aplicación de la técnica actuarial para representar los fenómenos demográficos de mortalidad, morbilidad y permanencia, así como el comportamiento de las variables financieras que inciden en el cálculo de los beneficios proyectados.

Cabe señalar que los resultados de las valuaciones actuariales que se presentan en este capítulo, tienen la característica de que muestran de manera separada la estimación de las prestaciones en dinero que habrá de cubrir el Instituto como asegurador en el corto, mediano y largo plazos, tanto con sus propios trabajadores y sus beneficiarios, como con los trabajadores que laboran en las empresas afiliadas al IMSS y sus beneficiarios. La valuación de estos dos grupos por separado, es decir, trabajadores IMSS y trabajadores no IMSS, permite identificar con mayor precisión la magnitud de las obligaciones que se tienen con uno y otro grupo, atendiendo las diferencias que presentan en cuanto a sus características demográficas, salariales y de permanencia laboral, entre otras. Lo antes expuesto significa que aunque la población sujeta a las valuaciones actuariales de años anteriores consideraba también a cada uno de los grupos de trabajadores antes mencionados, ahora se hacen evidentes las cifras para cada uno ellos.

³⁹ La fracción I, del Artículo 273, de la LSS establece que el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión, debe incluir “La situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto, y actuarial de sus reservas, aportando elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de cada seguro”.

⁴⁰ Los resultados de este capítulo complementan a los que se presentan en los capítulos IV y VI de este Informe.

El capítulo está estructurado en tres apartados. En el primero se señalan las características principales de las valuaciones actuariales, su objetivo general, los indicadores más relevantes de los trabajadores asegurados (IMSS y no IMSS), las prestaciones valuadas, los supuestos demográficos y financieros empleados, así como los criterios de aplicación general que se utilizan en el modelo de valuación para el cálculo de los pasivos.

En el segundo apartado se presentan los principales resultados demográficos y financieros de las valuaciones actuariales del SRT, SIV y GMP, destacando el comportamiento de la prima de gasto anual y la prima promedio para los periodos de 50 y 100 años. Además, se incorporan los resultados de dos escenarios de sensibilización en los que se mide la variación del pasivo ante un cambio, tanto en la densidad de cotización, como en el porcentaje de trabajadores que al momento de pensionarse cuentan con saldo en la Subcuenta de Vivienda.

El tercer apartado incluye los esquemas en los que se ilustran: i) las fuentes de financiamiento de las pensiones; ii) los elementos que inciden en el costo de las sumas aseguradas; y, iii) los beneficios en dinero que se pueden generar, ya sea por una incapacidad permanente o por la muerte del asegurado derivada de un riesgo de trabajo, o bien, por una invalidez o muerte del asegurado a causa de una enfermedad general. Asimismo, se incluyen en este apartado las estadísticas históricas, del periodo 1997-2008, del número de rentas vitalicias otorgadas y de sus montos constitutivos.

III.1. Objetivo y Características de las Valuaciones Actuariales

La valuación actuarial es un instrumento técnico, a través del cual se puede estimar para el largo plazo la ocurrencia de eventos de carácter contingente y de su impacto financiero asociado. De manera particular, permite conocer la situación financiera de las prestaciones económicas que se otorgan en los Seguros de RT e IV que son administrados por el IMSS. Cabe señalar que en el caso del SIV, en adición a las prestaciones por pensiones, también se valúan los subsidios que se otorgan por enfermedad general y la ayuda para gastos de funeral, que son con cargo al SEM; esto, con el fin de tener una medición completa del proceso que genera un riesgo no relacionado con la actividad laboral.

El objetivo central de las valuaciones actuariales de esos dos Seguros, así como del ramo de GMP, cuyos resultados se presentan en este capítulo, consiste en evaluar si los ingresos por cuotas proyectados para cada seguro para el corto, mediano y largo plazos serán suficientes para hacer frente a los pasivos que se estima se generarán por el otorgamiento de las prestaciones

económicas a los trabajadores asegurados y a sus beneficiarios; de no ser así, determinar la prima nivelada que permita equilibrar los ingresos con los gastos esperados⁴¹.

Al comparar en los Seguros de RT e IV y en el ramo de GMP del SEM la prima nivelada con la prima establecida en la Ley (prima de ingreso)⁴², se tiene un importante elemento de juicio para determinar la viabilidad financiera de cada seguro, en lo que corresponde a las prestaciones en dinero. En este sentido, conviene señalar que las valuaciones del SRT y del SIV no contemplan la totalidad de los gastos; por ejemplo, en ambos seguros no se consideran los gastos de administración, los cuales dependen en gran medida de los costos laborales; en el SRT en particular, no se considera el costo de los servicios médicos de los trabajadores activos.

Por la naturaleza contingente de los eventos que se busca medir mediante las valuaciones actuariales de los seguros a cargo del Instituto, éstas requieren para su elaboración de ciertas bases biométricas y de una serie de supuestos demográficos y financieros, sustentados en el comportamiento histórico y en las expectativas de las variables que inciden en el cálculo de los beneficios a valorar. Esto significa que los resultados de las valuaciones están condicionados, tanto por la dinámica real del empleo, los salarios y la densidad de cotización, como por la dinámica real de la población asegurada en cuanto a su estructura y siniestralidad y el comportamiento que registren otras variables como la tasa de rendimiento de las cuentas individuales y las comisiones cobradas por las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore), entre otras.

En el siguiente apartado se describen los cuatro elementos básicos a partir de los cuales se elaboró el escenario base de las valuaciones actuariales: 1) la población asegurada con derecho a las prestaciones económicas cubiertas por cada seguro; 2) los beneficios valuados; 3) las hipótesis demográficas, financieras y bases biométricas; y, 4) los criterios utilizados para la valuación.

Cabe señalar que el escenario base es el que se considera que más podría apegarse a la situación demográfica y financiera de los seguros en el corto y el largo plazos. No obstante, también se han considerado escenarios de sensibilización, a efecto de medir el impacto que

⁴¹ La prima nivelada es la proporción del valor presente del monto de las obligaciones por prestaciones en dinero del periodo de proyección considerado respecto al valor presente de los volúmenes de salarios correspondientes al mismo periodo.

⁴² En el caso del SRT la LSS no establece una prima fija, sino que ésta se calcula para cada una de las empresas cotizantes en función de la siniestralidad que presentan, por lo que se obtiene una prima promedio en función de los ingresos por cuotas que se reportan en los Estados Financieros del Instituto.

podría tenerse en los pasivos ante un cambio en alguna de las hipótesis o variables utilizadas en el escenario base.

III.2. Escenario Base de las Valuaciones Actuariales

III.2.1. Población asegurada sujeta a la valuación actuarial

Esta población la integran los asegurados vigentes a diciembre del año de valuación, que se encuentran expuestos a las contingencias que cubre cada uno de los seguros y que por tal motivo pueden reclamar el pago de alguna de las prestaciones económicas establecidas en la LSS. En esta población están incluidos los trabajadores no IMSS y los trabajadores IMSS. En el cuadro III.1 se resumen los principales indicadores de ambas poblaciones.

Cuadro III.1.						
Principales Indicadores de la Población Sujeta a las Valuaciones Actuariales						
Población asegurada vigente al 31 de diciembre de 2008	Seguro de Riesgos de Trabajo			Seguro de Invalidez y Vida		
	Número	Edad promedio	Antigüedad promedio	Número	Edad promedio	Antigüedad promedio
Generación en transición						
Trabajadores no IMSS	7,276,767	41.8	19.2	7,276,767	41.8	19.2
Trabajadores IMSS ^{-1/}	308,164	43.8	23.6	308,164	43.8	23.6
Total	7,584,931	41.9	19.4	7,584,931	41.9	19.4
Generación bajo la Ley de 1997						
Trabajadores no IMSS	6,111,911	27.3	4.4	6,163,243	27.3	4.4
Trabajadores IMSS ^{-1/}	77,343	29.4	6.5	77,343	29.4	6.5
Total	6,189,254	27.3	4.4	6,240,586	27.3	4.4
Generación conjunta						
Trabajadores no IMSS	13,388,678	35.2	12.5	13,440,010	35.2	12.4
Trabajadores IMSS	385,507	40.9	20.2	385,507	40.9	20.2
Total	13,774,185	35.4	12.7	13,825,517	35.3	12.7

^{1/} La antigüedad promedio de los trabajadores IMSS contempla su antigüedad como trabajador del Instituto más la que pudo haber generado antes de su ingreso al IMSS. La antigüedad adicional se incorpora bajo el supuesto de que cotizó en promedio 92 por ciento de ese periodo.

Fuente: IMSS.

El cuadro anterior destaca que los trabajadores del IMSS sólo representan en ambos seguros 2.8 por ciento del total; sin embargo, su salario de cotización es en promedio 8 veces el salario mínimo general del D. F. (SMGDF), mientras que el de los trabajadores no IMSS es alrededor de 4 veces el SMGDF. Esta diferencia salarial hará que en el futuro los trabajadores IMSS con derecho a los beneficios bajo la Ley de 1997 generen montos constitutivos altos que pueden tener un impacto en los dos seguros, pero especialmente en el SIV. Por otra parte, sus sumas aseguradas se verán disminuidas con saldos acumulados más altos en las subcuentas de RCV y Vivienda.

Cabe señalar que para los trabajadores no IMSS y los trabajadores IMSS se obtiene un vector de salarios promedio por edad para la generación conjunta, siendo el promedio diario para todas las edades de: 219.1 pesos para trabajadores no IMSS del SRT; 220.5 pesos para trabajadores no IMSS del SIV y 443.9 pesos para los trabajadores IMSS. Los vectores de salarios sirven de base para el cálculo de las obligaciones por prestaciones económicas.

III.2.2. Beneficios valuados

En el cuadro III.2 se muestran las prestaciones en dinero de corto y largo plazos que se valúan en los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida.

Cabe señalar que en esta valuación, al 31 de diciembre de 2008, se incluyeron en ambos Seguros, dentro de los beneficios de largo plazo, las pensiones de ascendencia que anteriormente no se valuaban, debido a que no se disponía de una distribución confiable de ascendientes de asegurados y de pensionados. Aunque la inclusión de estas pensiones no tiene un impacto importante en el monto de las obligaciones, sí permite hacer una mejor estimación de las sumas aseguradas, ya que en el cálculo se incorporan los asegurados que al momento de fallecer o de pensionarse por incapacidad permanente o invalidez no tienen esposa e hijos con derecho a pensión. En adición a lo anterior, en el caso de la valuación actuarial del SIV, se considera para las pensiones de invalidez y muerte de asegurado una composición familiar de esposa e hijo, en lugar de esposa solamente. La consideración de estos cambios en el cálculo de los montos constitutivos disminuye la posibilidad de una subestimación en el pasivo por pensiones.

Cuadro III.2. Beneficios Valuados en los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida

Seguro de Riesgos de Trabajo	Seguro de Invalidez y Vida
a) Prestaciones en dinero de largo plazo	
<ul style="list-style-type: none"> - Pensiones por Incapacidad Permanente de carácter provisional y definitiva. Para las pensiones provisionales se estima el flujo de gasto anual y para las definitivas se estima el gasto por sumas aseguradas derivado de la renta vitalicia y para las pensiones con valoración igual a 100% se considera el pago del seguro de sobrevivencia. - Pensiones derivadas del fallecimiento de incapacitados o asegurados a causa de un riesgo de trabajo. Se calcula el gasto por sumas aseguradas correspondientes a las pensiones de viudez, orfandad y ascendencia. <p>La estimación del gasto de la pensiones incluye el incremento de 11%, con base en lo estipulado en la reforma del 5 de enero de 2004 al Artículo Décimo Cuarto Transitorio de la LSS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pensiones de Invalidez de carácter temporal y definitiva. Para las pensiones temporales se estima el flujo de gasto anual y para las definitivas se estima el gasto por sumas aseguradas, derivado de la renta vitalicia y el seguro de sobrevivencia. Además, se separa el gasto que le corresponde al IMSS, de aquel que le toca cubrir al Gobierno Federal, en aquellos casos en que la cuantía de la pensión sea inferior a la Pensión Garantizada (PG), estando la diferencia a cargo del segundo, conforme lo señala la LSS en su Artículo 141. - Pensiones derivadas del fallecimiento de inválidos o asegurados a causa de una enfermedad general. Se calcula el gasto por sumas aseguradas correspondientes a las pensiones de viudez, orfandad y ascendencia. <p>La estimación del gasto de la pensiones incluye el incremento de 11%, con base en lo estipulado en la reforma del 5 de enero de 2004 al Artículo Décimo Cuarto Transitorio de la LSS.</p>
b) Prestaciones en dinero de corto plazo	
<ul style="list-style-type: none"> - Subsidios por incapacidad. - Ayudas de gasto de funeral. - Indemnizaciones globales y laudos. <p>Para estas prestaciones se calcula el flujo de gasto anual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidios por enfermedad general. - Ayudas de gasto de funeral. <p>De acuerdo con lo establecido en la LSS, el SIV no cubre estos gastos, sin embargo, se decidió incorporarlos en la valuación actuarial, a fin de tener una estimación completa del proceso desde el otorgamiento del subsidio por enfermedad general hasta la obtención de la pensión definitiva cuando así proceda.</p>

Fuente: IMSS.

Por lo que respecta al ramo de Gastos Médicos de Pensionados, el beneficio a valorar es la atención médica que se proporcionará a todos los pensionados y a sus beneficiarios, independientemente del seguro y del régimen bajo el cual se les haya otorgado o se les otorgue en el futuro la pensión. Es decir, se consideran dos grupos de pensionados: i) todos los pensionados vigentes a diciembre de 2008; y, ii) los nuevos pensionados que se generarán en el SRT y el SIV de los trabajadores asegurados no IMSS, así como los que se generarán de los trabajadores IMSS.

Los pensionados vigentes al 31 de diciembre de 2008 se integran de la siguiente forma:

- Pensionados del SRT y del Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, en curso de pago bajo la Ley de 1973.
- Pensionados del SRT y del SIV, con renta vitalicia otorgada bajo la Ley de 1997.
- Extrabajadores del IMSS, pensionados bajo el Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

El número de pensionados de este grupo es de 2'799,792 con una edad promedio de 63.9 años, lo cual indica que generarán un fuerte impacto en el gasto, debido a que el costo unitario se encarece de forma importante conforme aumenta la edad, particularmente de 60 y más años. Cabe resaltar que a diciembre de 2008, 89.7 por ciento están pensionados bajo la Ley de 1973.

III.2.3. Hipótesis y bases biométricas

En las valuaciones actuariales del SRT y del SIV al 31 de diciembre de 2008 se emplean las hipótesis demográficas y financieras, y las bases biométricas que se indican a continuación.

- Hipótesis demográficas y financieras: Estas hipótesis se muestran en el cuadro III.3, separadas para los trabajadores no IMSS y los trabajadores IMSS.

Cuadro III.3.
Hipótesis Demográficas y Financieras de las Valuaciones Actuariales

Concepto	Trabajadores no IMSS	Trabajadores IMSS
Demográficas		
Incremento promedio de asegurados para un periodo de 50 años	0.61%	0.50%
Incremento promedio de asegurados para un periodo de 100 años	0.31%	0.50%
Financieras para un periodo de 50 y 100 años		
Tasa de crecimiento real anual para los salarios generales ^{-1/}	1.40%	1.00%
Tasa de crecimiento real anual para el SMGDF		0.50%
Tasa de descuento real anual		3.50%
Tasa de rendimiento real anual del saldo acumulado en la subcuenta de RCV		3.50%
Tasa de rendimiento real anual del saldo acumulado en la subcuenta de Vivienda		3.00%
Comisión sobre saldo cobradas por las Afore		1.74%

^{1/} Para los trabajadores IMSS, en adición al incremento anual de salarios por revisión contractual (1%) se aplican los factores de actualización del salario por antigüedad. Por otra parte, cabe señalar que en el modelo de la valuación actuarial, dadas sus características, la proyección del salario para ambas poblaciones de asegurados tiene implícita una carrera salarial.

Fuente: IMSS.

- Bases biométricas: i) probabilidades de trabajadores no IMSS de que ocurra alguna de las contingencias que dan origen a una pensión directa, como son la incapacidad permanente, la invalidez, la muerte del asegurado por riesgo de trabajo o enfermedad general, y la cesantía en edad avanzada y la vejez. Estas probabilidades fueron actualizadas para la presente valuación⁴³, considerando información del periodo 1998-2008 de cada una de las incidencias antes mencionadas. En el caso de las incapacidades permanentes se considera, por separado, la probabilidad de que al incapacitado se le otorgue una indemnización global; ii) probabilidades de trabajadores IMSS de que ocurra una contingencia por incapacidad permanente o invalidez; y, iii) probabilidades de permanencia como activo y de sobrevivencia como pensionado, las cuales se establecen en la Circular S-22.3 emitida el 31 de marzo de 1997 por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), y que sirven de base para el cálculo de los montos constitutivos.

⁴³ La actualización fue realizada por un despacho actuarial contratado por el Instituto mediante un proceso de licitación pública nacional.

En adición a las hipótesis y bases biométricas anteriores, se emplean para elaborar la valuación dos supuestos fundamentales: i) vector por edad de la distribución de los nuevos ingresantes; y, ii) vector por edad de la densidad de cotización. Este último incide tanto en la proyección demográfica como en la proyección financiera, ya que una menor densidad de cotización implica para los asegurados que debe transcurrir un plazo mayor para tener derecho a una pensión por cesantía en edad avanzada o vejez (CV), y que permanecerán más tiempo expuestos al riesgo de incapacitarse o invalidarse. Esto se traduce en una reducción de los pensionados por CV y en un incremento de los pensionados por incapacidad permanente o invalidez, con la consiguiente modificación de la distribución del gasto en pensiones. Otra consecuencia de la disminución del tiempo promedio de cotización es que el saldo en la cuenta individual tendrá una menor acumulación y, por lo tanto, aumentarán las obligaciones del Instituto por concepto de sumas aseguradas.

Para el caso de la valuación actuarial del ramo de GMP, en la proyección demográfica se emplean las siguientes hipótesis usadas para las valuaciones actuariales del SRT y del SIV: i) crecimiento promedio anual de asegurados; y, ii) todas las bases biométricas. Para la proyección financiera se utiliza una tasa de crecimiento real anual del costo unitario de la atención médica por pensionado de 2.5 por ciento.

III.2.4. Criterios

III.2.4.1. Árboles de decisión

Un elemento fundamental para la elaboración de las valuaciones actuariales son los árboles de decisión en los que se plasma la forma como se estima que se distribuirán las pensiones de acuerdo con su carácter definitivo, temporal o provisional, así como al régimen bajo el cual serán otorgadas.

Para cada seguro se elabora un árbol de decisión, tomando como base los datos observados en el periodo 1998-2007 de las pensiones iniciales de incapacidad permanente o invalidez, así como de las pensiones derivadas de la muerte de asegurados, ya sea por un riesgo de trabajo o por enfermedad general⁴⁴. Cada árbol muestra de manera esquemática el otorgamiento de las pensiones iniciales bajo cada uno de los regímenes legales. Es decir, indica

⁴⁴ La información disponible de pensiones iniciales correspondientes a 2008, no considera aquellas pensiones con año de inicio de pensión en 2008, pero cuyo año de alta al Sistema no se dio en ese año; por tal motivo, no fue empleada.

para ese periodo la elección de régimen de los asegurados con fecha de ingreso al Instituto hasta el 30 de junio de 1997 (asegurados en transición). Para las pensiones que se otorgan bajo la LSS de 1997, el diagrama muestra el número de pensiones con carácter definitivo de incapacidad permanente o invalidez, y las pensiones provisionales o temporales⁴⁵. Para estas últimas también se puede observar el cambio de carácter de las pensiones iniciales, de provisional o temporal a definitivo, así como el régimen legal bajo el que se hacen definitivas estas pensiones cuando corresponden a asegurados en transición.

Con base en los árboles se elaboran las distribuciones porcentuales de la asignación de pensiones registradas en cada uno de los regímenes, las cuales se plantean de tal manera que los resultados de las proyecciones demográficas y financieras se ajusten a las cifras de gasto que se esperan en el corto plazo, sin perder de vista la tendencia del gasto en el largo plazo. A efecto de simular lo antes descrito, se considera para el corto plazo el promedio de la información observada en los últimos dos años del periodo y para el largo plazo el promedio sobre el periodo 1998-2007. En los cuadros III.4 y III.5 se muestran las distribuciones relativas que se utilizan en el modelo de la valuación actuarial en el corto y largo plazos para las pensiones iniciales estimadas en cada uno de los seguros.

Cuadro III.4.
Árbol de Decisión del Seguro de Riesgos de Trabajo

Pensiones iniciales de incapacidad permanente y fallecimientos de asegurados en el SRT	Pensiones iniciales de los asegurados en transición con derecho a elección de régimen				Pensiones iniciales de los asegurados bajo la Ley de 1997			
	Pensiones observadas		Distribuciones porcentuales de nuevas pensiones		Pensiones observadas		Distribuciones porcentuales de nuevas pensiones	
	Periodo 2006-2007	Periodo 1998-2007	Criterios adoptados para el corto plazo ^{-1/}	Criterios adoptados para el largo plazo ^{-2/}	Periodo 2006-2007	Periodo 1998-2007	Criterios adoptados para el corto plazo ^{-1/}	Criterios adoptados para el largo plazo ^{-2/}
Pensiones por incapacidad permanente								
Total de pensiones iniciales	12,787	107,431	100%	100%	3,333	8,905	100%	100%
Ley de 1973 (Definitivas)	3,047	44,005	24%	41%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	9,740	63,426	76%	59%	3,333	8,905	100%	100%
Pensiones definitivas	127	9,381	1%	15%	543	1,966	16%	22%
Pensiones provisionales	9,613	54,045	99%	85%	2,790	6,939	84%	78%
Ley de 1973	2,525	25,938	26%	48%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	7,088	28,107	74%	52%	2,790	6,939	100%	100%
Muerte de Asegurados	1,155	12,260	100%	100%	486	2,749	100%	100%
Ley de 1973	717	3,830	62%	31%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	438	8,430	38%	69%	486	2,749	100%	100%

^{1/} La aplicación de los criterios de corto plazo inicia a partir del primer año de proyección y gradualmente se ajustan al criterio de largo plazo, en un lapso de 15 años.

^{2/} La aplicación de los criterios de largo plazo inicia a partir del año 16 de proyección y se mantiene fijo hasta el año 100 de proyección.

Fuente: IMSS.

⁴⁵ La estimación del gasto futuro de las pensiones provisionales y temporales, así como el gasto de las pensiones vigentes al 31 de diciembre de 2008, serán con cargo al SRT y al SIV respectivamente.

Cuadro III.5.
Árbol de Decisión del Seguro de Invalidez y Vida

Pensiones iniciales de invalidez y fallecimientos de asegurados en el SIV	Pensiones iniciales de los asegurados en transición con derecho a elección de régimen				Pensiones iniciales de los asegurados bajo la Ley de 1997			
	Pensiones observadas		Distribuciones porcentuales de nuevas pensiones		Pensiones observadas		Distribuciones porcentuales de nuevas pensiones	
	Periodo 2006-2007	Periodo 1998-2007	Criterios adoptados para el corto plazo ^{-1/}	Criterios adoptados para el largo plazo ^{-2/}	Periodo 2006-2007	Periodo 1998-2007	Criterios adoptados para el corto plazo ^{-1/}	Criterios adoptados para el largo plazo ^{-2/}
Pensiones por invalidez								
Total de pensiones iniciales	22,428	128,589	100%	100%	1,565	2,750	100%	100%
Ley de 1973 (Definitivas)	5,226	17,995	23%	14%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	17,202	110,594	77%	86%	1,565	2,750	100%	100%
Pensiones definitivas	617	41,389	4%	37%	314	393	20%	14%
Pensiones temporales	16,585	69,205	96%	63%	1,251	2,357	80%	86%
Ley de 1973	13,177	53,351	79%	77%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	3,408	15,854	21%	23%	1,251	2,357	100%	100%
Muerte de Asegurados	20,881	139,747	100%	100%	2,563	6,987	100%	100%
Ley de 1973	14,355	62,285	69%	45%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	6,526	77,462	31%	55%	2,563	6,987	100%	100%

^{1/} La aplicación de los criterios de corto plazo inicia a partir del primer año de proyección y gradualmente se ajustan al criterio de largo plazo, en un lapso de 15 años.

^{2/} La aplicación de los criterios de largo plazo inicia a partir del año 16 de proyección y se mantiene fijo hasta el año 100 de proyección.

Fuente: IMSS.

En el caso específico del Seguro de Riesgos de Trabajo, las incapacidades permanentes con valoración menor o igual a 25 por ciento y algunas de las que tienen valoración mayor a 25 por ciento y hasta 50 por ciento, no derivan en una pensión, sino que se cubren, mediante una indemnización global (IG) que consiste en un pago único de cinco anualidades de la cuantía de la pensión que aplicaría según el porcentaje de valoración. A fin de simular el pago de las indemnizaciones globales, en la valuación al 31 de diciembre de 2008 se utiliza una probabilidad de que la incapacidad permanente se cubra bajo esta modalidad.

Para los trabajadores IMSS, los supuestos del árbol de decisión no son aplicables, ya que a todos los trabajadores con derecho a los beneficios establecidos en la Ley de 1973 se les otorga una pensión bajo ese régimen.

III.2.4.2. Duración de las pensiones con carácter provisional o temporal

Otro criterio empleado en el modelo de valuación consiste en considerar que las pensiones provisionales del SRT vencen en un periodo de dos años, como lo establece el Artículo 61 de la

LSS, aunque esto no siempre se traduzca en una pensión definitiva, sino en una IG como se mencionó anteriormente⁴⁶.

En el caso de las pensiones temporales del SIV, si bien en el Artículo 121 de la Ley no se establece un periodo determinado para darles el carácter de definitivas, la práctica mundial y la del propio Instituto están evolucionando en la dirección del fortalecimiento de la rehabilitación y la reinserción de los trabajadores al mercado laboral, por lo que dichas pensiones temporales pueden durar más de dos años. No obstante, para fines de cálculo, el modelo actuarial del SIV emplea como criterio convertir en definitivas las pensiones temporales después de transcurridos dos años.

III.2.4.3. Aportaciones a la Subcuenta de Vivienda

Con el fin de utilizar en las valuaciones actuariales hipótesis conservadoras en la estimación del saldo acumulado en cuenta individual en el largo plazo, se utiliza como criterio que durante el periodo de proyección 25 por ciento de los asegurados no efectúa aportaciones a la Subcuenta de Vivienda puesto que cuentan con un crédito hipotecario⁴⁷; sin embargo, dado que el acceso a los créditos de vivienda es mayor cada vez, se podría esperar que dicho porcentaje se incremente, situación que se contempla en uno de los escenarios de sensibilización que se describen a continuación.

III.3. Escenarios de Sensibilización

El principal objetivo de esta sección es medir el impacto financiero que tiene en los resultados de las valuaciones actuariales al 31 de diciembre de 2008, la modificación, en el escenario base, de la hipótesis del tiempo promedio de cotización de los asegurados (densidad de cotización) y del criterio de la acumulación del saldo en la Subcuenta de Vivienda.

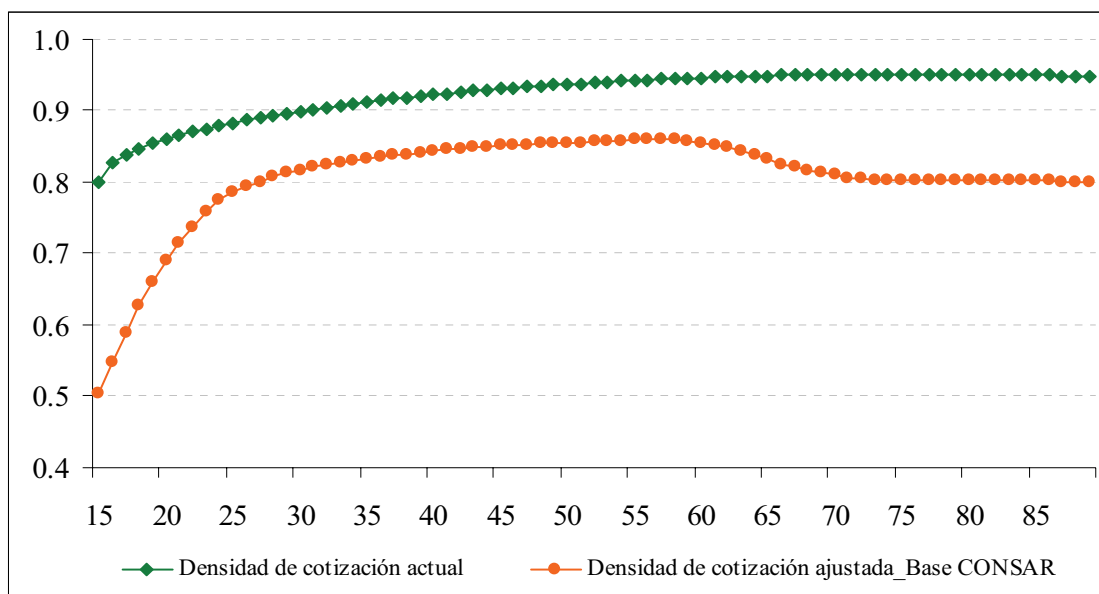
La consideración de la modificación del tiempo promedio de cotización se basa en que a partir de la base de datos de aportaciones para las Subcuentas de Retiro, Cesantía en Edad

⁴⁶ El Artículo 58 de la LSS establece que cuando el grado de la incapacidad del asegurado accidentado por un riesgo de trabajo es menor o igual a 25 por ciento, se le otorga una indemnización global (IG) y no una pensión definitiva, mientras que cuando el grado de incapacidad es mayor a 25 por ciento pero menor o igual a 50 por ciento, el asegurado puede elegir entre una pensión definitiva o una IG.

⁴⁷ Este factor se obtuvo con la base de datos de aportaciones a la Subcuenta de Vivienda que proporcionó al IMSS la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR).

Avanzada y Vejez (RCV) y de Vivienda⁴⁸, para los años de 1997 a 2004, que proporcionó en el año 2005 la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), se obtuvo una densidad promedio de cotización en ese periodo 13 por ciento menor a la empleada actualmente en las valuaciones actuariales, es decir, ésta pasó de 0.92 a 0.80⁴⁹. En la gráfica III.1 se muestra el comparativo del vector de densidad de cotización actual y el obtenido con la base de datos de la CONSAR.

Gráfica III.1.
Comparativo del Vector de Densidad de Cotización por Edad Aplicado
en las Valuaciones Actuariales del IMSS y el Obtenido
con la Base de Datos de la CONSAR



Fuente: IMSS.

La modificación de la densidad de cotización se mide en un escenario denominado escenario alternativo 1 (Esc Alt 1). Este escenario aplica sólo para los trabajadores no IMSS, puesto que los trabajadores IMSS se considera que tienen una densidad de cotización igual a 1, debido a que su cotización es continua.

Por su parte, en el escenario alternativo 2 (Esc Alt 2) se mide el impacto que puede tener en las sumas aseguradas el cambio de criterio de acumulación del saldo en la Subcuenta de

⁴⁸ Esta base de datos fue proporcionada por la CONSAR a solicitud del Instituto, con el propósito de contar con información adicional que permitiera validar la estimación del saldo acumulado en cuenta individual a la fecha de valuación.

⁴⁹ La densidad de cotización se determinó de la siguiente forma: se obtuvo para cada año del periodo 1998-2003 el número de trabajadores que alcanzó un año más de cotización respecto a los que cotizaron en cada año, y posteriormente los resultados anuales se promediaron para obtener la densidad promedio del periodo.

Vivienda, considerando que el porcentaje de asegurados que no aportan a ésta por contar con un crédito hipotecario aumenta de 25 por ciento en el escenario base, a 100 por ciento en el escenario alternativo 2. Este cambio de criterio obedece a que los asegurados tienen cada vez más acceso a los créditos de vivienda, y en un futuro podría darse la situación de que un porcentaje muy alto cuente con él.

A continuación se presentan los resultados de las valuaciones del SRT y del SIV, así como los del ramo de Gastos Médicos de Pensionados del SEM.

III.4. Seguro de Riesgos de Trabajo

Dado que en el SRT no se establece una prima de ingreso fija para todas las empresas, es necesario obtener una prima promedio del SRT, a fin de verificar la suficiencia de recursos para cubrir el otorgamiento de las prestaciones en dinero, que son las que se contemplan en la valuación actuarial. Por lo anterior, la prima promedio se estima con base en los ingresos por cuotas que se reportan en los Estados Financieros del Instituto y que al 31 de diciembre de 2008 fue de 1.84 por ciento de los salarios y la promedio para los últimos tres años, de 1.82 por ciento de los salarios.

III.4.1. Resultados de la valuación actuarial

A partir de la aplicación, tanto de la información base de asegurados y salarios, y empleando las hipótesis demográficas, financieras y biométricas, como de los criterios definidos para las valuaciones actuariales, se obtienen las proyecciones para los periodos de 50 y de 100 años. Para el periodo de 50 años, únicamente se consideran las proyecciones demográficas y financieras hasta el año 2058; mientras que para el periodo de 100 años, se aplica un factor de perpetuidad en el último año de proyección, esto con el fin de incluir en el pasivo las obligaciones del Instituto por prestaciones económicas que se generen de los asegurados vigentes en el último año de proyección.

III.4.1.1. Proyecciones demográficas

En el cuadro III.6 se aprecia la evolución de los trabajadores no IMSS y de los trabajadores IMSS, y para cada una de estas poblaciones el número de nuevas pensiones generadas por:

- a) El fallecimiento de asegurados y/o pensionados por incapacidad permanente con carácter provisional (viudez, orfandad y ascendencia).

b) Incapacidad permanente.

Con las proyecciones anteriores se obtiene la relación de pensiones por cada 1,000 asegurados, la cual indica que en el año 2009 es de 0.9. En el año de proyección 2050 esta relación pasa a 1.6 y se mantiene con poca variación para el resto del periodo de proyección.

Cuadro III.6.
Resumen de las Proyecciones Demográficas de la Valuación Actuarial del
Seguro de Riesgos de Trabajo

Año de Proyección	Asegurados			Pensiones derivadas ^{1/}		Incapacidad Permanente ^{2/}		Total de pensionados (h)=(d)+(e) +(f)+(g)	Pensiones por cada 1,000 asegurados (i)= (h/c)*1,000
	Trabajadores no IMSS ^{3/}	Trabajadores IMSS ^{4/}	Total	Trabajadores no IMSS ^{3/}	Trabajadores IMSS ^{4/}	Trabajadores no IMSS ^{3/}	Trabajadores IMSS ^{4/}		
	(a)	(b)	(c)= (a)+(b)	(d)	(e)	(f)	(g)		
2009	13,603,666	387,435	13,991,100	2,073	22	10,949	12	13,055	0.93
2010	13,836,370	389,372	14,225,741	2,210	27	11,289	15	13,541	0.95
2020	16,184,526	409,284	16,593,811	3,449	80	15,922	69	19,520	1.18
2030	17,579,258	430,215	18,009,473	3,926	111	22,372	180	26,589	1.48
2040	18,098,270	452,216	18,550,487	4,156	103	26,777	325	31,360	1.69
2050	18,116,959	475,343	18,592,301	4,261	107	25,524	362	30,254	1.63
2060	18,126,891	499,652	18,626,542	4,292	125	26,482	309	31,208	1.68
2070	18,135,652	525,204	18,660,856	4,229	128	27,543	334	32,234	1.73
2080	18,143,180	552,063	18,695,243	4,211	125	26,989	411	31,736	1.70
2090	18,149,408	580,296	18,729,704	4,262	138	26,118	402	30,919	1.65
2100	18,154,267	609,972	18,764,239	4,278	150	26,666	384	31,477	1.68
2108	18,157,135	634,802	18,791,937	4,248	151	27,223	429	32,050	1.71

^{1/} Estas pensiones consideran las pensiones de viudez, orfandad y ascendencia que se generan de la muerte de asegurados y pensionados por incapacidad permanente con carácter provisional.

^{2/} A efecto de no contar dos veces a los pensionados, únicamente se consideran las pensiones iniciales de incapacidad permanente otorgadas bajo la Ley de 1997.

^{3/} Afiliados al Seguro de Riesgos de Trabajo que no laboran para el IMSS.

^{4/} Afiliados al Seguro de Riesgos de Trabajo que laboran para el IMSS.

Fuente: IMSS.

III.4.1.2. Proyecciones financieras

En el cuadro III.7 se presentan los resultados de las proyecciones financieras del SRT, mismas que se obtienen a partir de las hipótesis y criterios del escenario base, acordados con el despacho externo que realizó la auditoría actuarial⁵⁰.

En este cuadro se muestra, por una parte, la estimación del volumen anual de salarios de los asegurados del SRT⁵¹, es decir, de los trabajadores no IMSS y de los trabajadores IMSS y, por otra, los resultados de los flujos anuales de gasto por sumas aseguradas, incluyendo el gasto por

⁵⁰ Realizada por Lockton Consultores Actuariales, de acuerdo con el Contrato de Prestación de Servicios No. 8S8323 celebrado con el IMSS, en los términos de la licitación pública nacional No. 00641322-026-08.

⁵¹ El volumen de salarios en cada año de proyección es la estimación de la masa de salarios pagada a los trabajadores vigentes en cada año.

pensiones provisionales, así como los flujos anuales de gasto de las prestaciones económicas de corto plazo correspondientes a indemnizaciones, subsidios y ayudas de gastos de funeral por riesgos de trabajo y la prima anual del gasto total de prestaciones económicas en por ciento del volumen anual de salarios.

También se puede observar como parte de las proyecciones financieras el valor presente a 50 y 100 años de proyección de cada una de las obligaciones descritas anteriormente y su correspondiente prima nivelada como porcentaje del valor presente de los volúmenes anuales de salarios; con esta prima constante es posible captar los recursos necesarios para hacer frente al costo de las prestaciones valuadas en cada periodo de proyección.

Cuadro III.7.
Resumen de las Proyecciones Financieras de la Valuación Actuarial
del Seguro de Riesgos de Trabajo
(millones de pesos de 2008)

Año de Proyección	Volumen de Salarios (a)	Gasto				
		Sumas aseguradas		Prestaciones en dinero de corto plazo ^{3/} (d)	Total (e)=(b)+(c)+(d)	Prima anual (%) (f)=(e/a)*100
		Trabajadores no IMSS ^{1/} (b)	Trabajadores IMSS ^{2/} (c)			
2009	1,164,641	2,058	32	2,428	4,518	0.39
2010	1,209,939	2,417	41	2,521	4,979	0.41
2020	1,685,425	10,583	195	3,532	14,310	0.85
2030	2,096,348	16,416	512	4,437	21,365	1.02
2040	2,452,363	22,863	928	5,210	29,001	1.18
2050	2,825,513	25,905	1,122	5,992	33,019	1.17
2060	3,290,147	30,841	1,093	6,988	38,922	1.18
2070	3,770,840	36,463	1,317	8,041	45,822	1.22
2080	4,302,972	41,177	1,738	9,189	52,103	1.21
2090	4,956,385	46,394	1,887	10,580	58,861	1.19
2100	5,743,020	54,447	2,036	12,277	68,760	1.20
2108	6,414,059	61,816	2,444	13,746	78,006	1.22
50 años						
Valor presente	45,188,725	335,620	10,455	95,261	441,336	
Prima nivelada ^{4/}		0.74	0.02	0.21	0.98	
100 años						
Valor presente	72,985,632	597,608	24,112	154,519	776,239	
Prima nivelada ^{4/}		0.82	0.03	0.21	1.06	

^{1/} Afiliados al Seguro de Riesgos de Trabajo que no laboran para el IMSS. Para estos asegurados, en el gasto por sumas aseguradas se incluye el flujo de gasto anual de las pensiones provisionales.

^{2/} Afiliados al Seguro de Riesgos de Trabajo que laboran para el IMSS. Para estos asegurados, el gasto por sumas aseguradas sólo corresponde a las pensiones definitivas bajo la Ley de 1997.

^{3/} Incluye el gasto por subsidios y ayuda de gastos de funeral por riesgos de trabajo, así como el costo de las indemnizaciones globales y laudos.

^{4/} Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del SRT a diciembre de 2008, que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos por prestaciones en dinero.

Fuente: IMSS.

Del cuadro anterior se destaca que la prima nivelada de gasto por el otorgamiento de las prestaciones económicas a 50 y 100 años es de 0.98 y de 1.06 por ciento del valor presente de los salarios de cada periodo; éstas representan 53.7 por ciento y 58.4 por ciento de la prima promedio de cotización de los últimos tres años (1.82 por ciento de los salarios); el excedente que se observa entre la prima promedio de cotización y la prima nivelada de gasto debería ser suficiente para financiar el costo de la atención médica que se da a los asegurados del SRT que sufren un riesgo de trabajo y el costo administrativo de este Seguro, los cuales no se consideran en esta valuación.

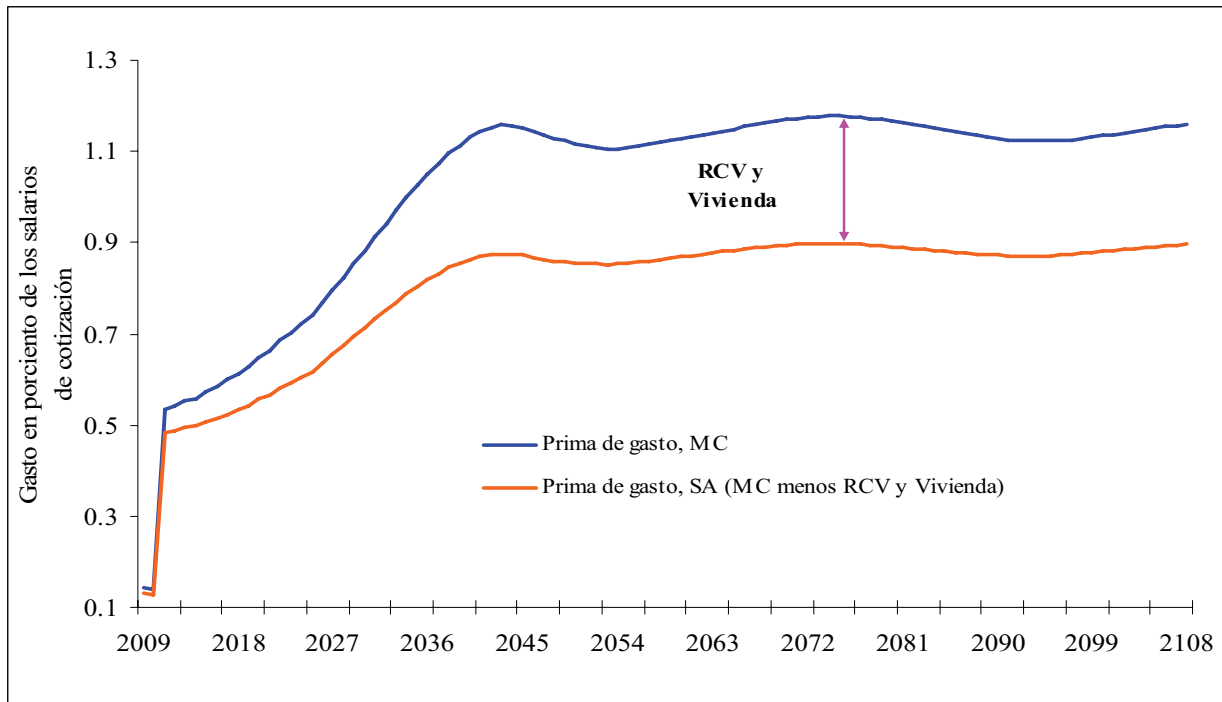
De la prima nivelada total en cada uno de los periodos de proyección, las primas por pensiones de 0.77 por ciento a 50 años y de 0.85 por ciento a 100 años, representan 78.4 por ciento y 80.1 por ciento, respectivamente; en el caso particular de la prima por pensiones de los trabajadores IMSS, ésta representa únicamente 2.4 por ciento en 50 años y 3.1 por ciento en 100 años⁵².

Cabe señalar que la incorporación de las sumas aseguradas por el otorgamiento de pensiones de ascendencia ocasionó un incremento alrededor de 10 por ciento respecto a la prima nivelada por pensiones obtenida en la valuación actuarial de este Seguro al 31 de diciembre de 2007.

Un aspecto a destacar es que la prima para cubrir el gasto por concepto de sumas aseguradas depende en gran medida de los montos acumulados de las cuentas individuales, los cuales, en principio, deben incrementarse con el paso del tiempo, dando lugar a sumas aseguradas cada vez menores. En la gráfica III.2 se ilustra la parte de los montos constitutivos que se estima será financiada con el importe de las cuentas individuales (el área que se encuentra entre la línea azul, que muestra el comportamiento del monto constitutivo y la línea anaranjada, que muestra el gasto por sumas aseguradas). Se calcula que en el periodo de 100 años de proyección el saldo de las cuentas individuales representará en promedio 22.5 por ciento del monto constitutivo.

⁵² En la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2007, la prima promedio de gasto a 50 y 100 años para pago de pensiones fue de 0.69 y 0.75 por ciento de los salarios y para el pago de pensiones y prestaciones de corto plazo fue de 0.89 y 0.96 por ciento de los salarios, respectivamente.

Gráfica III.2.
Financiamiento de los Montos Constitutivos por los Saldos Acumulados
en las Cuentas Individuales, Seguro de Riesgos de Trabajo



Notas: MC= Monto Constitutivo; SA= Suma Asegurada; RCV= Saldo de la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; Vivienda= Saldo de la Subcuenta de Vivienda.

Fuente: IMSS.

En conclusión, tanto en el plazo de 100 años, como en el de 50 años, la prima de gasto en pensiones y prestaciones en dinero de corto plazo del SRT es suficiente en su respectivo periodo, en comparación con la tasa de contribuciones al seguro, la cual es de 1.82 por ciento de los salarios, considerando el promedio de los últimos tres años⁵³. A efecto de mostrar la situación financiera del SRT por el otorgamiento de prestaciones en dinero, en el cuadro III.8 se muestra el Balance Actuarial al 31 de diciembre de 2008, el cual considera la reserva de este Seguro a la misma fecha. El remanente de ingreso sobre gasto no debe considerarse como un excedente, ya que, como se ha mencionado, no se incluyen en la valuación actuarial los gastos generados por la atención médica a los asegurados a causa de un riesgo o enfermedad de trabajo, ni los gastos administrativos.

⁵³ La prima promedio se estimó con los ingresos por cuotas reportados en los Estados Financieros del Instituto.

Cuadro III.8.
Balance Actuarial a 100 Años del Seguro de Riesgos de Trabajo al 31 de Diciembre de 2008
(Sumas Aseguradas, Pensiones Provisionales, Subsidios, Ayudas de Funeral e Indemnizaciones)
(millones de pesos de 2008)

ACTIVO			PASIVO		
		%VPSF ^{a/}			%VPSF ^{a/}
Saldo de la Reserva ^{-b/}			Trabajadores no IMSS afiliados al SRT ^{-d/}		
al 31 de diciembre de 2008	26,646	0.04%	Pensiones Definitivas ^{-c/}	527,048	0.72%
			Pensiones Provisionales	70,560	0.10%
			Indemnizaciones y Laudos	23,145	0.03%
			Subsidios y Ayudas para Gastos de Funeral	125,190	0.17%
			Subtotal	745,943	1.02%
Aportaciones Futuras ^{-c/}			Trabajadores IMSS afiliados al SRT ^{-f/}		
Generación Actual Ley 1973	177,553	0.24%	Pensiones Definitivas ^{-c/}	24,112	0.03%
Generación Actual Ley 1997	223,139	0.31%	Subsidios y Ayudas para Gastos de Funeral	6,184	0.01%
Generación Futura	925,863	1.27%	Subtotal	30,296	0.04%
Subtotal	1,326,554	1.82%			
Subtotal	1,353,200	1.85%			
			Subtotal Pensiones	621,720	0.85%
Nivel de Desfinanciamiento	-576,961	-0.79%	Subtotal Indemnizaciones y Laudos	23,145	0.03%
			Subtotal Subsidios y Ayudas para Gastos de Funeral	131,374	0.18%
TOTAL ACTIVO	776,239	1.06%	TOTAL PASIVO	776,239	1.06%

^{a/} Valor Presente de los Salarios Futuros.

^{b/} Reserva del SRT registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2008.

^{c/} La prima utilizada para la estimación de los ingresos por cuotas es de 1.82 por ciento de los salarios y corresponde a la prima promedio obtenida en los últimos tres años.

^{d/} Pasivo por las obligaciones del Instituto por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores no IMSS.

^{e/} Corresponde al pasivo por sumas aseguradas.

^{f/} Pasivo por las obligaciones del Instituto en su carácter de asegurador por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores IMSS.

Fuente: IMSS.

III.4.1.3. Resultados de los escenarios de sensibilización del SRT

Como se mencionó en la sección III.3, existen variables o elementos de la valuación actuarial cuya variación respecto a lo contemplado en el escenario base puede incidir adversamente en la situación financiera de los seguros. Los elementos que en estos escenarios se contemplan son el cambio en el vector por edad de densidad de cotización y el incremento en el porcentaje de asegurados que no hacen aportaciones a la Subcuenta de Vivienda por contar con un crédito hipotecario. La descripción detallada de los escenarios valuados se enlista a continuación:

- Escenario base (Esc_Base). Este escenario considera la población valuada, los beneficios valuados, las hipótesis demográficas y financieras, y los criterios de valuación, todos ellos descritos en el apartado III.2 de este capítulo.
- Escenario alternativo 1 (Esc_Alt 1). Este escenario considera los mismos elementos que se emplean en el base, a excepción del vector de densidad de cotización, el cual cambia de 0.92 del base a 0.80.

- Escenario alternativo 2 (Esc Alt 2). Este escenario emplea los supuestos del Esc_Base, cambiando el criterio del porcentaje de asegurados que no aportan a la Subcuenta de Vivienda, de 25 por ciento en el escenario base a 100 por ciento.

Los resultados de los escenarios planteados anteriormente se resumen en el cuadro III.9, en el cual se muestran los resultados a 50 y 100 años de proyección de los pasivos por pensiones y por prestaciones en dinero de corto plazo, así como sus primas de gasto en por ciento del volumen de salarios.

Cuadro III.9.
Resultados del Escenario Base y de los Escenarios de Sensibilización de la
Valuación Actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo
(cifras en millones de pesos de 2008)

Escenarios	Valor Presente del Gasto por Prestaciones Económicas								
	Trabajadores no IMSS			Trabajadores IMSS			Total de trabajadores		
	Sumas aseguradas _1/	Subsidios y ayudas _2/	Total	Sumas aseguradas _1/	Subsidios y ayudas _2/	Total	Sumas aseguradas _1/	Subsidios y ayudas _2/	Total
	(a)	(b)	(c) = (a) + (b)	(d)	(e)	(f) = (d) + (e)	(g)	(h)	(i) = (g) + (h)
Resultados a 50 años									
Esc_Base									
VP del gasto	335,620	91,866	427,486	10,455	3,394	13,849	346,075	95,261	441,336
Prima nivelada ^{-3/}	0.74	0.20	0.95	0.02	0.01	0.03	0.77	0.21	0.98
Esc_Alt 1									
VP del gasto	363,279	91,850	455,128	10,455	3,394	13,849	373,734	95,244	468,978
Prima nivelada ^{-3/}	0.80	0.20	1.01	0.02	0.01	0.03	0.83	0.21	1.04
Esc_Alt 2									
VP del gasto	358,661	91,866	450,527	11,114	3,394	14,509	369,775	95,261	465,036
Prima nivelada ^{-3/}	0.79	0.20	1.00	0.02	0.01	0.03	0.82	0.21	1.03
Resultados a 100 años ^{-4/}									
Esc_Base									
VP del gasto	597,608	148,335	745,943	24,112	6,184	30,296	621,720	154,519	776,239
Prima nivelada ^{-3/}	0.82	0.20	1.02	0.03	0.01	0.04	0.85	0.21	1.06
Esc_Alt 1									
VP del gasto	651,984	148,279	800,263	24,112	6,184	30,296	676,096	154,463	830,559
Prima nivelada ^{-3/}	0.89	0.20	1.10	0.03	0.01	0.04	0.93	0.21	1.14
Esc_Alt 2									
VP del gasto	643,791	148,335	792,126	25,747	6,184	31,931	669,538	154,519	824,058
Prima nivelada ^{-3/}	0.88	0.20	1.09	0.04	0.01	0.04	0.92	0.21	1.13

^{1/} El gasto por sumas aseguradas incluye el correspondiente a las pensiones provisionales.

^{2/} El gasto corresponde al otorgamiento de los subsidios y ayudas de gasto de funeral por riesgos de trabajo y las indemnizaciones legales.

^{3/} Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del SRT a diciembre de 2008, que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos por prestaciones en dinero.

^{4/} Estos resultados contemplan la perpetuidad en el año 100 de proyección.

Fuente: IMSS.

Cabe señalar que la modificación del vector de densidad de cotización y el incremento en el porcentaje de asegurados que no aportan a la Subcuenta de Vivienda por contar con un crédito hipotecario, inciden principalmente en la acumulación del saldo de la cuenta individual que tendrán los asegurados al momento de tener derecho a una pensión y, por ende, en el nivel de gasto por sumas aseguradas a cargo del IMSS; por tal motivo, el análisis de estos resultados se enfoca básicamente en los pasivos por sumas aseguradas.

De los resultados de los escenarios de sensibilización se destaca, en principio, que el impacto en el pasivo por sumas aseguradas de los trabajadores no IMSS para los periodos de 50 y de 100 años de proyección derivado del cambio del vector de densidad de cotización en el escenario alternativo 1 es 8.2 por ciento y 9.1 por ciento, respectivamente. Para los trabajadores IMSS este cambio no repercute en la sumas aseguradas debido a que se parte del supuesto de que su cotización es continua, es decir, que su densidad de cotización es igual a 1. Asimismo, este cambio ocasiona que los ingresos por cuotas disponibles para el pago de gastos administrativos en este Seguro se reduzcan en 7.3 por ciento en 50 años y en 10 por ciento en 100 años.

Por otra parte, al considerar en el escenario alternativo 2 que ningún asegurado cuenta con saldo en su Subcuenta de Vivienda por contar con un crédito hipotecario, el impacto respecto al escenario base en los pasivos por sumas aseguradas para el periodo de 50 años para los trabajadores no IMSS es de 6.9 por ciento y para los trabajadores IMSS es de 6.3 por ciento; en conjunto el impacto es de 6.8 por ciento. Para el periodo de 100 años el impacto para los trabajadores no IMSS es de 7.7 por ciento y para los trabajadores IMSS es de 6.8 por ciento; en conjunto el impacto es de 7.7 por ciento. En cuanto a los ingresos por cuotas disponibles para financiar el costo administrativo se reduce en 6.2 por ciento en 50 años y en 8.7 por ciento en 100 años.

Derivado del análisis efectuado anteriormente, se aprecia que bajo cualquier escenario y considerando ambos periodos de proyección, la prima de gasto por pensiones es inferior a la prima de ingreso promedio de 1.82 por ciento, incluso al adicionar a este gasto el correspondiente a las prestaciones económicas de corto plazo.

III.5. Seguro de Invalidez y Vida

Los principios para determinar el presupuesto anual y los flujos de recursos fiscales y el balance del Instituto asociados al Seguro de Invalidez y Vida se basan en el cálculo de los flujos anuales de pago por pensiones temporales y el monto constitutivo de las rentas vitalicias y del seguro de sobrevivencia. En el caso del monto constitutivo se divide en tres partes, de acuerdo con el origen de los fondos: Gobierno Federal (costo fiscal por pensiones garantizadas), IMSS (suma asegurada) y la cuenta individual del trabajador.

III.5.1. Resultados de la valuación actuarial

III.5.1.1. Proyecciones demográficas

Los resultados de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del SIV se resumen en el cuadro III.10, en éste se presenta la evolución de los trabajadores no IMSS y los trabajadores IMSS, y para cada una de estas poblaciones el número de nuevas pensiones generadas por:

- a) El fallecimiento de asegurados y/o pensionados por invalidez con carácter temporal (viudez, orfandad y ascendencia).
- b) Invalidez, incluyendo las pensiones temporales vigentes al final de cada año de proyección.

Con las proyecciones anteriores se tiene la relación de pensiones por cada 1,000 asegurados, observándose una tendencia creciente al pasar de 1.9 en 2009 a 5.2 en 2108.

Cuadro III.10.
Resumen de Proyecciones Demográficas de la Valuación Actuarial
del Seguro de Invalidez y Vida

Año de Proyección	Asegurados			Pensiones derivadas ^{1/}		Invalidez ^{2/}		Total de pensionados	Pensiones por cada 1,000 asegurados
	Trabajadores no IMSS ^{3/}	Trabajadores IMSS ^{4/}	Total	Trabajadores no IMSS ^{3/}	Trabajadores IMSS ^{4/}	Trabajadores no IMSS ^{3/}	Trabajadores IMSS ^{4/}		
	(a)	(b)	(c)= (a)+(b)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)=(d)+(e) +(f)+(g)	(i)= (h/c)*1,000
2009	13,717,916	387,435	14,105,351	13,809	54	13,311	22	27,196	1.93
2010	13,952,574	389,372	14,341,946	15,239	63	14,186	27	29,516	2.06
2020	16,320,452	409,284	16,729,737	31,135	302	25,162	201	56,799	3.40
2030	17,726,897	430,215	18,157,112	44,673	697	36,130	772	82,271	4.53
2040	18,250,269	452,216	18,702,485	52,373	1,051	40,619	1,717	95,759	5.12
2050	18,269,114	475,343	18,744,457	51,232	1,108	36,773	1,868	90,980	4.85
2060	18,279,129	499,652	18,778,781	53,263	1,012	38,569	1,500	94,345	5.02
2070	18,287,964	525,204	18,813,169	54,500	1,118	40,874	1,642	98,133	5.22
2080	18,295,556	552,063	18,847,619	53,362	1,287	40,036	2,095	96,780	5.13
2090	18,301,836	580,296	18,882,132	52,298	1,270	38,029	2,016	93,612	4.96
2100	18,306,736	609,972	18,916,708	53,402	1,270	39,018	1,881	95,570	5.05
2108	18,309,628	634,802	18,944,430	54,064	1,396	40,210	2,141	97,811	5.16

^{1/} Estas pensiones consideran las pensiones de viudez, orfandad y ascendencia que se generan de la muerte de asegurados y pensionados por invalidez con carácter temporal.

^{2/} A efecto de no contar dos veces a los pensionados, únicamente se consideran las pensiones iniciales de invalidez otorgadas bajo la Ley de 1997.

^{3/} Afiliados al Seguro de Invalidez y Vida que no laboran para el IMSS.

^{4/} Afiliados al Seguro de Invalidez y Vida que laboran para el IMSS.

Fuente: IMSS.

III.5.1.2. Proyecciones financieras

Los principales resultados de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del SIV se muestran en el cuadro III.11, observándose, por una parte, la estimación del volumen anual de salarios de los asegurados totales del SIV, es decir, de los trabajadores no IMSS y trabajadores IMSS y, por otra, los resultados de los flujos anuales de gasto por sumas aseguradas, incluyendo el gasto por pensiones temporales, así como los flujos anuales de gasto de las prestaciones económicas de corto plazo, correspondientes a subsidios y ayudas de gastos de funeral por enfermedad general y la prima anual del gasto total de prestaciones económicas en por ciento del volumen anual de salarios. Asimismo, se muestra el valor presente a 50 y 100 años de proyección de cada una de las obligaciones descritas anteriormente y su correspondiente prima nivelada como porcentaje de valor presente de los volúmenes anuales de salario. Con esta prima constante es posible captar los recursos necesarios para hacer frente al costo de las prestaciones valuadas en cada periodo de proyección.

Cuadro III.11.
Resumen de Proyecciones de Gasto de la Valuación Actuarial del Seguro de Invalidez y Vida
(millones de pesos de 2008)

Año de Proyección	Volumen de Salarios	Gasto				
		Sumas aseguradas netas de costo fiscal ^{-1/}		Prestaciones en dinero de corto plazo ^{-4/}	Total	Prima anual (%)
		Trabajadores no IMSS ^{-2/}	Trabajadores IMSS ^{-3/}			
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(b)+(c)+(d)	(f)=(e/a)*100
2009	1,180,480	4,751	41	3,659	8,452	0.72
2010	1,226,420	5,257	50	3,802	9,109	0.74
2020	1,708,664	15,496	366	5,297	21,159	1.24
2030	2,125,307	25,090	1,329	6,588	33,008	1.55
2040	2,486,059	34,560	2,887	7,707	45,153	1.82
2050	2,864,366	38,262	3,409	8,880	50,551	1.76
2060	3,335,545	46,224	3,141	10,340	59,705	1.79
2070	3,822,727	55,230	3,876	11,850	70,957	1.86
2080	4,362,031	62,425	5,289	13,522	81,236	1.86
2090	5,024,511	70,030	5,621	15,576	91,228	1.82
2100	5,822,003	82,845	5,960	18,048	106,853	1.84
2108	6,502,093	94,595	7,311	20,156	122,062	1.88
50 años						
Valor presente	45,810,358	495,062	28,733	142,012	665,807	
Prima nivelada ^{-5/}		1.08	0.06	0.31	1.45	
100 años						
Valor presente	73,982,364	893,076	69,369	229,345	1,191,791	
Prima nivelada ^{-5/}		1.21	0.09	0.31	1.61	

^{1/} El pasivo por pensiones ya tiene descontado el costo fiscal derivado del otorgamiento de las pensiones garantizadas. Este supuesto sólo se aplica a los pensionados que provienen de los trabajadores no IMSS, ya que en este momento no se dispone de información para adoptar una hipótesis similar en el caso de los pensionados extrabajadores IMSS.

^{2/} Afiliados al Seguro de Invalidez y Vida que no laboran para el IMSS. Para estos asegurados, en el gasto por sumas aseguradas se incluye el flujo de gasto anual de las pensiones temporales.

^{3/} Afiliados al Seguro de Invalidez y Vida que laboran para el IMSS; el gasto sólo corresponde a pensiones definitivas bajo la Ley de 1997.

^{4/} Incluye el gasto por subsidios y ayuda de gastos de funeral por enfermedad general.

^{5/} Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del SIV a diciembre de 2008, que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos por prestaciones en dinero.

Fuente: IMSS.

Del cuadro anterior se destaca que la prima nivelada de gasto por el otorgamiento de las prestaciones económicas a 50 y 100 años es de 1.5 y de 1.6 por ciento del valor presente de los salarios de cada periodo; éstas representan 58.1 por ciento y 64.4 por ciento de la prima de cotización de 2.5 por ciento de los salarios que establece la LSS; el excedente que se tiene entre la prima de cotización y la prima nivelada de gasto debe ser suficiente para financiar el costo administrativo de este Seguro, el cual no se considera en esta valuación.

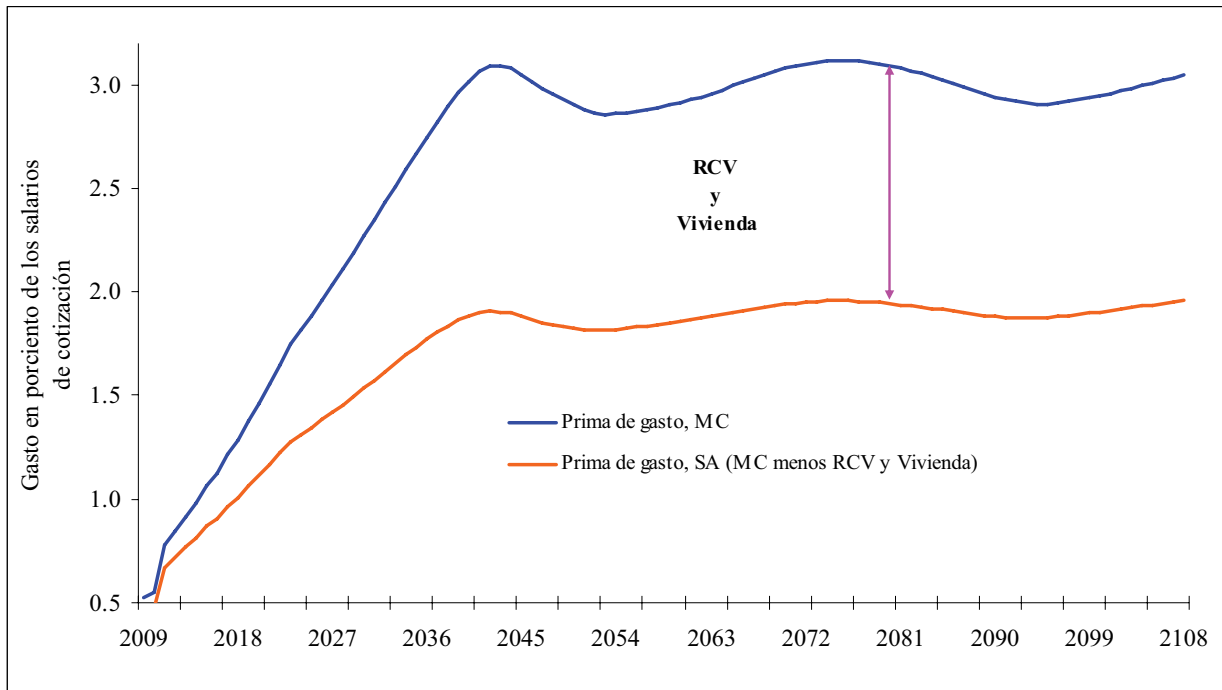
De la prima nivelada total en cada uno de los periodos de proyección, las primas por pensiones de 1.14 por ciento a 50 años y de 1.30 por ciento a 100 años, representan 78.7 por ciento y 80.8 por ciento, respectivamente; en el caso particular de la prima por pensiones de los trabajadores IMSS, ésta representa 4.3 por ciento de los salarios en 50 años y 5.8 por ciento de los salarios en 100 años⁵⁴.

Para esta valuación la incorporación de las sumas aseguradas por el otorgamiento de pensiones de ascendencia no se refleja en un aumento en la prima de gasto por pensiones respecto a la observada en la valuación actuarial de este seguro al 31 de diciembre de 2007 (1.4 por ciento en 50 años y 1.6 por ciento en 100 años). Esto se debe a que en esa valuación la población de asegurados no estaba diferenciada entre trabajadores no IMSS y trabajadores IMSS y los criterios de elección de régimen se aplicaban a la población agregada, situación que no se da en la presente valuación.

Un aspecto a destacar es que la prima para cubrir el gasto por concepto de sumas aseguradas depende en gran medida de los montos acumulados de las cuentas individuales, los cuales, en principio, deben incrementarse con el paso del tiempo, dando lugar a sumas aseguradas cada vez menores. En la gráfica III.3 se ilustra la parte de los montos constitutivos que se estima será financiada con el importe de las cuentas individuales (el área que se encuentra entre la línea azul, que muestra el comportamiento del monto constitutivo y la línea anaranjada, que muestra el gasto por sumas aseguradas). Se calcula que en el periodo de 100 años de proyección el saldo de las cuentas individuales representará en promedio 35.7 por ciento del monto constitutivo.

⁵⁴ En la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2007, la prima de gasto promedio a 100 años para pago de las prestaciones económicas de largo y corto plazos sin descontar el costo fiscal fue de 1.92 por ciento de los salarios, y la prima por pensiones neta de costo fiscal para el mismo periodo fue de 1.61 por ciento.

Gráfica III.3.
Financiamiento de los Montos Constitutivos por los Saldos Acumulados
en las Cuentas Individuales, Seguro de Invalidez y Vida



Notas: MC= Monto Constitutivo; SA= Suma Asegurada; RCV= Saldo de la Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; Vivienda= Saldo de la Subcuenta de Vivienda.

Fuente: IMSS.

En conclusión, la prima de ingreso de 2.5 por ciento de los salarios es suficiente para cubrir el pasivo por pensiones y prestaciones en dinero de corto plazo, tanto en el plazo de 50 años, como en el de 100 años. A efecto de mostrar la situación financiera del SIV por el otorgamiento de prestaciones en dinero, en el cuadro III.12 se muestra el Balance Actuarial al 31 de diciembre de 2008, el cual considera la reserva de este Seguro a la misma fecha. El remanente de ingreso sobre gasto no debe considerarse como un excedente, ya que, como se ha mencionado, no se incluyen en la valuación actuarial los gastos administrativos.

Cuadro III.12.
Balance Actuarial a 100 Años del Seguro de Invalidez y Vida al 31 de Diciembre de 2008
(Sumas Aseguradas, Pensiones Temporales, Subsidios, Ayudas de Funeral)
(millones de pesos de 2008)

ACTIVO			PASIVO		
		%VPSF ^{a/}			%VPSF ^{a/}
Saldo de la Reserva ^{b/}			Trabajadores no IMSS afiliados al SIV ^{d/}		
al 31 de diciembre de 2008	38,465	0.05%	Pensiones Definitivas ^{c/}	1,104,252	1.49%
			Pensiones Temporales	101,823	0.14%
Aportaciones Futuras			Subsidios y Ayudas para Gastos de Funeral	218,733	0.30%
Generación Actual Ley 1973	247,555	0.33%	Subtotal	1,424,807	1.93%
Generación Actual Ley 1997	311,264	0.42%			
Generación Futura	1,290,740	1.74%	Trabajadores IMSS afiliados al SIV ^{f/}		
Subtotal	1,849,559	2.50%	Pensiones Definitivas ^{c/}	69,369	0.09%
			Subsidios y Ayudas para Gastos de Funeral	10,612	0.01%
Ingresos del Gobierno Federal por el otorgamiento de PG ^{e/}			Subtotal	79,981	0.11%
Costo fiscal	312,998	0.42%			
Subtotal	312,998	0.42%			
Subtotal	2,201,022	2.98%			
			Subtotal Pensiones	1,275,443	1.72%
Nivel de Desfinanciamiento	-696,233	-0.94%	Subtotal Subsidios y Ayudas para Gastos de Funeral	229,345	0.31%
TOTAL ACTIVO	1,504,789	2.03%	TOTAL PASIVO	1,504,789	2.03%

^{a/} Valor Presente de los Salarios Futuros.

^{b/} Reserva del SIV registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2008.

^{c/} El costo fiscal corresponde al otorgamiento de las pensiones garantizadas. Este supuesto sólo se aplica a los pensionados que provienen de los trabajadores no IMSS, ya que en este momento no se dispone de información para adoptar una hipótesis similar en el caso de los pensionados extrabajadores IMSS.

^{d/} Pasivo por las obligaciones del Instituto por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores no IMSS.

^{e/} Corresponde al pasivo por sumas aseguradas.

^{f/} Pasivo por las obligaciones del Instituto en su carácter de asegurador por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores IMSS.

Fuente: IMSS.

III.5.1.3. Resultados de los escenarios de sensibilización del SIV

Con el propósito de medir, al igual que en el SRT, el impacto financiero en el SIV que puede ocasionar la variación del vector por edad de densidad de cotización y el incremento en el porcentaje de asegurados que no aportan a la Subcuenta de Vivienda por contar con un crédito hipotecario. A continuación se detallan tanto el escenario base como los escenarios de sensibilización.

- Escenario base (Esc_Base). Este escenario considera la población valuada, los beneficios valuados, las hipótesis demográficas y financieras y los criterios de valuación, todos ellos descritos en el apartado III.2 de este capítulo.
- Escenario alternativo 1 (Esc_Alt 1). Considera los mismos elementos que se emplean en el escenario base, a excepción del vector de densidad de cotización, el cual cambia de 0.92 del escenario base a 0.80.

- Escenario alternativo 2 (Esc Alt 2). Este escenario emplea los supuestos del Esc_Base, cambiando el criterio del porcentaje de asegurados que no aportan a la Subcuenta de Vivienda, de 25 por ciento en el escenario base a 100 por ciento.

Los resultados de los escenarios planteados anteriormente se resumen en el cuadro III.13, en el cual se destacan los resultados a 50 y 100 años de proyección de los pasivos por pensiones y por prestaciones en dinero de corto plazo, así como sus primas de gasto en por ciento del volumen de salarios.

Cuadro III.13.
Resultados de los Escenarios de Sensibilización de la Valuación Actuarial
del Seguro de Invalidez y Vida
(millones de pesos de 2008)

Escenarios	Valor Presente del Gasto por Prestaciones Económicas								
	Trabajadores no IMSS			Trabajadores IMSS			Total de trabajadores		
	Sumas aseguradas _1/	Subsidios y ayudas _2/	Total	Sumas aseguradas _1/	Subsidios y ayudas _2/	Total	Sumas aseguradas _1/	Subsidios y ayudas _2/	Total
	(a)	(b)	(c) = (a) + (b)	(d)	(e)	(f) = (d) + (e)	(g)	(h)	(i) = (g) + (h)
Resultados a 50 años									
Esc_Base									
VP del gasto	495,062	136,186	631,249	28,733	5,826	34,558	523,795	142,012	665,807
Prima nivelada ^{-3/}	1.08	0.30	1.38	0.06	0.01	0.08	1.14	0.31	1.45
Esc_Alt 1									
VP del gasto	595,640	136,128	731,768	28,733	5,826	34,558	624,373	141,954	766,327
Prima nivelada ^{-3/}	1.30	0.30	1.60	0.06	0.01	0.08	1.36	0.31	1.67
Esc_Alt 2									
VP del gasto	587,668	136,186	723,854	33,050	5,826	38,876	620,718	142,012	762,730
Prima nivelada ^{-3/}	1.28	0.30	1.58	0.07	0.01	0.08	1.35	0.31	1.66
Resultados a 100 años ^{-4/}									
Esc_Base									
VP del gasto	893,076	218,733	1,111,810	69,369	10,612	79,981	962,445	229,345	1,191,791
Prima nivelada ^{-3/}	1.21	0.30	1.50	0.09	0.01	0.11	1.30	0.31	1.61
Esc_Alt 1									
VP del gasto	1,093,942	218,577	1,312,520	69,369	10,612	79,981	1,163,311	229,190	1,392,501
Prima nivelada ^{-3/}	1.48	0.30	1.78	0.09	0.01	0.11	1.57	0.31	1.88
Esc_Alt 2									
VP del gasto	1,078,979	218,733	1,297,712	80,268	10,612	90,881	1,159,247	229,345	1,388,593
Prima nivelada ^{-3/}	1.46	0.30	1.75	0.11	0.01	0.12	1.57	0.31	1.88

^{1/} El gasto por sumas aseguradas es neto de costo fiscal e incluye el correspondiente a las pensiones temporales.

^{2/} El gasto corresponde al otorgamiento de los subsidios y ayudas de gasto de funeral por enfermedad general.

^{3/} Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del SIV a diciembre de 2008, que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos por prestaciones en dinero.

^{4/} Estos resultados contemplan la perpetuidad en el año 100 de proyección.

Fuente: IMSS.

Cabe señalar que la modificación del vector de densidad de cotización y el incremento en el porcentaje de asegurados que no aportan a la Subcuenta de Vivienda por contar con un crédito hipotecario, inciden principalmente en la acumulación del saldo de la cuenta individual que tendrán los asegurados al momento de tener derecho a una pensión y, por ende, en el nivel de gasto por sumas aseguradas a cargo del IMSS; por tal motivo, el análisis de estos resultados se enfoca básicamente en los pasivos por sumas asegurados.

De los resultados de los escenarios de sensibilización se destaca, en principio, que el impacto en el pasivo por sumas aseguradas de los trabajadores no IMSS para los periodos de 50 y de 100 años de proyección derivado del cambio del vector de densidad de cotización en el escenario alternativo 1, es 20.3 por ciento y 22.5 por ciento, respectivamente. Para los trabajadores IMSS este cambio no repercute en la sumas aseguradas debido a que se parte del supuesto de que su cotización es continua, es decir, igual a 1. Asimismo, este cambio ocasiona que los ingresos por cuotas disponibles para el pago de gastos administrativos en este Seguro se reduzcan en 21.1 por ciento en 50 años y en 30.7 por ciento en 100 años.

Por otra parte, al considerar en el escenario alternativo 2 que ningún asegurado cuenta con saldo en su Subcuenta de Vivienda por contar con un crédito hipotecario, el impacto respecto al escenario base en los pasivos por sumas aseguradas para el periodo de 50 años es de 18.7 por ciento para los trabajadores no IMSS y de 23.1 por ciento para los trabajadores IMSS y en conjunto el impacto es de 19.6 por ciento. Para el periodo de 100 años el impacto es de 20.8 por ciento para los trabajadores no IMSS y de 43.1 por ciento para los trabajadores IMSS y en conjunto el impacto es de 25.2 por ciento. En cuanto a los ingresos por cuotas disponibles para financiar el costo administrativo se reducen en 26.8 por ciento en 50 años y en 44.3 por ciento en 100 años.

Derivado del análisis efectuado anteriormente, se aprecia que bajo cualquier escenario y considerando ambos periodos de proyección, la prima de gasto por pensiones neta de costo fiscal es inferior a la prima de ingreso de 2.5 por ciento, incluso al adicionar a este gasto el correspondiente a las prestaciones económicas de corto plazo. No obstante, es importante tomar en cuenta que de no darse la recuperación del costo fiscal por el otorgamiento de pensiones garantizadas, como se está suponiendo en estos escenarios, puede afectar la suficiencia financiera de este Seguro para el pago de pensiones.

III.6. Gastos Médicos de Pensionados

Al igual que en las valuaciones actuariales del SRT y del SIV en la valuación actuarial del ramo de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), se hace la separación del gasto generado por la atención médica otorgada a los pensionados provenientes de los trabajadores no IMSS y de los trabajadores IMSS, ya que los resultados de las valuaciones actuariales realizadas hasta diciembre de 2007 siempre los han contenido. La separación del gasto del ramo de GMP para los trabajadores IMSS, se hace con el fin de identificar el nivel de las obligaciones que tiene el Instituto en su carácter de asegurador hacia los trabajadores IMSS.

Cabe recordar que la valuación actuarial del ramo de GMP es la más problemática desde el punto de vista metodológico, en virtud de que no se dispone de bases generalmente aceptadas para adoptar los supuestos necesarios para proyectar los gastos. De hecho, en el largo plazo pueden darse cambios significativos en la tecnología farmacéutica y hospitalaria e inclusive en la morbilidad, que pueden afectar de manera importante cualquier proyección. No obstante lo anterior, se ha considerado necesario hacer la valuación de este ramo por el riesgo que representa para el Instituto, aun considerando supuestos optimistas sobre la evolución de los gastos médicos. Es conveniente señalar, que debido a los problemas metodológicos que tiene la proyección de los gastos, los resultados que se presentan en este apartado deben interpretarse sólo como indicativos de la problemática actual y futura del ramo de GMP.

III.6.1. Principales supuestos de la valuación actuarial

Para realizar las proyecciones de los gastos del ramo de GMP se consideraron los siguientes elementos:

- La población pensionada del Instituto a diciembre de 2008 proveniente de trabajadores no IMSS y trabajadores IMSS, y su expectativa de evolución en el futuro. En este sentido, al cierre de 2008 el Instituto tenía registrados un total de 2'799,792 pensionados.
- La estimación futura de los nuevos pensionados que se generan de los asegurados del SRT y del SIV (trabajadores no IMSS y trabajadores IMSS) sin contemplar el régimen bajo el cual se hayan otorgado la pensiones, así como su sobrevivencia durante el periodo de proyección.

- Los costos unitarios diferenciados por grupos de edad, que se supone crecerán a una tasa constante de 2.5 por ciento anual en términos reales durante los 100 años de proyección. Esta diferenciación de los costos médicos por edad le confiere a la valuación una mayor precisión al reflejar en los gastos del Instituto el impacto financiero del envejecimiento de la población. Los costos unitarios que se utilizan como base fueron estimados por el auditor actuarial externo del IMSS, a partir del costo promedio por pensionado que se obtiene de la información contable institucional. El cuadro III.14 muestra los costos diferenciados por edad que se utilizan en la valuación actuarial, junto con el agrupamiento de los pensionados vigentes al 31 de diciembre de 2008. Con los supuestos señalados, el costo unitario promedio crece 10.5 por ciento entre 2008 y 2010, hasta 22.5 por ciento hacia el 2030.

Cuadro III.14.
Costos Médicos Unitarios Anuales por Grupo de Edad
(cifras en pesos de 2008)

Grupo de edad	Pensionados Vigentes			Costo unitario promedio	Grupo de edad	Pensionados Vigentes			Costo unitario promedio
	no IMSS	IMSS	Total			no IMSS	IMSS	Total	
0 - 4	6,774	78	6,852	2,016	65 - 69	504,586	21,940	526,526	12,264
5 - 9	26,930	466	27,396	1,705	70 - 74	434,763	13,553	448,316	15,765
10 - 14	54,163	1,305	55,468	1,705	75 - 79	312,140	8,221	320,361	20,256
15 - 19	26,805	1,560	28,365	1,760	80 - 84	189,109	4,879	193,988	26,049
20 - 24	12,554	1,100	13,654	1,870	85 - 89	98,746	2,431	101,177	33,473
25 - 29	14,299	131	14,430	2,108	90 - 94	30,527	769	31,296	43,024
30 - 34	25,673	267	25,940	2,456	95 - 99	12,032	225	12,257	55,306
35 - 39	44,462	683	45,145	2,970					
40 - 44	64,307	1,583	65,890	3,666	Total	2,625,858	173,934	2,799,792	
45 - 49	93,345	10,437	103,782	4,565	Edad	64.2	59.8	63.9	
50 - 54	125,053	32,746	157,799	5,719	promedio				
55 - 59	150,061	38,739	188,800	7,131	Costo unitario promedio				13,584
60 - 64	399,529	32,821	432,350	9,551					

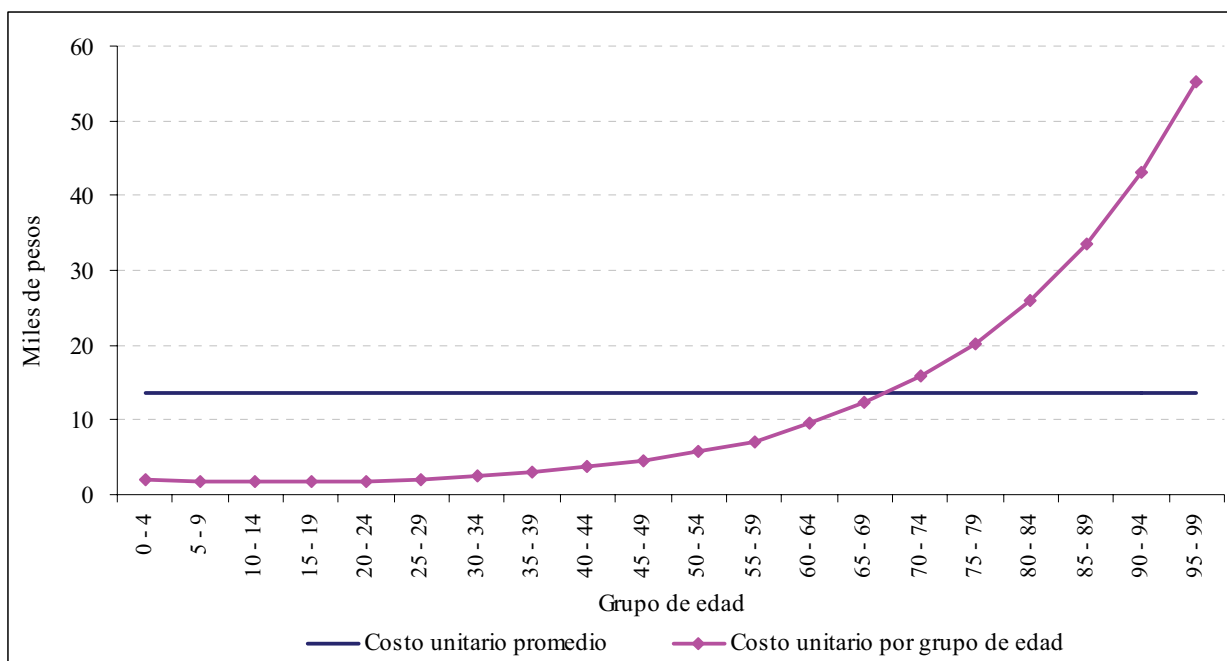
Fuente: IMSS y Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V.

Del cuadro anterior se observa que tanto para los pensionados no IMSS como para los pensionados IMSS su edad promedio ronda los 60 años de edad; esta población registrará en pocos años un importante crecimiento absoluto y relativo a causa del cambio en los patrones demográficos y epidemiológicos del país, tal y como se señaló en el capítulo II de este Informe. Actualmente los pensionados de 60 años y más representan 73.8 por ciento del total; considerando a los pensionados no IMSS, esta proporción es de 75.5 por ciento y para los pensionados IMSS es de 48.8 por ciento.

La presión que ejercerán las personas de la tercera edad sobre los gastos del Instituto será sin duda significativa, tanto por el aumento en su esperanza de vida, como por el hecho de que se trata de individuos que en razón de su edad llegan a presentar con frecuencia enfermedades crónico-degenerativas que implican un alto costo para su tratamiento, así como un uso más intensivo de los servicios médicos. Los estudios realizados por el Instituto muestran que en la actualidad los asegurados que se pensionan sobreviven al retiro 20 años en promedio, cuando en 1943, el año de creación del IMSS, un trabajador promedio sobrevivía seis años como pensionado.

En cuanto al costo unitario promedio del ramo de GMP en 2008 (13,584 pesos anuales), se obtiene a partir de dividir el gasto total de 38,031 millones de pesos que registra ese ramo en la contabilidad institucional⁵⁵, entre un total de pensionados de 2'799,792. En la gráfica III.4 se muestran los costos unitarios por edad, comparándolos con el costo promedio.

Gráfica III.4.
Costos Médicos Unitarios Anuales, Promedio y por Grupo de Edad



Fuente: Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V.

⁵⁵ El monto de gasto total considerado excluye la provisión para obligaciones contractuales y la transferencia de depreciación.

III.6.2. Resultados de la valuación

III.6.2.1. Proyecciones demográficas

En el cuadro III.15 se muestran el número de pensionados vigentes en cada proyección, separando los pensionados no IMSS y los pensionado IMSS. Aunque estos pensionados se generan de tres poblaciones de asegurados (SRT, SIV y Trabajadores IMSS), se toma la población total de asegurados del SIV (trabajadores no IMSS y trabajadores IMSS), a fin de tener un indicador que permita conocer el número de asegurados que está financiando el gasto médico de cada pensionado; este indicador se puede observar en la gráfica III.5.

Cuadro III.15.
Resumen de las Proyecciones Demográficas de la Valuación Actuarial del
Ramo de GMP del SEM al 31 de diciembre de 2008

Año de Proyección	Asegurados del SIV			Número de pensionados vigentes al final de cada año de proyección		
	Trabajadores no IMSS ^{1/}	Trabajadores IMSS ^{2/}	Total	no IMSS	IMSS	Total
	(a)	(b)	(c)= (a)+(b)	(d)	(e)	(f)= (d)+(e)
2009	13,717,916	387,435	14,105,351	2,748,245	185,011	2,933,256
2010	13,952,574	389,372	14,341,946	3,044,886	199,476	3,244,362
2020	16,320,452	409,284	16,729,737	6,167,657	346,974	6,514,631
2030	17,726,897	430,215	18,157,112	10,630,085	434,791	11,064,876
2040	18,250,269	452,216	18,702,485	16,014,548	584,005	16,598,553
2050	18,269,114	475,343	18,744,457	16,759,714	1,046,275	17,805,989
2060	18,279,129	499,652	18,778,781	12,814,493	940,189	13,754,683
2070	18,287,964	525,204	18,813,169	11,561,092	797,535	12,358,627
2080	18,295,556	552,063	18,847,619	11,184,350	740,430	11,924,780
2090	18,301,836	580,296	18,882,132	11,099,746	856,148	11,955,894
2100	18,306,736	609,972	18,916,708	10,707,268	899,622	11,606,890
2108	18,309,628	634,802	18,944,430	12,691,142	1,051,890	13,743,032

^{1/} Afiliados al Seguro de Invalidez y Vida que no laboran para el IMSS.

^{2/} Afiliados al Seguro de Invalidez y Vida que laboran para el IMSS.

Fuente: IMSS.

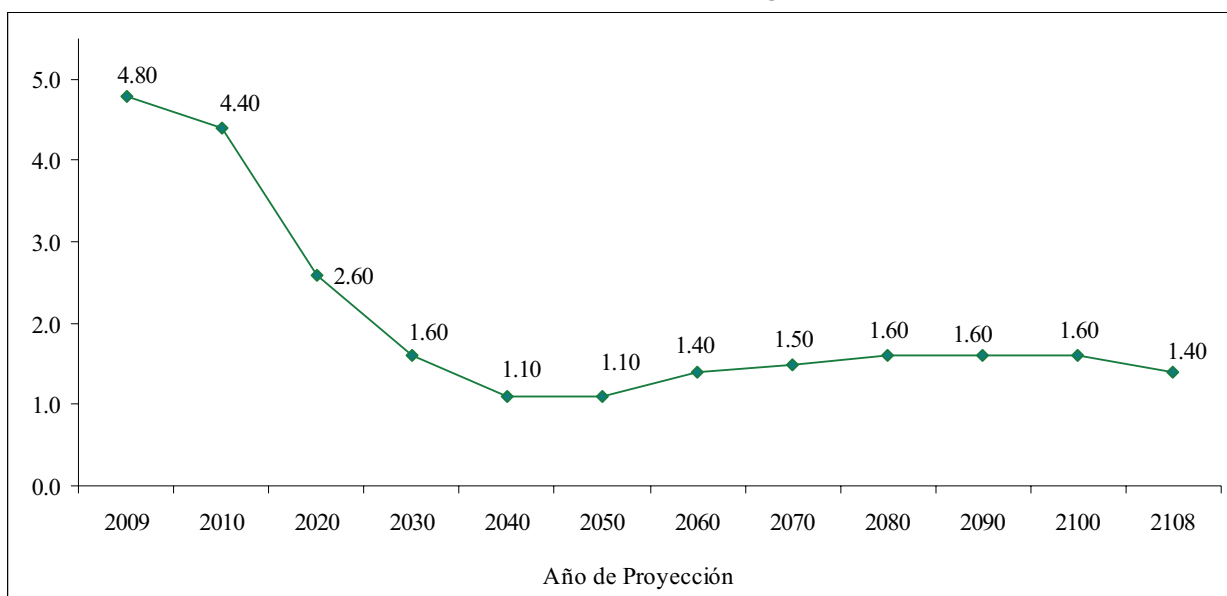
El cuadro anterior destaca el crecimiento acelerado que tienen el número de pensionados, el cual se incrementa en promedio 1.6 por ciento anual, en tanto que los asegurados totales crecen a una tasa promedio anual de 0.3 por ciento.

En cuanto a la relación de activos por pensionados, cabe resaltar que también está determinada en gran medida por el desempeño del mercado laboral. En la medida en que el ciclo económico o los factores estructurales reducen o limitan el crecimiento de los trabajadores

activos afiliados al Instituto y que la población pensionada sigue aumentando, las presiones financieras sobre el ramo de GMP se incrementan rápidamente y aceleran su crecimiento, al conjugarse con el proceso de envejecimiento poblacional y con el incremento en la esperanza de vida. Dicho de otra forma, la ausencia de crecimiento económico y de afiliación de nuevos trabajadores al Instituto se convierte en un riesgo adicional para este ramo de aseguramiento, además del derivado de la transición demográfica y epidemiológica.

Tomando en cuenta estos factores, las proyecciones a 100 años de la población pensionada, que se presentan en la gráfica III.5, indican que la relación de activos entre pensionados continuará disminuyendo por un periodo prolongado, de manera tal que hacia el año 2040 dicha relación será de 1.1 a uno, y hacia 2090 de 1.4 a uno.

Gráfica III.5.
Relación del Número de Asegurados Activos Respecto
al Número de Pensionados Vigentes



Fuente: IMSS.

III.6.2.2. Proyecciones financieras

Los resultados de la proyección financiera del ramo de GMP indican que la prima nivelada para el periodo de 50 y 100 años es de 11.9 por ciento y de 16.3 por ciento de los salarios; de esta prima, la correspondiente a los pensionados de extrabajadores IMSS representa 5.5 por ciento en 50 años y 6.4 por ciento en 100 años. Asimismo, se destaca que la prima de gasto pasa de 3.4 por ciento de la masa salarial en 2009, a 22.8 por ciento en 2050 y a 36.6 en 2108.

La prima de gasto aumenta cada año por el efecto combinado de dos factores: i) el incremento anual del costo unitario en términos reales; y, ii) el incremento anual de la relación de pensionados y jubilados con respecto a los trabajadores activos⁵⁶. En consecuencia, cada año será necesario destinar un mayor porcentaje de la masa salarial de los trabajadores en activo para cubrir las obligaciones del ramo de GMP, a pesar de que aumente en términos absolutos el nivel de la masa salarial.

En virtud de lo anterior, y dado que la prima establecida en la Ley para el ramo de GMP es de 1.5 por ciento de los salarios de cotización, en el cuadro III.16 y en la gráfica III.6 se observa el grado de desfinanciamiento que ya tiene este ramo, y que aumentará con el tiempo.

Cuadro III.16.
Resumen de las Proyecciones Financieras de la Valuación Actuarial del
Ramo de GMP del SEM al 31 de diciembre de 2008
(millones de pesos de 2008)

Año de proyección	Volumen de salarios (a)	Gastos Médicos			Prima de gasto (e) = (d)/(a)*100
		Pensionados no IMSS ^{1/} (b)	Pensionados IMSS ^{2/} (c)	Total (d)	
2009	1,180,480	37,519	1,976	39,495	3.35
2010	1,226,420	41,497	2,201	43,699	3.56
2020	1,708,664	96,721	5,632	102,353	5.99
2030	2,125,307	207,728	11,254	218,982	10.30
2040	2,486,059	407,719	20,329	428,048	17.22
2050	2,864,366	613,030	40,671	653,702	22.82
2060	3,335,545	756,129	57,782	813,911	24.40
2070	3,822,727	906,268	69,672	975,940	25.53
2080	4,362,031	1,086,788	78,017	1,164,806	26.70
2090	5,024,511	1,369,493	105,814	1,475,307	29.36
2100	5,822,003	1,720,066	148,792	1,868,858	32.10
2108	6,502,093	2,183,689	193,400	2,377,089	36.56
50 años					
Valor presente	45,810,358	5,141,849	301,676	5,443,524	
Prima nivelada ^{3/}		11.22	0.66	11.88	
100 años					
Valor presente	63,727,233	9,721,949	659,560	10,381,509	
Prima nivelada ^{3/}		15.26	1.03	16.29	

^{1/} Gasto médico que se genera de los pensionados afiliados a los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida que no laboran para el IMSS.

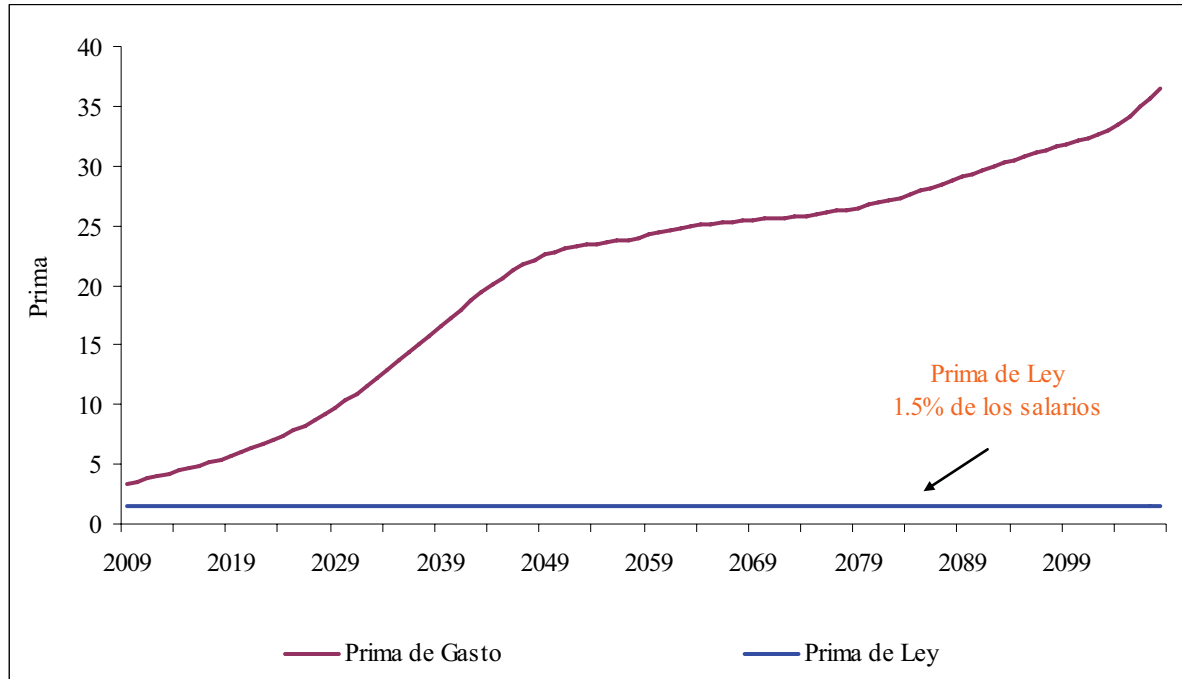
^{2/} Gasto médico que proviene de los pensionados extrabajadores IMSS afiliados a los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida.

^{3/} Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del ramo de GMP a diciembre de 2008, que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos por prestaciones en dinero.

Fuente: IMSS.

⁵⁶ Un elemento adicional que se debería considerar, pero que aún no se ha incorporado en las proyecciones, se asocia al incremento de la esperanza de vida de los pensionados en el futuro.

Gráfica III.6.
Comportamiento de la Prima de Gastos Médicos de Pensionados
 (porcentaje de la masa salarial)



Fuente: IMSS.

Los cálculos realizados, con base en los supuestos que se indicaron anteriormente (crecimiento real de los costos por pensionado de 2.5 por ciento real anual y crecimiento de los pensionados de acuerdo con los resultados de las proyecciones demográficas), indican que el valor presente del déficit que podría generarse en este ramo en los próximos 50 años –el cual es equivalente al valor monetario de la diferencia entre la prima de Ley y la prima de gasto estimada– sería igual a 4'756,369 millones de pesos de 2008. Este resultado es sensible al supuesto de la tasa de crecimiento real anual de los costos unitarios que, como se indicó, es de 2.5 por ciento real anual. Sin embargo, aun con supuestos más optimistas en cuanto a que el crecimiento de esta tasa podría ser menor, los resultados señalan que la prima de 1.5 por ciento establecida en la Ley es notoriamente insuficiente y que, de mantenerse sin cambio, el déficit acumulado en los próximos 50 años será no sólo sustancialmente elevado sino insostenible. Aun si la tasa de crecimiento real de los costos unitarios fuera de 1.5 por ciento al año, de no haber ningún cambio en la prima de financiamiento el déficit actuarial de este seguro, a 50 años, sería de 3'380,118 millones de pesos de 2008, cifra equivalente a 27.9 por ciento del PIB de ese año. Esta situación se ilustra en el cuadro III.17.

Cuadro III.17.
Valor Presente del Déficit del Seguro de Gastos Médicos de Pensionados
(millones de pesos de 2008)

Hipótesis de incremento real anual del costo unitario	Valor presente, con 50 años de proyección	Porcentaje del PIB de 2008
1.5%	3,380,118	27.9
2.0%	4,010,217	33.1
2.5%	4,756,369	39.3

Nota: El PIB de 2008 asciende a 12,110,555 millones de pesos.
Fuente: IMSS.

Debe reiterarse que las tasas de crecimiento de los gastos médicos consideradas para la valuación del ramo de GMP resultan conservadoras con respecto a las correspondientes a otros países, por ejemplo, Estados Unidos, en donde estos costos han crecido a una tasa promedio anual de 4.9 por ciento, o con relación a la de países europeos que han rebasado en 5 por ciento el crecimiento real. Con ello queda de manifiesto que en el corto plazo habrá que diseñar y aplicar nuevos esquemas de financiamiento para el ramo.

Otro aspecto que conviene tener en cuenta es que los esfuerzos que está realizando el Instituto en materia de prevención en salud, a través de PREVENIMSS, pueden incidir en el mediano plazo en un mejoramiento en las condiciones de salud de los adultos mayores y en su alargamiento de años de vida. Además, a mediano plazo, el avance de la medicina genómica y otros desarrollos científicos pueden afectar sustancialmente las proyecciones de la población, en cualquier dirección. Por ello, ante tan amplios márgenes de incertidumbre, es fundamental explorar estrategias que fortalezcan financieramente al ramo de GMP.

En resumen, es evidente que el ramo de Gastos Médicos para Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad presenta una situación financiera insostenible con la prima de Ley actual de 1.5 por ciento de los salarios de los trabajadores activos, lo cual se confirma con el Balance Actuarial a 100 años de este ramo, que se muestra en el cuadro III.18.

Cuadro III.18.
Balance Actuarial a 100 Años del Ramo de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de
Enfermedades y Maternidad al 31 de diciembre de 2008
millones de pesos de 2008

ACTIVO			PASIVO		
		%VPSF ^{a/}			%VPSF
Saldo de la Reserva			Pensionados del Seguro de Invalidez y Vida ^{-d/}		
al 31 de diciembre de 2008 ^{-b/}	458	0.001%	Pensiones directas	6,832,664	10.722%
			Pensiones derivadas	2,333,841	3.662%
			Subtotal	9,166,505	14.384%
Aportaciones Futuras			Pensionados del Seguro de Riesgos de Trabajo ^{-e/}		
Asegurados ^{-c/}	955,908	1.500%	Pensiones directas	417,349	0.655%
			Pensiones derivadas	138,094	0.217%
Saldo de la reserva más			Subtotal	555,443	0.872%
aportaciones futuras	956,367	1.501%			
			Pensionados extrabajadores IMSS ^{-f/}		
			Pensiones directas	537,455	0.843%
			Pensiones derivadas	122,106	0.192%
Nivel de desfinanciamiento	9,425,142	14.790%	Subtotal	659,560	1.035%
			Subtotal pensiones directas	7,787,468	12.220%
			Subtotal pensiones derivadas	2,594,041	4.071%
TOTAL ACTIVO	10,381,509	16.291%	TOTAL PASIVO	10,381,509	16.291%

^{a/} Valor Presente de Salarios Futuros.

^{b/} Reserva del ramo de GMP registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2008.

^{c/} Valor presente de los ingresos por cuotas que provienen de trabajadores no IMSS y trabajadores IMSS.

^{d/} Pasivo de gasto médico correspondiente a los futuros pensionados, ya sea bajo la Ley de 1973 o bajo la Ley de 1997 e incluye el pasivo de los pensionados vigentes al 31 de diciembre de 2008 del antiguo Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM), así como a los de rentas vitalicias del SIV.

^{e/} Pasivo de gasto médico correspondiente a los futuros pensionados, ya sea bajo la Ley de 1973 o bajo la Ley de 1997 e incluye el pasivo de los pensionados vigentes al 31 de diciembre de 2008 del SRT bajo la Ley de 1973 y los de rentas vitalicias.

^{f/} Pasivo de gasto médico correspondiente a los futuros pensionados extrabajadores IMSS, ya sea bajo la Ley de 1973 o bajo la Ley de 1997 e incluye el pasivo de los pensionados vigentes al 31 de diciembre de 2008 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP).

Fuente: IMSS.

Por otro lado, si bien existe una incertidumbre importante respecto a la evolución futura de la tasa de crecimiento de los gastos médicos, lo cual tiene un efecto significativo sobre las estimaciones de la prima de financiamiento que le daría viabilidad a este ramo, es claro que hay un sustancial y creciente déficit financiero. El cuadro III.19 resume estas observaciones.

Cuadro III.19.
Primas de Financiamiento Requeridas para GMP
 (porcentaje de los salarios)

Proyección	Tasa de crecimiento real de los costos unitarios		
	1.5%	2%	2.5%
50 años	8.88%	10.25%	11.88%
100 años	10.22%	12.81%	16.29%

Nota: Las primas corresponden al cociente del valor presente de los gastos entre el valor presente del volumen de los salarios del periodo respectivo. Tasa de descuento de 3.5 por ciento real.

Fuente: IMSS.

Así, con una tasa de crecimiento real del gasto por pensionado de apenas 1.5 por ciento, que sería muy baja en una comparación internacional, habría un déficit de 7.4 puntos porcentuales en la prima de financiamiento a 50 años. De darse un crecimiento de 2 por ciento en el gasto, el déficit sería de 8.8 puntos porcentuales, también a 50 años.

III.7. Elementos Generales y Estadísticas Relevantes de las Valuaciones Actuariales

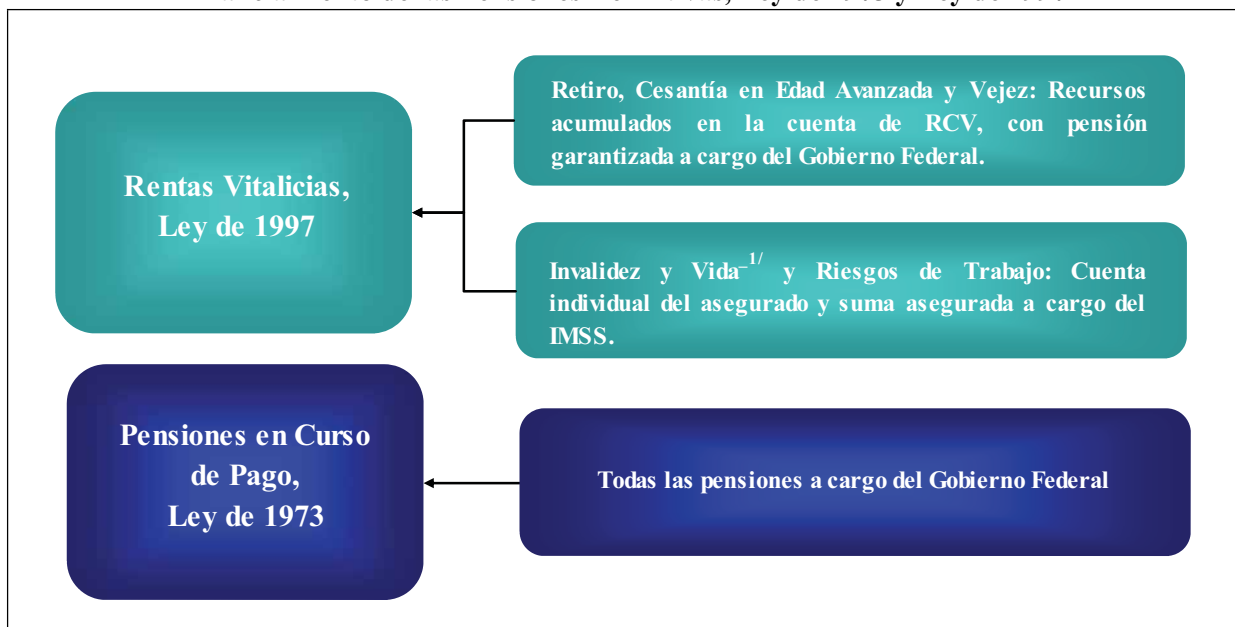
El presente apartado tiene como finalidad servir de apoyo al lector para una mejor comprensión de los diversos elementos involucrados en la valuación actuarial de las prestaciones en dinero que se otorgan en el SRT y el SIV; además, aporta la información histórica de las rentas vitalicias otorgadas y los importes de los montos constitutivos pagados en ambos Seguros con el propósito de darles un seguimiento estadístico.

III.7.1. Elementos generales de las valuaciones actuariales

Como ya se mencionó, el presente capítulo tiene como propósito evaluar los seguros que son administrados por el IMSS; en ese sentido las pensiones que se otorguen bajo los lineamientos de la Ley de 1973, mismas que constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal⁵⁷, no forman parte de los resultados de las valuaciones actuariales del SRT y del SIV. Para ilustrar la forma de financiamiento de las pensiones definitivas, de acuerdo con el régimen legal bajo el cual son otorgadas, se presenta la gráfica III.7.

⁵⁷ Según lo establecido en los Artículos tercero y duodécimo transitorios de la reforma de Ley del 21 de diciembre de 1995.

Gráfica III.7.
Financiamiento de las Pensiones Definitivas, Ley de 1973 y Ley de 1997



^{1/} Para las rentas vitalicias del Seguro de Invalidez y Vida otorgadas bajo la Ley de 1997, en aquellos casos en que la cuantía de la pensión sea inferior a la pensión garantizada (PG), el Gobierno Federal (GF) aportará la diferencia, a fin de que el trabajador pueda adquirir la renta vitalicia para su PG.
Fuente: IMSS.

En lo que respecta a las pensiones otorgadas bajo los lineamientos de la Ley de 1997, las cuales se otorgan bajo la modalidad de renta vitalicia, el costo de esta renta, es decir, el monto constitutivo⁵⁸, se financia con los recursos de la cuenta individual que cada trabajador tiene depositados con la Afore de su elección y, en caso de que estos saldos no sean suficientes, el Instituto aporta la diferencia; esta diferencia es la denominada “Suma Asegurada”. Los factores que inciden en el cálculo de los montos constitutivos, de los saldos en cuenta individual y por tanto, en las sumas aseguradas⁵⁹, que además se contemplan en las valuaciones actuariales, se detallan en la gráfica III.8.

⁵⁸ El monto constitutivo es la cantidad de dinero que se requiere para contratar los seguros de renta vitalicia y de sobrevivencia con una institución de seguros.

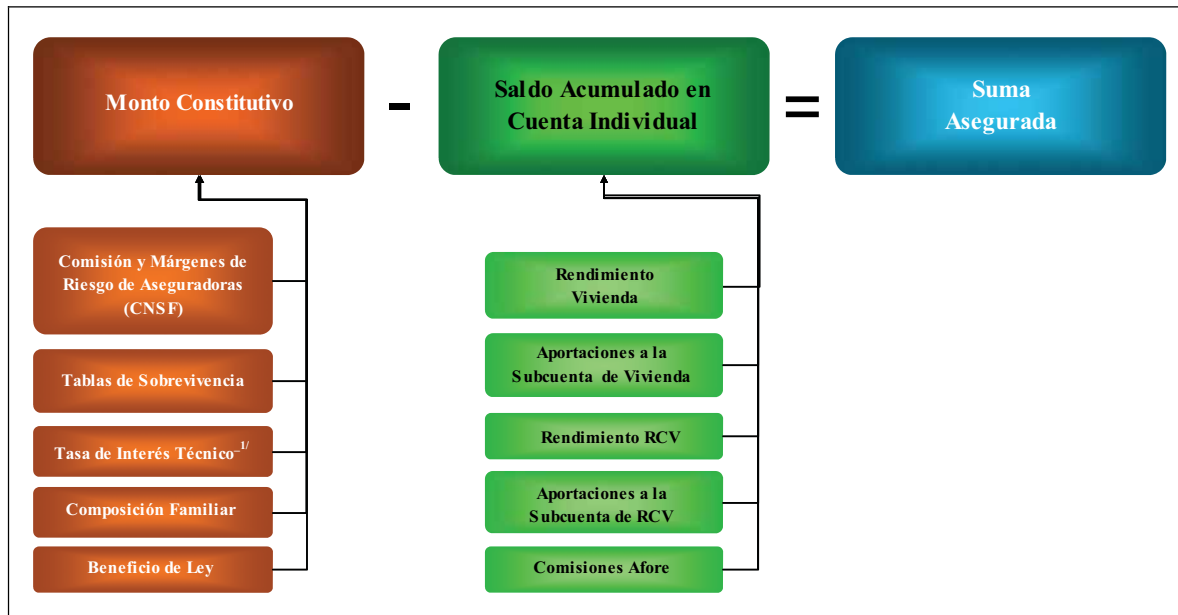
⁵⁹ El artículo 159 de la LSS establece que: “Para efectos de esta Ley, se entenderá por:

I. Cuenta individual, aquella que se abrirá para cada asegurado en las Administradoras de Fondos para el Retiro, para que se depositen en la misma las cuotas obrero-patronales y estatal por concepto del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, así como los rendimientos. La cuenta individual se integrará por las subcuentas: de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; de vivienda y de aportaciones voluntarias.

Respecto de la subcuenta de vivienda las Administradoras de Fondos para el Retiro deberán hacer entrega de los recursos al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores en los términos de su propia Ley.

II. Individualizar, el proceso mediante el cual se identifica la parte que se abona a las subcuentas correspondientes a cada trabajador de los pagos efectuados por el patrón y el Estado, así como los rendimientos financieros que se generen.

Gráfica III.8.
Elementos que inciden en el Costo de las Sumas Aseguradas



^{1/} La tasa de interés técnico corresponde a la tasa de descuento que se utiliza para el cálculo de la anualidad que sirve de base para la estimación de los montos constitutivos.

Fuente: IMSS.

Con relación a los factores mostrados en la gráfica anterior y bajo el supuesto de que no habrá cambio en los beneficios valuados y/o en las tablas de supervivencia, se puede decir que la tasa de interés técnico es uno de los que repercuten en mayor medida en el monto constitutivo, ya que la reducción de ésta implica un aumento del costo de las rentas vitalicias. Asimismo, los saldos acumulados en la cuenta individual del trabajador inciden en las sumas aseguradas a

III. Pensión, la renta vitalicia o el retiro programado.

IV. Renta vitalicia, 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.

V. Retiros programados, la modalidad de obtener una pensión fraccionando el monto total de los recursos de la cuenta individual, para lo cual se tomará en cuenta la esperanza de vida de los pensionados, así como los rendimientos previsibles de los saldos.

VI. Seguro de supervivencia, aquél que se contrata por los pensionados, por riesgos de trabajo, por invalidez, por cesantía en edad avanzada o por vejez, con cargo a los recursos de la suma asegurada, adicionada a los recursos de la cuenta individual a favor de sus beneficiarios para otorgarles la pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones en dinero previstas en los respectivos seguros, mediante la renta que se les asignará después del fallecimiento del pensionado, hasta la extinción legal de las pensiones.

VII. Monto constitutivo es la cantidad de dinero que se requiere para contratar los seguros de renta vitalicia y de supervivencia con una institución de seguros.

VIII. Suma asegurada es la cantidad que resulta de restar al monto constitutivo el saldo de la cuenta individual del trabajador.

La renta vitalicia y el seguro de supervivencia, que otorguen de acuerdo a lo previsto en los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida y retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, las instituciones de seguros se sujetarán a las reglas de carácter general que expida la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, oyendo previamente la opinión de la Comisión Nacional del Sistema del Ahorro para el Retiro.”

cargo del Instituto, ya que una menor acumulación de dichos saldos a causa de un aumento a las tasas de comisión de las Afore o una disminución de las tasas de rendimiento de cualquiera de las subcuentas, incrementa los costos para el IMSS de una pensión definitiva, ya que éste debe cubrir la diferencia entre el saldo en la cuenta individual y el monto constitutivo que se debe alcanzar para hacer frente a la pensión a la cual tiene derecho el trabajador.

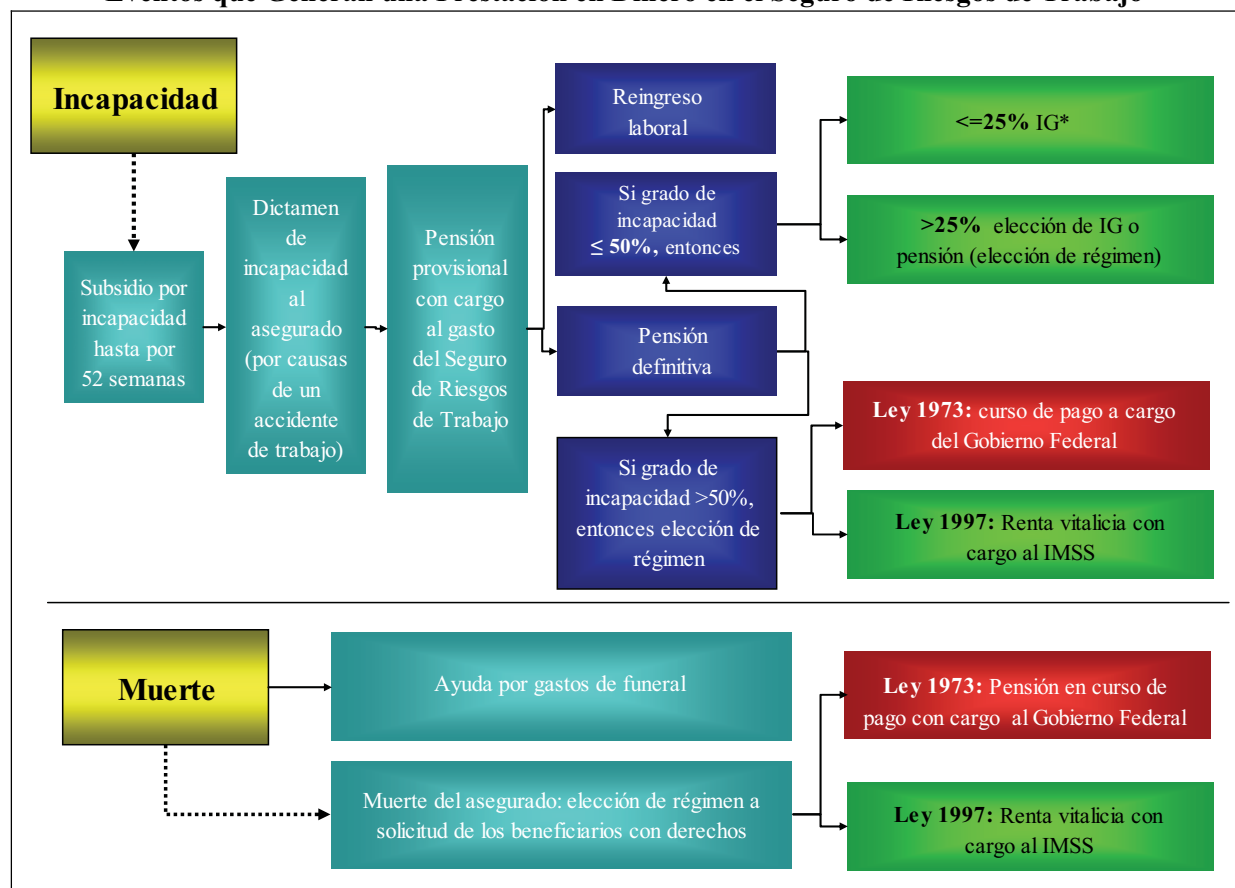
Además, como ya se mencionó, en el caso del Seguro de IV corresponde al Gobierno Federal pagar la diferencia en la suma asegurada que se deberá entregar a las aseguradoras para otorgar la pensión garantizada (PG). Lo anterior sólo destaca que el desempeño de las Afore y el Infonavit pueden afectar la viabilidad financiera del Instituto y, a través del costo fiscal por las PG, también impactar adversamente las finanzas del Gobierno Federal.

Finalmente, dado que las valuaciones actuariales del SRT y del SIV se enfocan a la medición del pasivo generado por el otorgamiento de las prestaciones en dinero, a continuación se muestran gráficamente los eventos que generan una prestación en dinero.

En el caso del SRT las prestaciones en dinero valuadas son: i) subsidio por incapacidad; ii) ayuda de gastos de funeral en caso de la muerte de un asegurado o pensionado a causa de un riesgo de trabajo; iii) indemnización global; y, iv) pensiones por incapacidad permanente parcial o total y pensiones derivadas de la muerte del asegurado o incapacitado. En la gráfica III.9 se ilustra la serie de eventos que conducen al otorgamiento de estas prestaciones. No hay que olvidar, empero, que este es un Seguro que enfrenta también un componente importante de gastos médicos para los trabajadores accidentados o enfermos por causa laboral, y otro componente no menos importante por gastos de administración. La valuación de los gastos médicos del SRT es difícil de realizar debido a que existen procedimientos comunes y tecnológicamente indivisibles que hasta el momento dificultan la realización de una asignación contable precisa de los gastos médicos por ramo de seguro. A pesar de que se han implementado diversas metodologías para estimar la prima de gasto del SRT, prevalece el problema de poder diferenciar los gastos médicos que le corresponden a este Seguro, de los gastos médicos de los otros seguros que ofrece el IMSS, en particular el de Enfermedades y Maternidad. Un problema adicional es la dificultad para asignar al SRT los gastos que realizan las distintas dependencias del IMSS en actividades de administración, prevención y control de los riesgos de trabajo. En los capítulos de resultados de corto plazo y en el de proyecciones financieras de largo plazo para los Seguros se cuantifican

otros costos del SRT, mientras que en el presente se evalúa sólo la suficiencia de sus ingresos por contribuciones patronales para financiar las prestaciones económicas.

Gráfica III.9.
Eventos que Generan una Prestación en Dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo

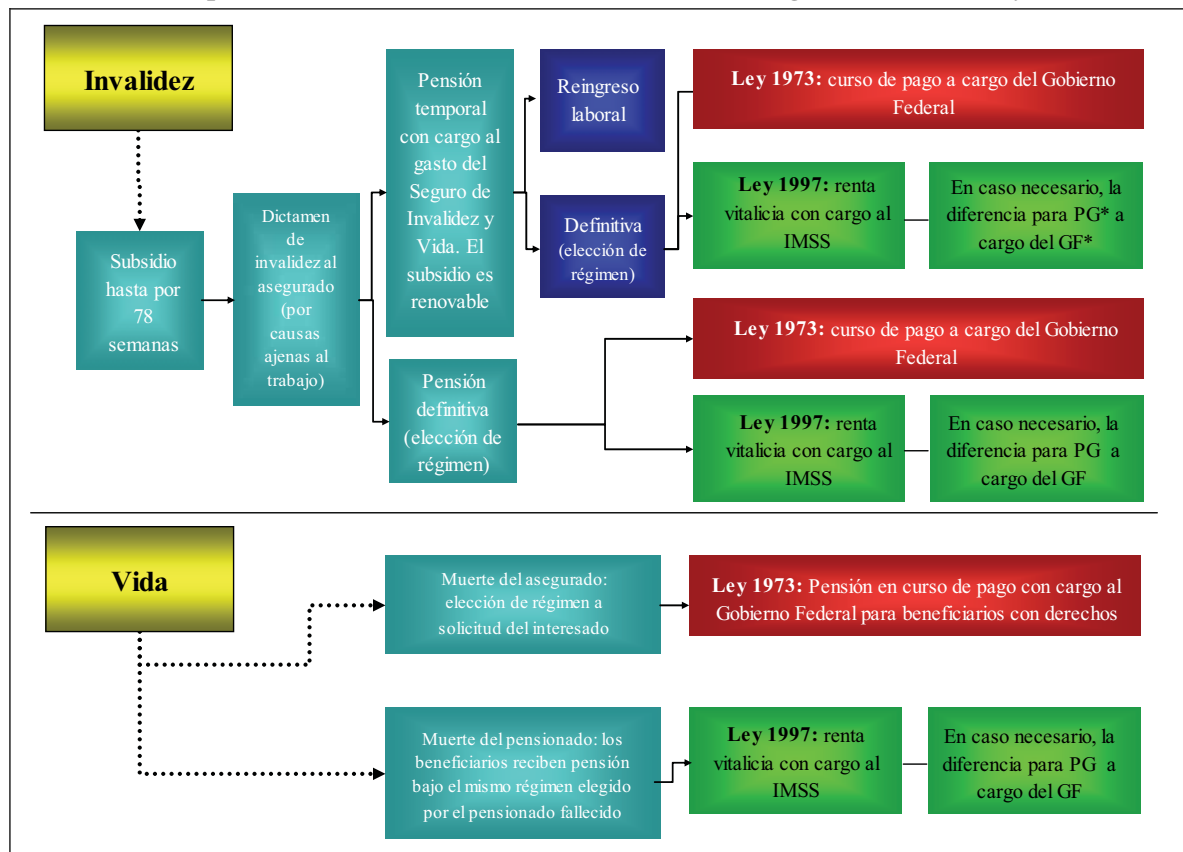


* IG = Indemnización Global.

Fuente: IMSS.

En el caso del SIV, las prestaciones en dinero que de acuerdo con la LSS deben ser valuadas en este Seguro son las relativas a pensiones definitivas y temporales. No obstante, el proceso que antecede para el otorgamiento de las pensiones también genera una prestación en dinero de corto plazo, la cual corresponde al otorgamiento de un subsidio en el caso de una enfermedad general, y de una ayuda para gastos de funeral, en el caso de la muerte de un asegurado o pensionado, con cargo al Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM); por tal motivo, estas prestaciones también son consideradas en la valuación actuarial, con lo cual se tiene una medición completa del proceso que genera un riesgo por enfermedad general. En la gráfica III.10 se ilustran las prestaciones en dinero valuadas en este Seguro.

Gráfica III.10.
Eventos que Generan una Prestación en Dinero en el Seguro de Invalidez y Vida



* PG = Pensión Garantizada; GF = Gobierno Federal.

Nota: La elección de régimen sólo se da para los trabajadores afiliados al IMSS hasta el 30 de junio de 1997 (asegurados en transición). El Artículo Noveno Transitorio de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro establece que: “Los trabajadores que opten por pensionarse conforme al régimen establecido en la Ley del Seguro Social vigente hasta el 30 de junio de 1997, tendrán el derecho de retirar en una sola exhibición los recursos que se hayan acumulado hasta esa fecha en las subcuentas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, vigente a partir del 1o. de julio de 1997, incluyendo los rendimientos que se hayan generado por dichos conceptos.

Igual derecho tendrán los beneficiarios que elijan acogerse a los beneficios de pensiones establecidos en la Ley del Seguro Social que estuvo vigente hasta el 30 de junio de 1997.

Los restantes recursos acumulados en la subcuenta del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, previsto en la Ley del Seguro Social vigente a partir del 1o. de julio de 1997, deberán ser entregados por las administradoras de fondos para el retiro al Gobierno Federal.”

Fuente: IMSS.

III.7.2. Estadísticas Relevantes de las Valuaciones Actuariales

A partir del cambio de LSS el 1º de julio de 1997, como se mencionó anteriormente, se da un cambio en el otorgamiento de las pensiones, el cual radica en que en lugar de cubrir los flujos anuales de gasto por pensiones, ahora se paga el costo de la renta vitalicia en una sola exhibición. Las cifras históricas del número de pensiones otorgadas a partir de la entrada en vigor de la nueva Ley, así como sus montos constitutivos, se presentan en los cuadros III.20 y III.21 para el SRT y el SIV respectivamente.

Para el SRT el número de pensiones otorgadas en el periodo de 1997 a 2008 asciende a 28,682, las que generaron un gasto de 12,423 millones de pesos corrientes. En el caso de las pensiones por incapacidad permanente se registraron 16,779, las cuales generaron un gasto de 5,503 millones de pesos, que representa 44.3 por ciento del total; las pensiones derivadas de la muerte del asegurado (viudez, orfandad y ascendencia) alcanzan 11,903 casos y un gasto de 6,920 millones de pesos. Asimismo, es notorio el incremento del costo unitario de los montos constitutivos para el caso de pensiones de viudez y orfandad: de iniciar con 439 miles de pesos en 1997, alcanza en 2008 la cifra de 1,101 miles de pesos, reflejo, entre otros factores, del aumento de los salarios base del cálculo en el periodo en cuestión, aunado a edades promedio más tempranas de entrada a la viudez y orfandad (cuadro III.20).

Cuadro III.20.
Evolución de las Rentas Vitalicias y de los Montos Constitutivos Otorgados en
el Seguro de Riesgos de Trabajo
(miles de pesos corrientes)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Pensiones directas:													
Incapacidad Permanente:													
Casos	19	1,312	2,773	3,125	3,820	1,295	138	386	728	690	1,136	1,357	16,779
MC*	3,455	280,264	735,415	896,598	1,265,394	447,021	52,015	150,002	257,028	260,234	499,508	656,215	5,503,149
MC promedio	182	214	265	287	331	345	377	389	353	377	440	484	328
Pensiones derivadas por fallecimiento:													
Viudez:													
Casos	19	159	196	231	204	120	68	65	86	86	88	91	1,413
MC	4,826	48,788	65,023	85,225	84,622	51,709	35,328	32,621	48,377	46,883	57,942	67,402	561,345
MC promedio	254	307	332	369	415	431	520	502	563	545	658	741	397
Viudez-Orfandad:													
Casos	108	945	1,096	1,085	1,006	650	410	366	481	514	449	477	7,587
MC	47,353	477,632	681,201	724,645	707,741	495,565	349,723	311,084	424,801	520,443	470,402	525,041	5,210,590
MC promedio	438	505	622	668	704	762	853	850	883	1,013	1,048	1,101	687
Orfandad:													
Casos	4	60	71	77	63	44	22	11	28	25	14	27	446
MC	366	9,018	10,266	16,122	9,592	7,177	3,663	1,746	5,978	6,729	3,244	6,727	73,901
MC promedio	92	150	145	209	152	163	167	159	213	269	232	249	166
Ascendencia													
Casos	19	283	317	399	378	220	113	138	166	160	118	146	2,457
MC	2,292	35,592	47,696	67,565	66,288	41,359	24,183	29,570	41,245	45,810	35,000	38,444	436,600
MC promedio	121	126	150	169	175	188	214	214	248	286	297	263	178
Total Pensiones derivadas por fallecimiento:													
Casos	150	1,447	1,680	1,792	1,651	1,034	613	580	761	785	669	741	11,903
MC	54,837	571,030	804,186	893,557	868,243	595,810	412,897	375,021	520,402	619,866	566,588	637,614	6,920,050
MC promedio	366	395	479	499	526	576	674	647	684	790	847	860	581
Total de Rentas Vitalicias:													
Casos	169	2,759	4,453	4,917	5,471	2,329	751	966	1,489	1,475	1,805	2,098	28,682
MC	58,292	851,294	1,539,601	1,790,155	2,133,637	1,042,831	464,912	525,023	777,430	880,100	1,066,095	1,293,829	12,423,199
MC promedio	345	309	346	364	390	448	619	544	522	597	591	617	433
Variación respecto al año anterior:													
Casos		1532.5%	61.4%	10.4%	11.3%	-57.4%	-67.8%	28.6%	54.1%	-0.9%	22.4%	16.2%	
MC		1360.4%	80.9%	16.3%	19.2%	-51.1%	-55.4%	12.9%	48.1%	13.2%	21.1%	21.4%	
MC promedio		-10.5%	12.1%	5.3%	7.1%	14.8%	38.3%	-12.2%	-3.9%	14.3%	-1.0%	4.4%	

* MC: Monto Constitutivo.

Nota: El número de rentas vitalicias otorgadas por año se obtienen a partir de la fecha de resolución.

Fuente: IMSS.

En el caso del SIV, con la aplicación de los Artículos 121, y Tercero y Cuarto Transitorios de la Ley del Seguro Social, el número de rentas vitalicias otorgadas y el gasto correspondiente de 2002 a 2005 tuvieron una disminución importante con relación a lo registrado en el periodo 1998-2001, como puede observarse en el cuadro III.21. Es pertinente señalar que el número total de pensiones iniciales por invalidez no disminuye, sólo cambia la distribución por tipo de pensión que se genera, ya sea temporal o definitiva bajo la Ley de 1997 o definitiva bajo la Ley de 1973.

Cuadro III.21.
Evolución de las Rentas Vitalicias y de los Montos Constitutivos Otorgados
en el Seguro de Invalidez y Vida
(miles de pesos corrientes)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Pensiones directas:													
Invalidez:													
Casos	2,276	10,581	9,572	10,691	12,436	4,245	11	25	27	51	1,538	2,811	54,264
MC*	740,155	3,799,531	4,129,499	4,957,735	6,279,288	2,286,116	11,552	25,794	29,647	50,699	1,171,294	2,048,042	25,529,352
MC promedio	325	359	431	464	505	539	1,050	1,032	1,098	994	762	729	470
Pensiones derivadas por fallecimiento:													
Viudez:													
Casos	631	2,926	3,014	3,507	4,053	2,771	1,423	1,504	1,884	2,008	1,995	1,978	27,694
MC	158,760	831,084	988,291	1,256,838	1,529,902	1,135,101	634,217	713,985	935,885	1,029,175	1,111,529	1,157,549	11,482,314
MC promedio	252	284	328	358	377	410	446	475	497	513	557	585	415
Viudez-Orfandad:													
Casos	1,160	5,437	5,420	5,989	6,388	4,565	2,836	2,804	3,394	3,837	3,571	3,679	49,080
MC	411,800	2,115,443	2,474,371	2,962,797	3,341,943	2,555,600	1,794,004	1,834,171	2,271,592	2,625,305	2,619,525	2,886,899	27,893,450
MC promedio	355	389	457	495	523	560	633	654	669	684	734	785	568
Orfandad:													
Casos	114	798	950	901	1,016	567	257	256	355	425	260	271	6,170
MC	8,516	60,121	84,137	84,797	96,377	59,387	32,912	34,856	47,533	59,218	41,000	44,209	653,063
MC promedio	75	75	89	94	95	105	128	136	134	139	158	163	106
Ascendencia:													
Casos	158	1,028	1,240	1,479	1,614	1,000	565	621	773	878	579	594	10,529
MC	10,791	75,717	103,271	132,984	151,059	103,825	71,867	87,548	118,566	135,664	90,823	101,221	1,183,337
MC promedio	68	74	83	90	94	104	127	141	153	155	157	170	112
Total pensiones derivadas por fallecimiento:													
Casos	2,063	10,189	10,624	11,876	13,071	8,903	5,081	5,185	6,406	7,148	6,405	6,522	93,473
MC	589,867	3,082,365	3,650,070	4,437,416	5,119,281	3,853,913	2,533,000	2,670,559	3,373,576	3,849,361	3,862,877	4,189,878	41,212,163
MC promedio	286	303	344	374	392	433	499	515	527	539	603	642	441
Total de rentas vitalicias:													
Casos	4,339	20,770	20,196	22,567	25,507	13,148	5,092	5,210	6,433	7,199	7,943	9,333	147,737
MC	1,330,022	6,881,895	7,779,569	9,395,151	11,398,569	6,140,028	2,544,553	2,696,354	3,403,223	3,900,060	5,034,171	6,237,920	66,741,515
MC promedio	307	331	385	416	447	467	500	518	529	542	634	668	452
Variación respecto al año anterior:													
Casos		378.7%	-2.8%	11.7%	13.0%	-48.5%	-61.3%	2.3%	23.5%	11.9%	10.3%	17.5%	
MC		417.4%	13.0%	20.8%	21.3%	-46.1%	-58.6%	6.0%	26.2%	14.6%	29.1%	23.9%	
MC promedio		8.1%	16.3%	8.1%	7.3%	4.5%	7.0%	3.6%	2.2%	2.4%	17.0%	5.5%	

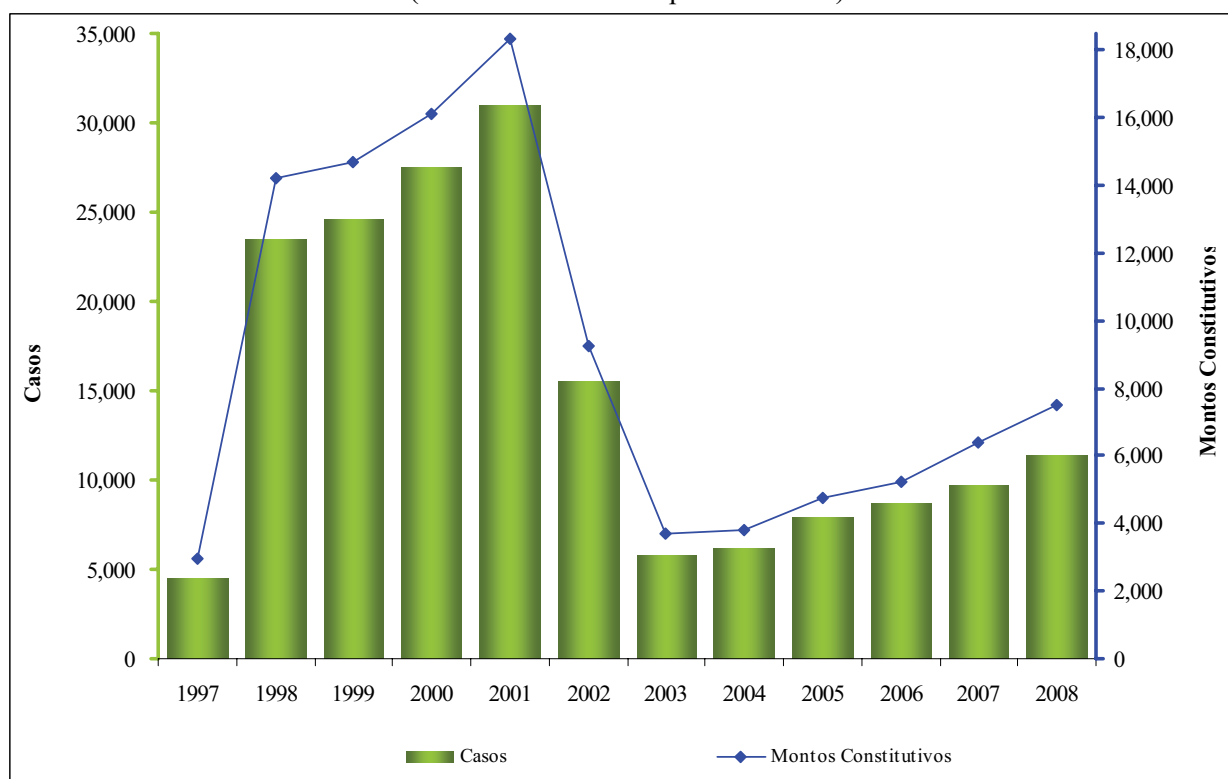
* MC: Monto Constitutivo.

Nota: El número de rentas vitalicias otorgadas por año se obtienen a partir de la fecha de resolución.

Fuente: IMSS.

A efecto de ver el comportamiento histórico de las rentas vitalicias del SRT y del SIV de manera conjunta, la gráfica III.11 muestra desde el inicio de la Ley vigente, el número de casos y los montos destinados al pago de rentas vitalicias actualizados a pesos de 2008, los cuales, de acuerdo con la gráfica, aumentan de forma sostenida hasta 2001. En 2002 y en 2003 se reduce tanto el número de casos como el importe de los montos constitutivos, y a partir de 2004 comienza a revertirse ligeramente esa tendencia. En el caso de las pensiones definitivas de invalidez del SIV, habrá que esperar algunos años para observar los efectos de las políticas de fomento a la rehabilitación, como ya se señaló. En cualquier caso, la situación probable será un aumento paulatino en el número de pensiones definitivas otorgadas, así como en el pago de montos constitutivos.

Gráfica III.11.
Casos y Montos Constitutivos de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida
(cifras en millones de pesos de 2008)



Nota: En el año 2004 no se incluye el impacto financiero al Artículo Décimo Cuarto Transitorio por un monto de 1,822 millones de pesos, debido a que una buena parte de este monto corresponde al retroactivo en 2003, por lo que su inclusión en la gráfica dificultaría la comparación de cifras.

Fuente: IMSS.

CAPÍTULO IV

PERSPECTIVAS DE LARGO PLAZO PARA SEGUROS NO EVALUADOS ACTUARIALMENTE

IV. PERSPECTIVAS DE LARGO PLAZO PARA SEGUROS NO EVALUADOS ACTUARIALMENTE

En este capítulo se hace un análisis sobre la perspectiva financiera de los Seguros de Enfermedades y Maternidad (SEM), el cual incluye el ramo de asegurados en activo (SEM-Asegurados) y el de Gastos Médicos de Pensionados (GMP); Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS); y de Salud para la Familia (SSFAM), en el periodo de 2009 a 2050. Esta evaluación se realiza con el fin de dar cumplimiento al Artículo 273, fracción I, de la Ley del Seguro Social (LSS), en la que se establece que se debe presentar un Informe sobre la situación financiera presente y futura de cada uno de los seguros ofrecidos por el IMSS, y complementa al Capítulo III en el que se presentan los resultados de las valuaciones actuariales de los Seguros de Invalidez y Vida (SIV), de Riesgos de Trabajo (SRT) y el ramo de GMP.

La evaluación desarrollada en este capítulo se realizó tomando como base los resultados sobre las tendencias de ingresos y gastos del IMSS, y de cada uno de los seguros analizados, estimadas en el Modelo Integral Financiero y Actuarial para Proyecciones de Largo Plazo (MIFAPLP), el cual se audita anualmente. El modelo y sus resultados consolidados a nivel Instituto se tratan con mayor detalle en el capítulo XIII de este Informe.

Los resultados obtenidos para cada seguro se expresan en términos de la *prima de contribución* (PC), que es la aportación tripartita de financiamiento de cada seguro; la *prima de reparto* (PR), que es aquella que permitiría equilibrar los ingresos y los gastos en cada año; y, de la *prima media nivelada* (PMN), que es igual al cociente del valor presente de los ingresos respecto al valor presente de los gastos en todo el periodo analizado (2009 a 2050). Asimismo, se cuantifica el Salario Base de Cotización (SBC) *de contribución*, que es el SBC estimado bajo los esquemas de contribución tripartita actuales y a partir de los ingresos proyectados en cada seguro; y el SBC *de equilibrio*, que es el SBC que se requeriría para cubrir el gasto total del seguro en cada año, bajo la premisa de que se mantienen fijas las contribuciones de los patrones, trabajadores y del Gobierno Federal.

Por la relevancia del tema, en el inicio de este capítulo se describe nuevamente el esquema de aportación vigente de cada seguro; posteriormente, se presenta la información y las premisas utilizadas en el cálculo de las primas y salarios; y finalmente, presenta el análisis de los resultados obtenidos en cada seguro.

IV.1. Esquema de Financiamiento Vigente

La LSS contempla en diversos artículos⁶⁰ las aportaciones tripartitas con las que se financian los Seguros. En el cuadro IV.1 se resumen estas aportaciones para el SEM y SGPS.

Cuadro IV.1.
Esquema de Financiamiento de los Seguros de Enfermedades y Maternidad y de Guarderías y Prestaciones Sociales
(Aportación Diaria por Trabajador)

Seguros	Base de cotización	Aportación			
		Patrón	Trabajador	Gobierno	Total
Enfermedades y Maternidad					
A) Asegurados					
Prestaciones en especie					
- Cuota fija	Salario Mínimo General del D. F. (SMGDF)	20.40% ^{-1/}	---	\$8.19 ^{-2/}	
- Cuota excedente	Excedente de Salario Base de Cotización (SBC) - 3 SMGDF	1.100% ^{-3/}	0.400% ^{-4/}	---	1.500%
Prestaciones en dinero		0.700%	0.250%	0.050%	1.000%
B) Pensionados	SBC	1.050%	0.375%	0.075%	1.500%
Guarderías y Prestaciones Sociales	SBC	1.000%	---	---	1.000%

^{1/} Este porcentaje inició en 13.9 por ciento de un SMGDF el 1o. de julio de 1997. A partir de 1999 se incrementó en enero de cada año en 0.65 puntos porcentuales.

^{2/} Este importe es una cuota que se paga por día cotizado. Inició en \$3.76 el 1o. de julio de 1997 y se actualiza trimestralmente de acuerdo con la variación del INPC. Esta aportación se estimó en marzo de 2009 con la inflación acumulada a febrero de 2009.

^{3/} Este porcentaje inició en 6% el 1o. de julio de 1997. A partir de 1999 se redujo anualmente en 0.49 puntos porcentuales, hasta llegar a 1.1 por ciento vigente.

^{4/} Este porcentaje inició en 2% el 1o. de julio de 1997. A partir de 1999 se redujo anualmente en 0.16 puntos porcentuales, hasta llegar a 0.4 por ciento vigente.

Por su parte, el SSFAM se financia mediante los ingresos por cuotas de los asegurados y las aportaciones por familia que realiza el Gobierno Federal. Las aportaciones de los asegurados consisten en el pago de una cuota anual por el asegurado y cada familiar que se incorpore al Seguro, la cual es establecida de acuerdo con el grupo de edad al que pertenezcan. Cabe mencionar que estas cuotas fueron determinadas en diciembre de 2001 y se actualizan en febrero de cada año de acuerdo con la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). Las cuotas vigentes en 2009 se muestran en el cuadro IV.2.

⁶⁰ Los Artículos que contemplan los esquemas de contribución para el financiamiento de las prestaciones de cada seguro son los siguientes: i) SEM-Asegurados.- Artículos 105 al 108; ii) SEM-Pensionados (GMP).- Artículo 25; iii) SGPS.- Artículos 211 y 212; y, iv) SSFAM.- Artículo 242.

Cuadro IV.2.
Esquema de Financiamiento del SSFAM

Edad del Miembro de la Familia en Años Cumplidos	Cuota Total en Moneda Nacional por Miembro del Grupo de Edad Señalado	
	2002	2009
0 a 19	889	1,222
20 a 39	1,039	1,428
40 a 59	1,553	2,134
60 o más	2,337	3,211

Fuente: Ley del Seguro Social.

Por su parte, las aportaciones del Gobierno Federal al SSFAM se realizan por familia asegurada, independientemente del tamaño de la misma y consisten en una cuota fija diaria equivalente a 13.9 por ciento de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal en julio de 1997. Dicha aportación se ajusta trimestralmente conforme a la variación del INPC, y se estima para marzo de 2009 en 8.19 pesos diarios.

IV.2. Información y Premisas

Las bases de cálculo utilizadas para la estimación de la PC, PR y PMN, así como del SBC de contribución y SBC de equilibrio, para el periodo 2009 a 2050, fueron las siguientes:

- Del MIFAPLP 2009–2050 se obtuvo la siguiente información: i) tasa de crecimiento de asegurados; ii) tasa de inflación anual; iii) salario mínimo general vigente en el D. F. (SMGDF); iv) ingresos anuales de cada seguro; y, v) gastos anuales de cada seguro.
- Asegurados por modalidad.
- De las hipótesis de la valuación actuarial del SIV se consideró lo siguiente: i) tasa de interés técnico igual a 3.5%; y, ii) densidad de cotización igual a 100 en SSFAM y 0.92 en los demás seguros.

Las premisas establecidas para el cálculo fueron las siguientes:

- Los ingresos de cada seguro considerados fueron las cuotas obrero-patronales y las aportaciones del Gobierno Federal, es decir, no se incluyen otros ingresos.
- Los gastos totales de cada seguro, incluyen los capítulos de: i) servicios de personal; ii) régimen de jubilaciones y pensiones (RJP); iii) subsidios y ayudas, y pensiones temporales y provisionales; iv) sumas aseguradas; v) inversión física; vi) materiales y suministros; y vii) servicios generales.

- La estimación de la PC de cada seguro, expresada en función del SBC, se calculó tomando como parámetro de referencia la prima de contribución del ramo de GMP.
- La estimación de la PR y de la PMN se realizó con base en la PC, los ingresos por cuotas obrero-patronales y estatales, y los gastos estimados en cada año de proyección.
- El SBC de contribución de cada seguro se obtuvo de despejar la siguiente expresión:

$$\text{Ingresos} = \text{Asegurados} \times \text{SBC de contribución} \times \text{Prima de contribución} \times \text{días cotizados}$$
- El SBC de equilibrio se estimó de manera análoga al SBC de contribución, con la diferencia de que en lugar de los ingresos se consideraron los gastos:

$$\text{Gastos} = \text{Asegurados} \times \text{SBC de equilibrio} \times \text{Prima de contribución} \times \text{días cotizados}$$

A continuación, se presentan los resultados de las proyecciones de ingresos y gastos en cada seguro, así como las primas y los salarios obtenidos conforme a la información y premisas que se mencionaron en esta sección.

IV.3. Resultados de las Proyecciones de Cada Seguro

IV.3.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad

IV.3.1.1. Ramo de trabajadores en activo (SEM-Asegurados)

Las estimaciones del MIFAPLP 2009-2050 muestran que el ramo presentará un resultado deficitario en todo el periodo, el cual se incrementará a una tasa anual promedio de cinco por ciento en cada año; se estima que el déficit representará 13.6 por ciento respecto a los ingresos en 2009; se incrementará a más de 20 por ciento en 2015, y superará 50 por ciento en 2047, como se detalla en el cuadro IV.3. Durante el periodo de proyección, los ingresos crecerán en 97.6 por ciento, mientras que los gastos lo harán en 163.3 por ciento. En este rubro, en los capítulos de Servicios de Personal y de Régimen de Jubilaciones y Pensiones se observarán los mayores incrementos.

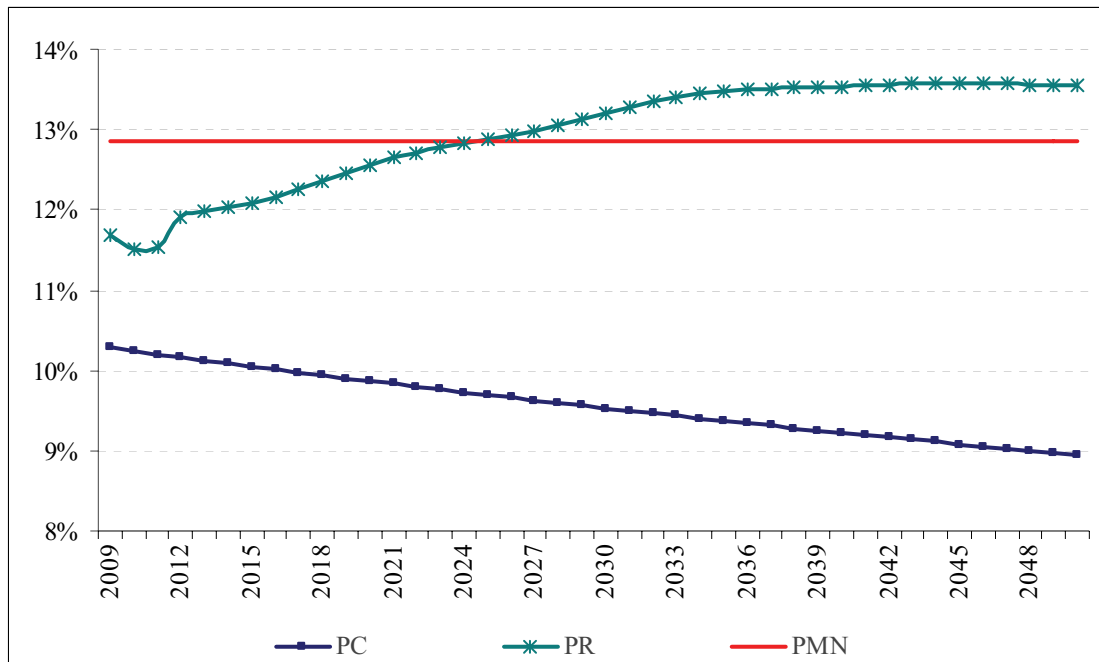
Cuadro IV.3.
Proyección de Ingresos, Gastos y Déficit del SEM-Asegurados, 2009-2050
(millones de pesos de 2009)

Concepto	2009	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	78,255	80,599	93,856	107,332	120,479	133,431	145,853	157,721	169,256	181,563
Cuotas a cargo del Estado	46,316	47,090	51,603	55,542	58,629	61,028	62,668	63,639	64,117	64,572
Total de Ingresos	124,570	127,689	145,459	162,874	179,108	194,458	208,521	221,360	233,373	246,136
Gastos										
Servicios de Personal	75,751	75,778	84,287	96,238	109,939	125,653	143,681	164,369	188,116	215,380
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	20,359	22,047	36,373	49,597	59,508	68,369	74,486	72,908	67,351	57,690
Subsidios y ayudas, pens. temp. y prov.	6,884	7,200	8,726	10,006	11,253	12,480	13,654	14,772	15,857	17,014
Sumas aseguradas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inversión física	6,591	5,718	7,750	8,887	9,995	11,084	12,127	13,120	14,083	15,111
Materiales y suministros	21,984	22,664	26,493	30,381	34,167	37,891	41,455	44,850	48,143	51,656
Servicios generales	9,940	10,140	11,253	12,262	13,116	13,848	14,439	14,903	15,278	15,672
Total de Gasto	141,508	143,547	174,883	207,371	237,978	269,326	299,841	324,923	348,828	372,523
Excedente Neto de Ingresos Sobre Gastos	-16,938	-15,858	-29,423	-44,497	-58,870	-74,867	-91,320	-103,563	-115,455	-126,387

Fuente: IMSS.

Por otro lado, se estimó que la PC promedio será de 9.6 por ciento respecto al SBC. Esta PC promedio es inferior en 3.3 puntos porcentuales a la PMN. Lo anterior implica que, de acuerdo con las estimaciones del MIFAPLP 2009-2050, para que este ramo sea financieramente viable se requeriría que la PC actual aumente en promedio en 34.2 por ciento, como se muestra en la gráfica IV.1.

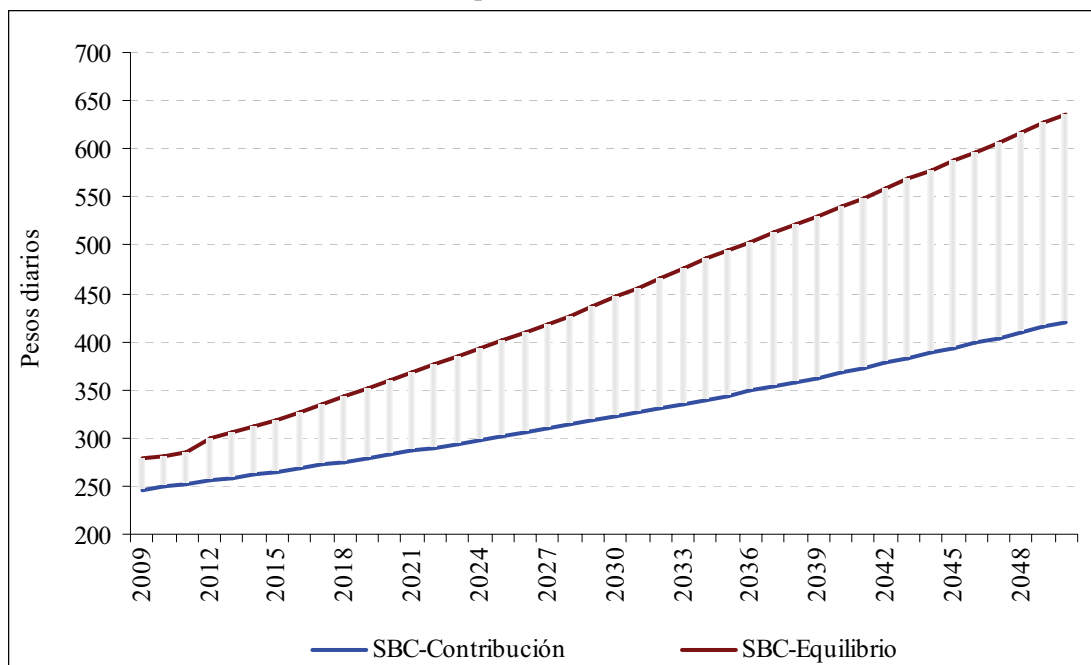
Gráfica IV.1.
Primas de Contribución, de Reparto y Nivelada del SEM-Asegurados, 2009-2050



Fuente: IMSS.

En términos del SBC, se estima que el SBC de contribución ascendería a 324.5 pesos diarios de 2009 en promedio para el periodo, mientras que el SBC de equilibrio sería de 446.7 pesos diarios de 2009. La tendencia de esta diferencia en el periodo de análisis se muestra en la gráfica IV.2.

Gráfica IV.2.
SBC de Contribución y SBC de Equilibrio del SEM-Asegurados, 2009-2050
(pesos de 2009)



Fuente: IMSS.

IV.3.1.2. Ramo de Gastos Médicos de Pensionados

Los resultados de las estimaciones para el ramo de GMP presentan un déficit de 21,176 millones de pesos en 2009, mismo que representa 116.5 por ciento de sus ingresos. Asimismo, las proyecciones obtenidas indican que este déficit casi se triplicará en el último año del periodo analizado, como se indica en el cuadro IV.4.

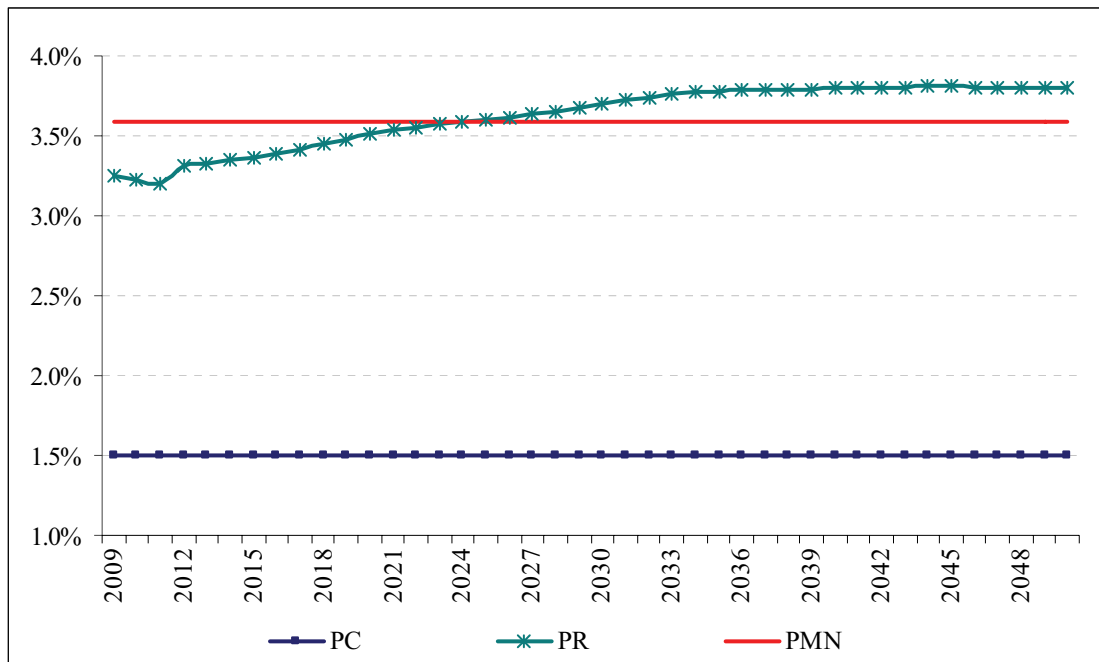
Cuadro IV.4.
Proyección de Ingresos, Gastos y Déficit del Ramo de GMP, 2009-2050
(millones de pesos de 2009)

Concepto	2009	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	17,203	17,719	20,633	23,595	26,486	29,333	32,064	34,673	37,208	39,914
Cuotas a cargo del Estado	968	984	1,079	1,161	1,226	1,276	1,310	1,330	1,340	1,350
Total de Ingresos	18,171	18,703	21,711	24,756	27,711	30,608	33,374	36,003	38,549	41,264
Gastos										
Servicios de Personal	22,723	22,731	25,297	28,902	33,035	37,775	43,213	49,454	56,617	64,841
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	6,142	6,652	10,974	14,963	17,954	20,627	22,472	21,996	20,320	17,405
Subsidios y ayudas, pens. temp. y prov.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sumas aseguradas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inversión física	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Materiales y suministros	7,312	7,539	8,812	10,105	11,365	12,603	13,789	14,918	16,014	17,182
Servicios generales	3,170	3,234	3,589	3,910	4,183	4,416	4,604	4,753	4,872	4,998
Total de Gasto	39,347	40,155	48,672	57,882	66,536	75,422	84,079	91,121	97,822	104,426
Excedente Neto de Ingresos Sobre Gastos	-21,176	-21,452	-26,961	-33,125	-38,825	-44,813	-50,706	-55,118	-59,274	-63,162

Fuente: IMSS.

Del ramo de GMP, 1.5 por ciento de PC actual, representa tan sólo 41.8 por ciento de la prima requerida para financiar los gastos del ramo durante el periodo 2009 a 2050 (PMN), la cual se estima en 3.6 por ciento, como se puede observar en la gráfica IV.3.

Gráfica IV.3.
Primas de Contribución, de Reparto y Nivelada de GMP, 2009-2050

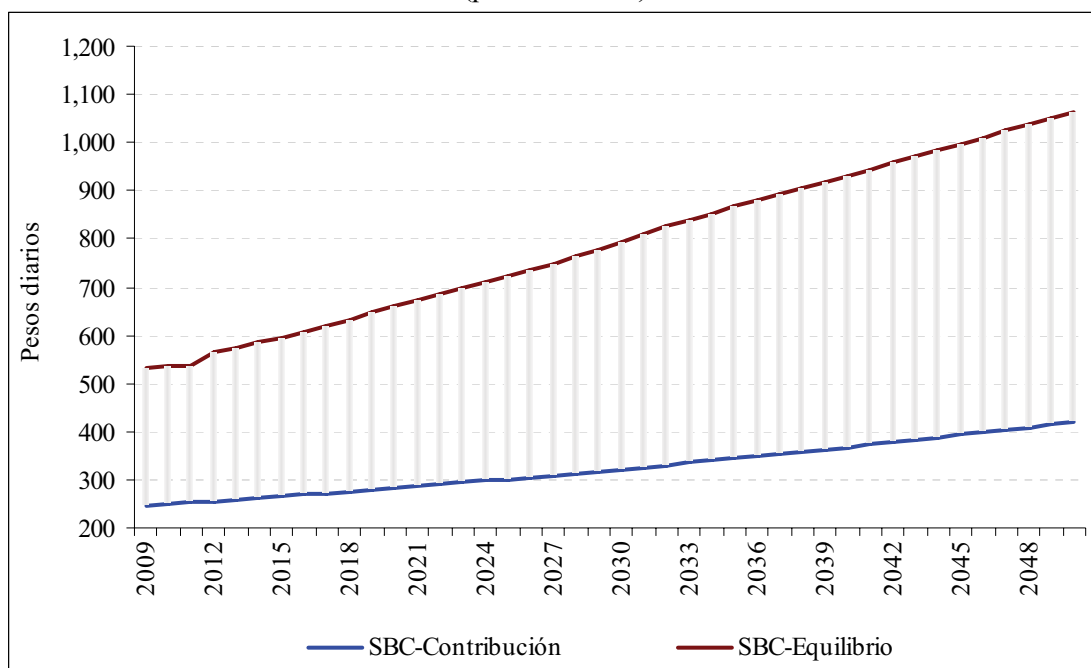


Fuente: IMSS.

En términos del SBC, se observa que para asegurar la viabilidad del ramo bajo el esquema de contribución actual, se requeriría de un SBC de equilibrio de 790 pesos diarios de 2009, lo

cual representa casi 2.4 veces el SBC de contribución. La tendencia de esta diferencia en el periodo de análisis se muestra en la gráfica IV.4.

Gráfica IV.4.
SBC de Contribución y SBC de Equilibrio del Ramo de GMP, 2009-2050
(pesos de 2009)



Fuente: IMSS.

IV.3.1.3. Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM-Total)

Se estima que las aportaciones tripartitas del SEM-Total (que incluye los ramos de asegurados en activo y de pensionados) para 2009 ascenderán a 142,742 millones de pesos, mientras que los gastos que erogue el Seguro serán de 180,855 millones de pesos para ese año, con un déficit de 38,114 millones de pesos. En el periodo de proyección, los ingresos crecerán en 1.7 por ciento en promedio en cada año, mientras que los gastos lo harán en 2.4 por ciento, lo que traerá como consecuencia que el déficit del Seguro aumente a una tasa anual de 4 por ciento en promedio, como se muestra en el cuadro IV.5.

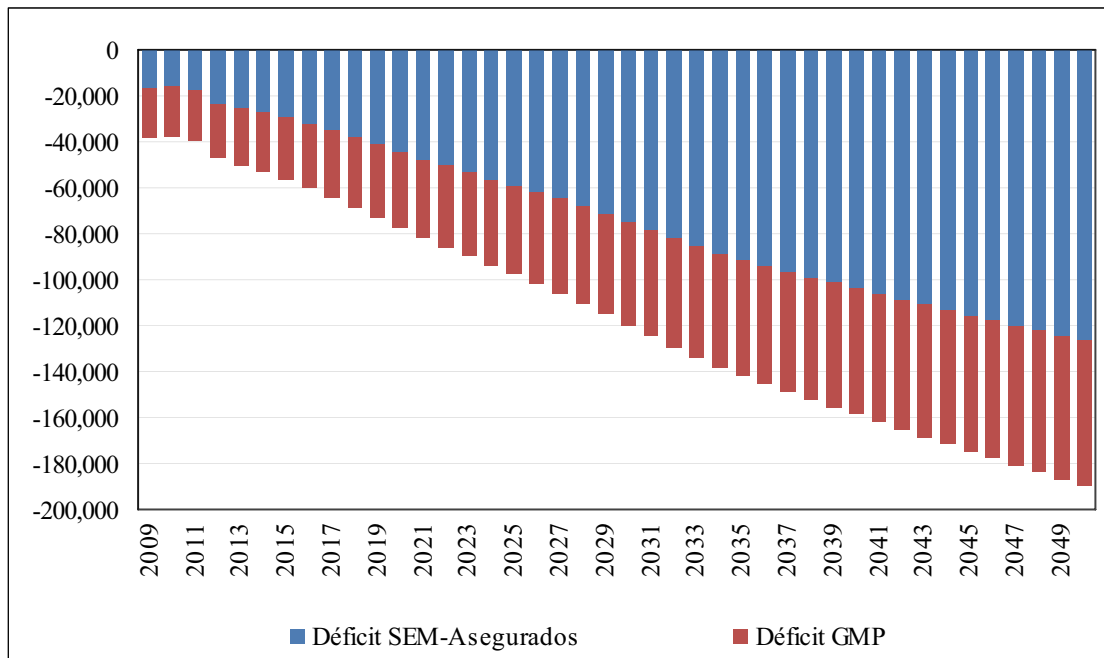
Cuadro IV.5.
Proyección de Ingresos, Gastos y Déficit del SEM-Total, 2009-2050
(millones de pesos de 2009)

Concepto	2009	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	95,458	98,318	114,488	130,928	146,965	162,763	177,916	192,393	206,464	221,477
Cuotas a cargo del Estado	47,284	48,074	52,682	56,703	59,855	62,303	63,978	64,970	65,458	65,922
Total de Ingresos	142,742	146,392	167,171	187,631	206,819	225,067	241,895	257,363	271,922	287,400
Gastos										
Servicios de Personal	98,473	98,509	109,584	125,140	142,975	163,429	186,895	213,823	244,733	280,221
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	26,501	28,699	47,346	64,561	77,462	88,996	96,959	94,904	87,671	75,095
Subsidios y ayudas, pens. temp. y prov.	6,884	7,200	8,726	10,006	11,253	12,480	13,654	14,772	15,857	17,014
Sumas aseguradas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inversión física	6,591	5,718	7,750	8,887	9,995	11,084	12,127	13,120	14,083	15,111
Materiales y suministros	29,296	30,203	35,306	40,486	45,532	50,494	55,243	59,769	64,157	68,838
Servicios generales	13,110	13,374	14,842	16,172	17,298	18,264	19,043	19,656	20,150	20,671
Total de Gasto	180,855	183,702	223,555	265,253	304,515	344,747	383,920	416,044	446,650	476,949
Excedente Neto de Ingresos Sobre Gastos	-38,114	-37,310	-56,384	-77,622	-97,695	-119,681	-142,026	-158,681	-174,728	-189,550

Fuente: IMSS.

La composición del déficit entre sus diferentes ramos presenta una dinámica singular a través del periodo en análisis. En 2009 el déficit de GMP representa alrededor de 56 por ciento respecto al déficit del SEM-Total, esta situación se comenzará a revertir hacia 2012, año en el que el SEM-Asegurados tendrá casi la misma participación respecto al resultado del Seguro, a partir de este año la participación de este ramo será creciente y se estima que para 2050 contribuirá con 66.7 por ciento del déficit del Seguro. La tendencia de esta transición para el periodo de análisis se muestra en la gráfica IV.5.

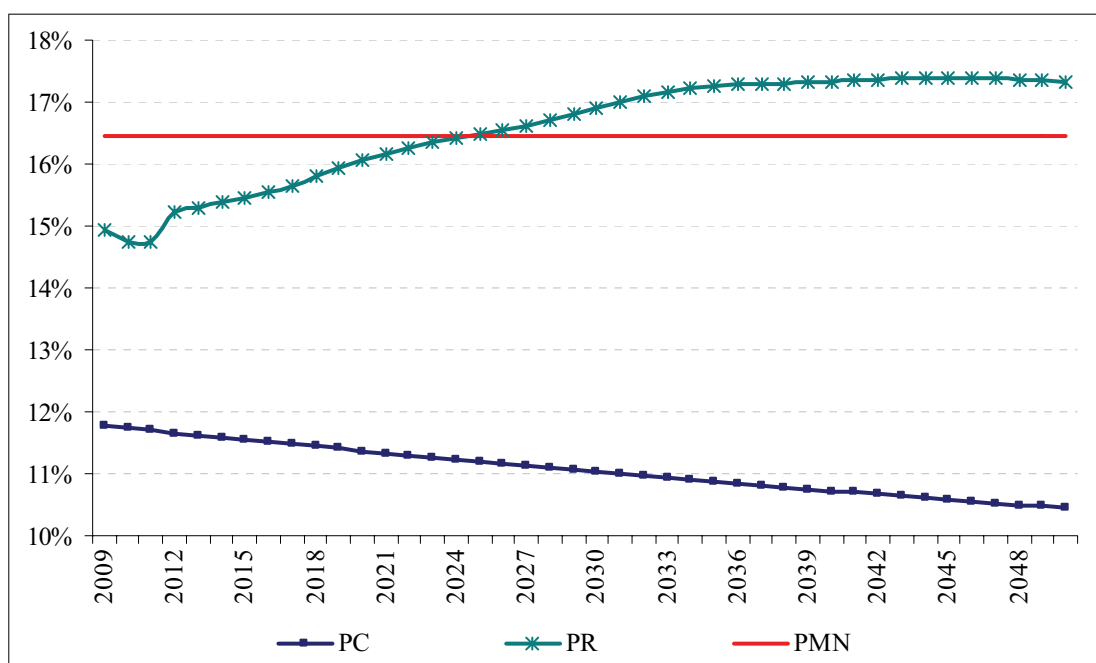
Gráfica IV.5.
Composición del Déficit Proyectado para el SEM-Total, 2009-2050



Fuente: IMSS.

La PC actual con la que se financian las prestaciones del SEM-Total se estima en 11.1 por ciento respecto al SBC; mientras que la prima de equilibrio financiero durante el periodo de proyección (PMN) asciende a 16.4 por ciento, por lo que sería necesario incrementar la tasa de aportación actual en 48.5 por ciento. Bajo el esquema actual de aportaciones del ramo SEM-Asegurados, dicha diferencia se irá incrementando a través del tiempo, como se puede observar en la gráfica IV.6.

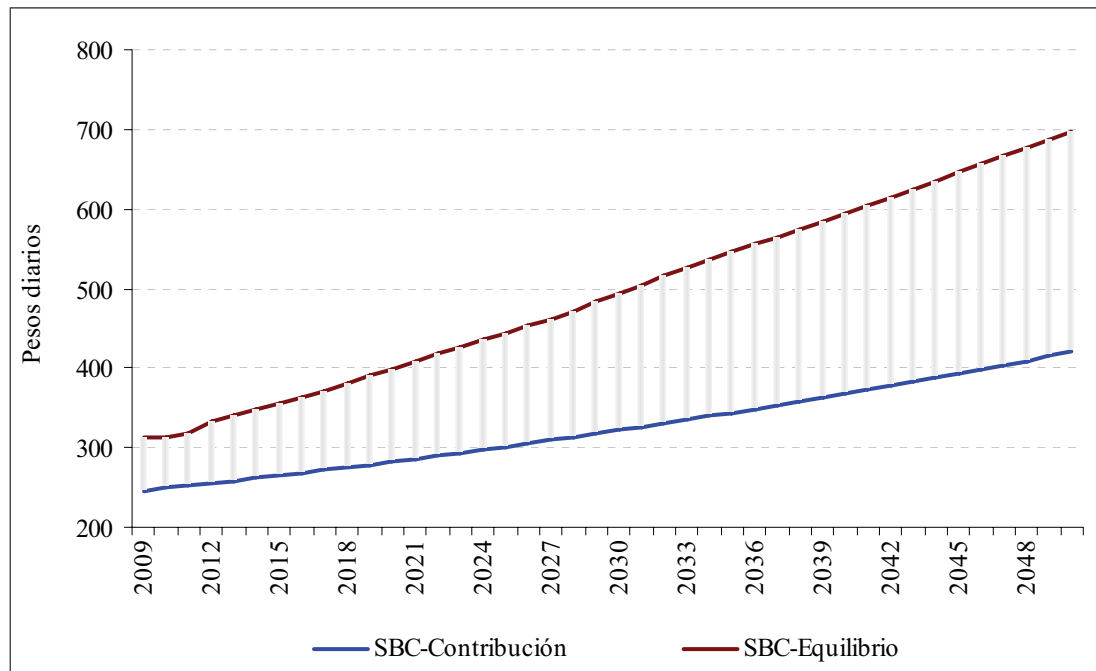
Gráfica IV.6.
Primas de Contribución, de Reparto y Nivelada del SEM-Total, 2009-2050



Fuente: IMSS.

En términos de SBC, de mantenerse el esquema de contribución tripartita vigente sería necesario que, en promedio, el SBC de equilibrio ascendiera a 493.5 pesos diarios de 2009, en lugar del SBC de contribución estimado en 324.5 pesos de 2009. La tendencia de esta diferencia en el periodo de análisis se muestra en la gráfica IV.7.

Gráfica IV.7.
SBC de Contribución y SBC de Equilibrio del SEM-Total, 2009-2050
 (pesos 2009)



Fuente: IMSS.

IV.3.2. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales

De acuerdo con las proyecciones del MIFAPLP 2009-2050, aunque el SGPS presentará resultados deficitarios de 2009 a 2027, se espera que a partir del año 2028 y hasta el 2050, el Seguro resulte superavitario. El superávit pasará de 16 a 3,279 millones de pesos durante el periodo señalado, con una tasa de crecimiento promedio de 27.2 por ciento anual, como se indica en el cuadro IV.6.

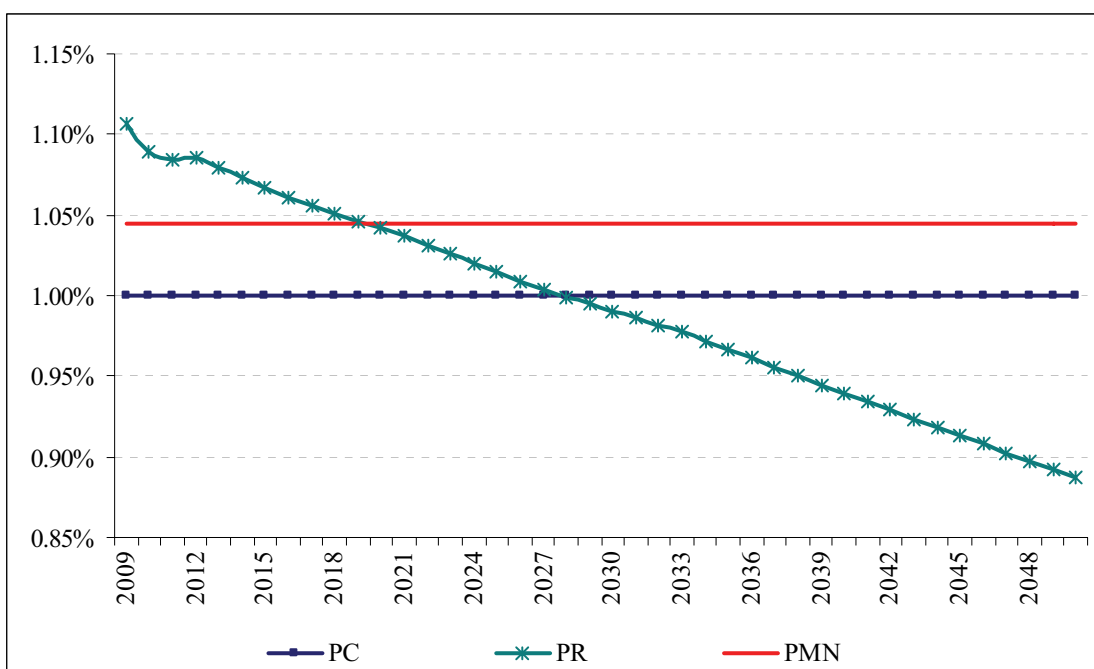
Cuadro IV.6.
Proyección de Ingresos, Gastos y Déficit del SGPS 2009-2050
 (millones de pesos de 2009)

Concepto	2009	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	12,485	12,859	14,974	17,125	19,222	21,289	23,271	25,164	27,004	28,968
Cuotas a cargo del Estado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de Ingresos	12,485	12,859	14,974	17,125	19,222	21,289	23,271	25,164	27,004	28,968
Gastos										
Servicios de Personal	2,663	2,664	2,913	3,263	3,663	4,123	4,650	5,256	5,950	6,748
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	596	645	1,064	1,451	1,741	2,000	2,179	2,133	1,970	1,688
Subsidios y ayudas, pens. temp. y prov.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sumas aseguradas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inversión física	509	442	599	686	772	856	937	1,013	1,088	1,167
Materiales y suministros	322	332	388	445	500	555	607	657	705	756
Servicios generales	9,723	9,919	11,007	11,994	12,829	13,545	14,123	14,577	14,944	15,330
Total de Gasto	13,813	14,002	15,971	17,839	19,506	21,079	22,496	23,636	24,657	25,689
Excedente Neto de Ingresos Sobre Gastos	-1,327	-1,142	-996	-714	-283	209	775	1,528	2,348	3,279

Fuente: IMSS.

La PMN estimada es igual a 1.04 por ciento, y la PC actual de uno por ciento del SBC, por lo que se requeriría aumentar en tan sólo cuatro centésimas de punto porcentual la PC vigente para alcanzar a cubrir los gastos del seguro en el periodo de proyección, como se observa en la gráfica IV.8.

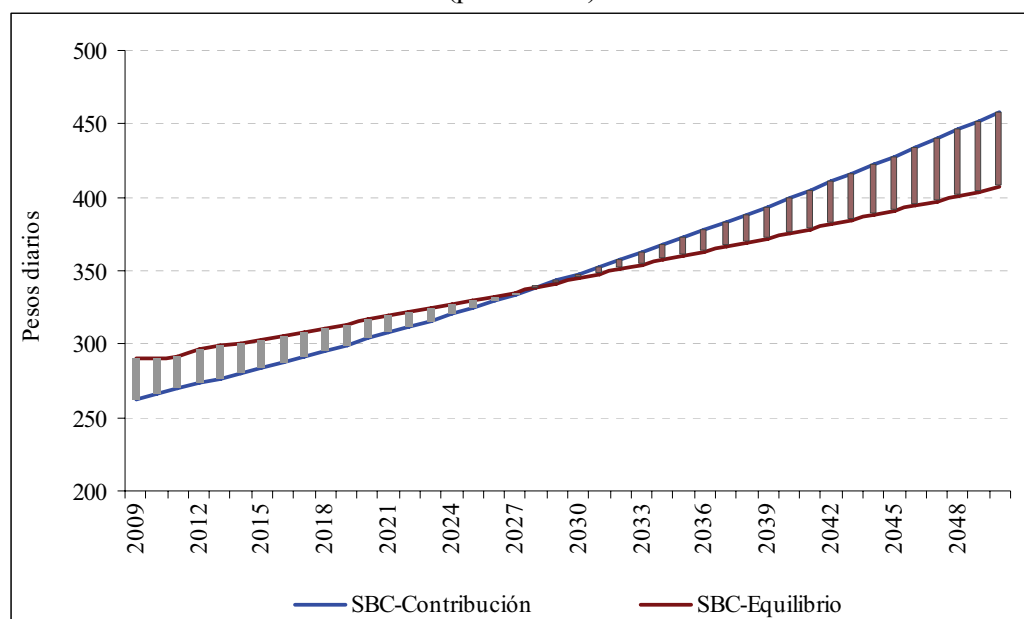
Gráfica IV.8.
Primas de Contribución, de Reparto y Nivelada del SGPS, 2009-2050



Fuente: IMSS.

En términos de SBC, bajo la estructura actual de contribuciones, el SBC de contribución es mayor al SBC de equilibrio. En promedio, el SBC de contribución es de 350.80 pesos de 2009, mientras que el SBC de equilibrio es igual a 344.7 pesos de 2009. La tendencia de esta diferencia en el periodo de análisis se muestra en la gráfica IV.9.

Gráfica IV.9.
SBC de Contribución y SBC de Equilibrio del SGPS, 2009-2050
 (pesos 2009)



Fuente: IMSS.

IV.3.3. Seguro de Salud para la Familia

De acuerdo con las estimaciones del MIFAPLP 2009-2050, los ingresos que en promedio percibirá el SSFAM de 2009 a 2050 cubrirán menos de la tercera parte de sus gastos (30.5 por ciento), como se observa en el cuadro IV.7. El monto de los ingresos esperados en este Seguro es inferior aún al gasto estimado en el capítulo de servicios de personal. En términos relativos, el déficit de este Seguro pasará de representar 178.5 por ciento de sus ingresos en 2009, a 200.7 por ciento en 2018, hasta alcanzar un nivel de 250.4 por ciento en 2050.

Cuadro IV.7.
Proyección de Ingresos, Gastos y Déficit del Seguro de SSFAM, 2009-2050
 (millones de pesos de 2009)

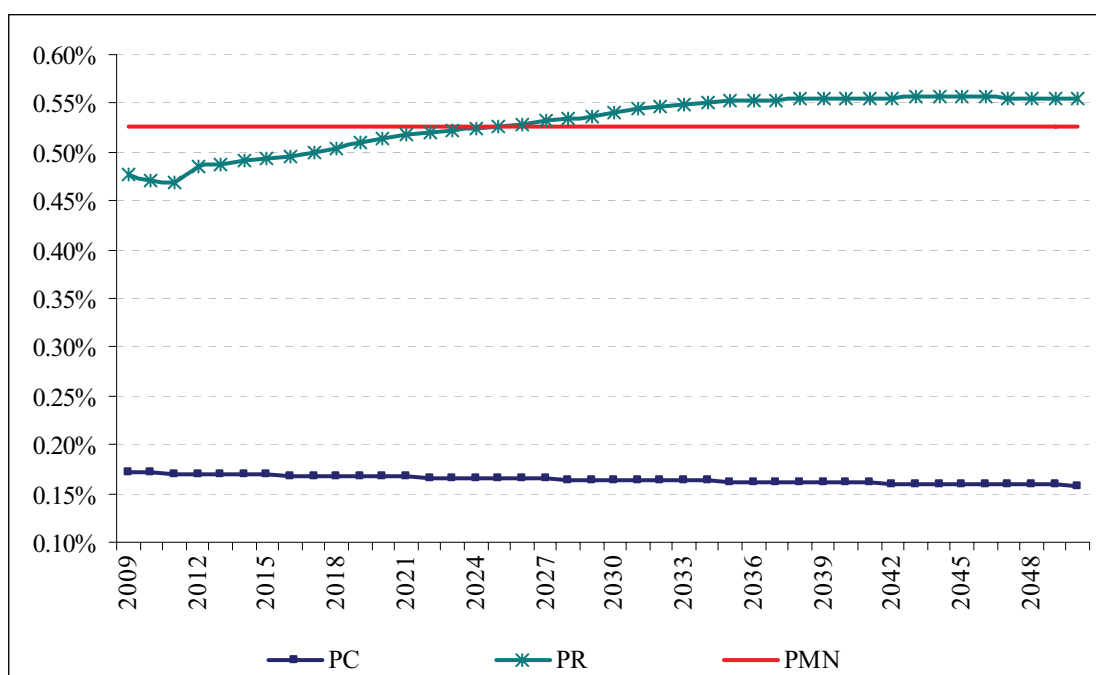
Concepto	2009	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	1,580	1,628	1,896	2,168	2,433	2,695	2,946	3,185	3,418	3,667
Cuotas a cargo del Estado	493	501	549	591	623	649	666	677	682	687
Total de Ingresos	2,073	2,129	2,444	2,758	3,057	3,344	3,612	3,862	4,100	4,354
Gastos										
Servicios de Personal	3,312	3,313	3,687	4,211	4,812	5,502	6,293	7,200	8,242	9,439
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	893	967	1,596	2,176	2,611	3,000	3,268	3,199	2,955	2,531
Subsidios y ayudas, pens. temp. y prov.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sumas aseguradas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inversión física	91	79	107	122	137	152	167	180	194	208
Materiales y suministros	966	996	1,164	1,335	1,501	1,665	1,821	1,970	2,115	2,269
Servicios generales	512	522	579	631	675	713	743	767	787	807
Total de Gasto	5,774	5,877	7,132	8,475	9,737	11,032	12,292	13,317	14,293	15,254
Excedente Neto de Ingresos Sobre Gastos	-3,701	-3,749	-4,688	-5,717	-6,680	-7,688	-8,680	-9,455	-10,193	-10,900

Fuente: IMSS.

Es conveniente señalar que el SSFAM es un seguro voluntario, que percibe ingresos provenientes de cuotas anuales establecidas en función de la edad de los asegurados, las cuales se actualizan anualmente conforme a la variación del INPC, por lo que en este sentido, tanto las primas estimadas como el SBC de contribución y de equilibrio sólo constituyen una referencia del requerimiento financiero de los ingresos para cubrir los gastos.

Como se indica en la gráfica IV.10, la PC del SSFAM se calcula en 0.16 por ciento, mientras que la PMN en 0.53 por ciento, por lo que sería necesario que para dar viabilidad al Seguro hasta el año 2050, se incrementen las contribuciones actuales en alrededor de 220 por ciento.

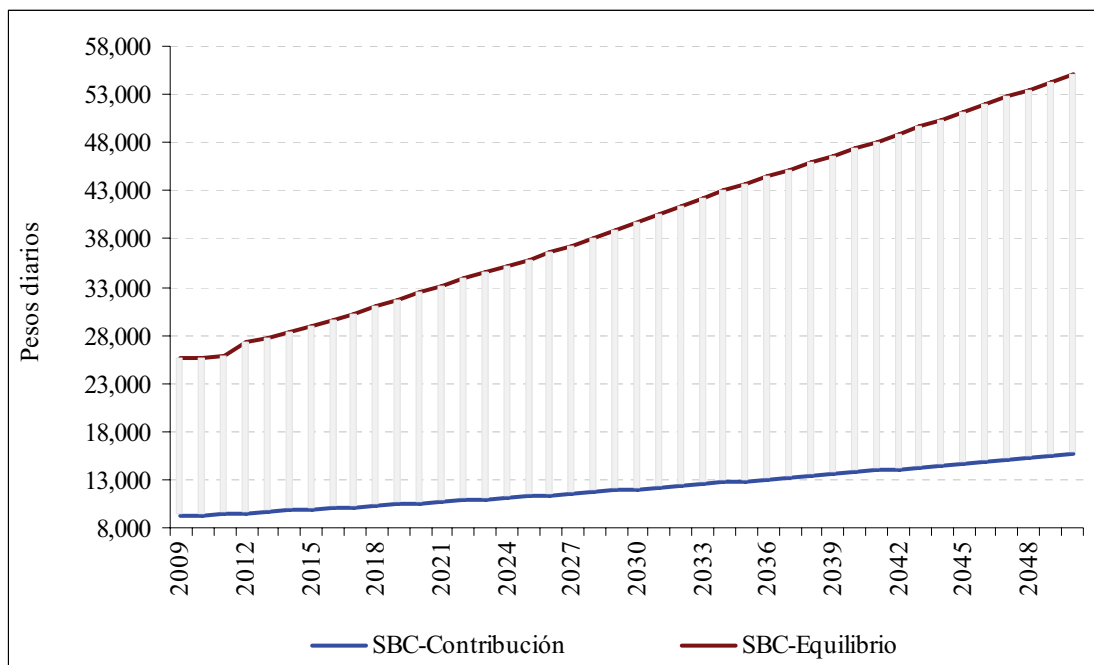
Gráfica IV.10.
Primas de Contribución, de Reparto y Nivelada del SSFAM, 2009-2050



Fuente: IMSS.

De manera similar, al calcular el SBC de contribución y el SBC de equilibrio del SSFAM se observa una diferencia del orden de 226.7 por ciento en términos relativos. En la gráfica IV.11 se muestra el comparativo entre ambos SBC. En promedio, el SBC de contribución se estima en 12,120 pesos de 2009, mientras que el SBC de equilibrio es igual a 39,598 pesos de 2009.

Gráfica IV.11.
SBC de Contribución y SBC de Equilibrio del SSFAM, 2009-2050



Fuente: IMSS.

IV.4. Resumen

El cuadro IV.8 muestra un resumen con los resultados obtenidos para cada Seguro, del cual resulta que el SGPS es el único que muestra suficiencia financiera en el mediano plazo. En contraste, el SSFAM es el que observa el mayor deterioro financiero en el periodo de proyección en términos relativos, mientras que en términos absolutos, el mayor déficit lo presenta el SEM-Asegurados.

Cuadro IV.8.
Primas y Salarios Promedio de 2009 a 2050 de los Seguros de Enfermedades y Maternidad, de Guarderías y Prestaciones Sociales, y de Salud para la Familia

Seguro	Primas Promedio			Salario Promedio	
	Contribución	Reparto	Nivelada	Contribución	Equilibrio
SEM-Aseg	9.57%	12.95%	12.84%	324.5	446.7
SEM-Pens	1.50%	3.62%	3.59%	324.5	789.5
SEM-Tot	11.07%	16.57%	16.44%	324.5	493.5
SGPS	1.00%	0.99%	1.04%	350.8	344.7
SSFAM	0.16%	0.53%	0.53%	12,120.1	39,597.5

Fuente: IMSS.

CAPÍTULO V

VALUACIÓN DEL PASIVO LABORAL DEL INSTITUTO EN SU CARÁCTER DE PATRÓN

V. VALUACIÓN DEL PASIVO LABORAL DEL INSTITUTO EN SU CARÁCTER DE PATRÓN

La fracción IV del Artículo 273 de la Ley del Seguro Social (LSS) establece que el Instituto debe informar la situación de sus pasivos laborales totales que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal.

De los diferentes esquemas de pensiones que se tienen establecidos para los trabajadores del IMSS, y que se señalan en el primer apartado, en el presente capítulo se analiza el correspondiente al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) que da cobertura a los trabajadores que ingresaron al Instituto antes del 12 de agosto de 2004, así como el “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso” suscrito en octubre de 2005.

El análisis del RJP, que se presenta en el apartado V.2, se realiza desde el punto de vista de las obligaciones laborales del Instituto en su carácter de patrón; el análisis del Convenio, que se incluye en el apartado V.3, se efectúa con el fin de verificar que se tenga suficiencia financiera para respaldar las pensiones que en su momento se otorguen a los trabajadores contratados bajo las disposiciones de dicho Convenio.

En adición a los dos apartados de referencia se incluye el V.4, en donde se muestran las cifras más relevantes del RJP que se han presentado en los informes anteriores, actualizadas al 31 de diciembre de 2008.

V.1. Sindicato e IMSS Comprometidos con el Futuro

El IMSS tiene con sus trabajadores un Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) incluido en su Contrato Colectivo de Trabajo, el cual crea una protección que complementa y amplía el plan de pensiones determinado por la LSS en los Seguros de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte y en el de Riesgos de Trabajo. Por esa razón, las jubilaciones y pensiones otorgadas conforme a dicho régimen comprenden, respecto de los trabajadores del IMSS que llegan a pensionarse o que fallecen, su doble carácter como asegurados y como trabajadores del Instituto. Esto se encuentra plasmado en el Artículo 1 del RJP, e implica que cada pensión otorgada bajo este Régimen se encuentra conformada por la parte que otorga la Seguridad Social y la parte denominada pensión complementaria, definida esta última como la diferencia entre la pensión que otorga el RJP y la que corresponde conforme a la LSS.

Actualmente, el RJP da cobertura a los trabajadores del IMSS que ingresaron al Instituto antes del 12 de agosto de 2004. A partir de esa fecha se han emitido tres importantes disposiciones que modifican el plan de pensiones de los trabajadores que se han ido contratando con posterioridad.

La primera es precisamente la reforma del 11 de agosto de 2004 a la LSS, que establece los lineamientos para financiar las pensiones complementarias derivadas del RJP de las nuevas contrataciones de trabajadores de base, de manera tal que éstas no graviten en el pasivo del RJP a cargo del Instituto en su carácter de patrón⁶¹.

La segunda disposición es el “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”, con el que a partir del 16 de octubre de 2005, entró en vigor un nuevo esquema de financiamiento de las prestaciones del RJP en el cual, en apego a la reforma del 11 de agosto de 2004, el Instituto, en su carácter de patrón, no utilizará recursos con cargo a su régimen presupuestario y financiero para el pago de pensiones complementarias.

La tercera disposición es el “Convenio para dar Cumplimiento a la Cláusula Seis Segunda del Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”, suscrito el 27 de junio de 2008 entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), en el cual se establece un nuevo esquema de pensiones⁶². En este nuevo ordenamiento, el Instituto tampoco tiene obligaciones con cargo a su régimen presupuestario y financiero por el pago de pensiones complementarias.

En versiones anteriores de este informe se enfatizaba que la reforma a la Ley del Seguro Social de 2001 y en especial la reforma de 2004 de los Artículos 277 D y 286 K, así como el “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo

⁶¹ En agosto de 2004, el H. Congreso de la Unión aprobó importantes reformas a los Artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social, las cuales tuvieron un fuerte impacto en la contratación de trabajadores:

- El Artículo 277 D establece, entre otros aspectos, que para poder crear, sustituir o contratar plazas se deberá depositar en el Fondo a que se refiere el Artículo 286 K, los recursos necesarios para cubrir los costos futuros derivados del RJP, a fin de que en todo momento se encuentre financiado.
- Por su parte, el Artículo 286 K establece que el Instituto, en su carácter de patrón, no podrá destinar a este Fondo recursos provenientes de las cuotas a cargo de los patrones y trabajadores, así como tampoco de las contribuciones, cuotas y aportaciones que conforme a la LSS son a cargo del Gobierno Federal, ni de las reservas a que se refiere el Artículo 280 de la LSS o de los productos financieros de ellas.

Conviene mencionar también, la reforma en 2001 a la LSS en la que el personal de Confianza que ingresó después del 21 de diciembre de 2001 no tiene derecho al RJP.

⁶² En el punto III.5 de este Convenio se indica que “... Para la “Nueva Generación” será aplicable un nuevo esquema de jubilaciones y pensiones de conformidad con lo establecido en la Ley del Seguro Social, adicionado por aportaciones complementarias para mejorar sus condiciones de retiro, ya sea incrementando el monto de su pensión, o bien, propiciando un ahorro del que podrán disponer cuando reúnan los requisitos para el mencionado retiro...”

Ingreso”, firmado el 14 de octubre de 2005, representaban un serio obstáculo para la contratación del nuevo personal de Base que requiere el Instituto.

Se postulaba, además, la necesidad de que Sindicato e Instituto siguieran construyendo una relación armónica que permitiera avanzar en la búsqueda de espacios de acuerdo y conciliación para lograr una solución definitiva a dicha problemática. El acuerdo debería en todo momento otorgar certeza jurídica tanto a los trabajadores actuales como a las futuras generaciones respecto a sus condiciones de retiro, así como dar cabal cumplimiento a lo establecido en la LSS. En este sentido, y con el apoyo abierto y frontal del Sindicato, el 27 de junio de 2008 se firmó un Convenio en el cual se estipula una *solución definitiva* a la contratación de nuevo personal.

La mecánica de este Convenio establece que una vez cumplido con el número de plazas acordado en el “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”, firmado el 14 de octubre de 2005, entrará en vigor un nuevo esquema pensionario para las nuevas contrataciones de Base denominadas “Nueva Generación”.

Para la “Nueva Generación” será aplicable un nuevo esquema de jubilaciones y pensiones de conformidad con lo establecido en la LSS, adicionado con aportaciones complementarias para mejorar las condiciones de retiro. Es decir, el trabajador es propietario de una cuenta individual administrada por una Afore en la cual se depositarán las aportaciones pactadas en el Convenio, así como las aportaciones del IMSS en su calidad de patrón y del Estado en los términos de la LSS. Ofrece, además, la ventaja de la portabilidad de los derechos y recursos depositados en la cuenta individual de cada trabajador.

V.2. Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad, al 31 de diciembre de 2008

Para valuar los pasivos laborales de las empresas y las instituciones, en enero de 2008 entró en vigor la Norma de Información Financiera NIF D-3 “Beneficios a los Empleados”⁶³, la cual sustituye a la metodología del Boletín D-3 “Obligaciones Laborales” que se aplicó desde 1993. Por esa razón, la valuación del pasivo laboral del IMSS en su carácter de patrón que se presenta en este capítulo con corte al 31 de diciembre de 2008, está realizada bajo esa nueva norma cuyos resultados difieren en forma importante de los obtenidos bajo la metodología del Boletín D-3.

⁶³ La NIF D-3 fue aprobada en agosto de 2007 por los miembros del Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera (CINIF).

Como se verá más adelante, entre una y otra metodologías existen diferencias sustanciales en la forma de registrar y de revelar contablemente diversos rubros de los planes complementarios de pensiones que es necesario conocer, a efecto de poder entender e interpretar el gran incremento que se presenta en el pasivo entre 2007 y 2008. Sobre estos cambios se abunda al presentar los resultados de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la metodología de la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) “Beneficios a los Empleados”, al 31 de diciembre de 2008⁶⁴. Asimismo, se hace referencia a las hipótesis adoptadas para valorar los pasivos laborales y también se indican las características generales del grupo de trabajadores activos y de pensionados del IMSS que fue considerado en la valuación. Finalmente, se presentan y analizan los resultados demográficos y financieros de la valuación, mismos que se comparan con los que se obtienen de la aplicación de la metodología del Boletín D-3.

V.2.1. Principales cambios de la NIF D-3 con respecto a la metodología del Boletín D-3, para la valuación de pasivos laborales

La presentación de los resultados de la valuación actuarial del RJP bajo la NIF D-3 tiene por objetivo informar, en términos del Artículo 273, fracción IV, de la Ley del Seguro Social (LSS), la situación de las obligaciones laborales a las que tiene que hacer frente el Instituto en el corto, mediano y largo plazos, derivadas del régimen complementario de pensiones que se aplica a sus trabajadores como parte de su Contrato Colectivo de Trabajo (CCT)⁶⁵.

Con la aplicación de la NIF D-3 a los resultados de la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2008 se tiene un fuerte impacto en el pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón, derivado principalmente de la aplicación, por primera vez, de la carrera salarial. Los cambios más relevantes de la NIF D-3 son los siguientes:

- Desaparecen las obligaciones mínimas denominadas Obligaciones por Beneficios Actuales (OBA).

⁶⁴ La valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad bajo la NIF D-3 al 31 de diciembre de 2008 la realizó un consultor actuarial externo al que se contrató mediante una licitación pública nacional.

⁶⁵ Como se ha indicado en los informes anteriores, los trabajadores del Instituto se rigen por el Apartado “A” del Artículo 123 de la Constitución, lo cual implica que poseen la doble calidad de afiliados y empleados del IMSS. Como asegurados, tienen derecho a las pensiones estipuladas en la LSS; como trabajadores del Instituto, se jubilan por años de servicio o se pensionan conforme al RJP, el cual es un régimen que otorga una pensión más amplia y complementaria al plan de pensiones establecido en la LSS.

- Las obligaciones por servicios pasados correspondientes a las OBP, bajo la NIF D-3 se denominan Obligaciones por Beneficios Definidos (OBD), y tienen como variable adicional la hipótesis de carrera salarial.
- Los beneficios valuados se agrupan por terminación y por retiro y se muestran en el cuadro V.1⁶⁶.

Cuadro V.1.
Agrupación de los Beneficios Valuados Conforme a la NIF D-3

Beneficios por terminación	Beneficios por retiro
Indemnizaciones legales antes del retiro.	Prima de antigüedad por separación voluntaria a edad de jubilación.
Prima de antigüedad por muerte.	Planes de jubilación.
Prima de antigüedad por invalidez.	Indemnización legal a la jubilación.
Prima de antigüedad por despido.	
Prima de antigüedad por separación voluntaria antes de la edad de retiro.	
Planes de pensiones por invalidez, incapacidad permanente y muerte.	

Nota: Los beneficios valuados conforme a la metodología del Boletín D-3 se agrupaban en su totalidad en beneficios por retiro.

Fuente: IMSS.

- Se incluye el supuesto de carrera salarial por cambios de puestos, mismo que es adicional al incremento de salarios derivado de revisiones contractuales.
- Conforme a la NIF D-3, para el reconocimiento contable de los beneficios al retiro se consideran periodos más cortos para la amortización de partidas pendientes de amortizar; inclusive, dando la opción a las entidades de poder reconocer directamente en resultados las ganancias o pérdidas actuariales conforme se devenguen. Sin embargo, los servicios pasados en el caso de que el empleado participante del plan de beneficios al retiro esté jubilado o haya alcanzado la condición de elegibilidad, deben reconocerse inmediatamente en los resultados del periodo (obligación adquirida).

⁶⁶ Los beneficios por terminación son remuneraciones que se pagan a los trabajadores o a sus beneficiarios al término de la relación laboral por causas diferentes a la jubilación, mientras que los beneficios por retiro son remuneraciones que se pagan al trabajador o sus beneficiarios, en el momento que el trabajador alcance el derecho a jubilación o retiro.

Asimismo, bajo esa norma, los beneficios por terminación son tratados como una provisión que debe reconocerse directamente en resultados, salvo que alguna otra norma de información financiera (NIF) particular permita su capitalización en un activo; esto es, sin que medie en ello diferimiento alguno del servicio pasado y de las ganancias o pérdidas actuariales. Se eliminan las cuentas de revelación, es decir, desaparece el pasivo adicional y sus contrapartidas de activo intangible y cuenta deudora de capital contable.

La valuación actuarial del RJP y de la prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS tiene como objetivo principal realizar estimaciones que permitan determinar el monto de las obligaciones laborales contempladas en el RJP contenido en el CCT, referentes a una protección más amplia y complementaria al plan de pensiones establecido en la LSS en los Seguros de Invalidez y Vida, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Retiro, y en el de Riesgos de Trabajo, otorgando como complemento la diferencia entre el alcance de la pensión que corresponda conforme a la LSS y la que otorga el RJP, según se estable en sus Artículos 1 y 3⁶⁷.

En lo referente a la aplicación de la Norma de Información Financiera a la valuación actuarial, ésta tiene como fin obtener las cifras que requiere el Instituto para reconocer o revelar en sus estados financieros al cierre de cada ejercicio los pasivos y los costos derivados tanto del RJP como de las cláusulas contractuales.

V.2.2. Hipótesis para la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad

De acuerdo con la NIF D-3, los pasivos laborales que se generan por pensiones y por prima de antigüedad se deben valorar de conformidad con el “Método de Crédito Unitario Proyectado” (MCUP), el cual permite determinar el valor de las obligaciones devengadas por concepto de los servicios prestados, con sueldos proyectados.

La aplicación del MCUP requiere de supuestos financieros como la tasa de descuento y el incremento de salarios y de pensiones. Asimismo, exige tener en cuenta supuestos demográficos tales como la tasa de rotación, de morbilidad y de mortalidad. Para la valuación del RJP y la

⁶⁷ Artículo 1. El Régimen de Jubilaciones y Pensiones para los trabajadores del Instituto es un estatuto que crea una protección más amplia y que complementa el plan de pensiones determinado por la Ley del Seguro Social, en los Seguros de Invalidez, Vejez, Edad Avanzada y Muerte y en el de Riesgos de Trabajo.

Las jubilaciones y pensiones que se otorguen conforme al presente régimen comprenden, respecto de los trabajadores, su doble carácter de asegurado y de trabajador del Instituto.

Artículo 3. El complemento a que se refiere el Artículo 1 estará constituido por la diferencia entre el alcance que corresponda conforme a la Ley del Seguro Social considerando asignaciones familiares y/o ayudas asistenciales y el que otorga el presente régimen.

prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS, se utilizaron los supuestos que se indican en el cuadro V.2.

Cuadro V.2.
Supuestos Utilizados en la Valuación Actuarial del RJP y Prima de Antigüedad
al 31 de diciembre de 2008

Supuestos financieros

Supuesto	Incremento	
	real	nominal
Tasa de interés	3.50%	7.43%
Tasa de incremento de salarios ^{-1/}	1.00%	4.84%
Tasa de incremento por carrera salarial ^{-1/}	1.39%	5.24%
Tasa de incremento del salario mínimo general del Distrito Federal	0.00%	3.80%
Tasa de incremento de jubilaciones y pensiones	1.00%	4.84%
Rendimiento de las subcuentas de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV), y Vivienda	3.50%	7.43%
Rendimiento de los activos del plan	3.50%	7.43%
Inflación	3.80%	3.80%
Periodo de amortización de partidas pendientes de amortizar	RJP: 11 años; y, Prima de Antigüedad: 4 años	
Periodo de amortización por cambio de metodología	4 años	

Supuestos demográficos

Para la valuación actuarial se considera que no existen nuevos ingresos de trabajadores con derecho al RJP vigente hasta el 15 de octubre de 2005

Bases biométricas

	15	20	30	40	Edad 50	60	70	80	90	100
Probabilidades de salida de la actividad por cada mil trabajadores IMSS										
Muerte										
Enfermedad General	0.09	0.14	0.33	0.77	1.82	4.29	10.11	23.85	56.24	1000.00
Riesgos de Trabajo	0.31	0.14	0.14	0.15	0.11	0.11	0.10	0.13	0.19	1000.00
Invalidez	0.00	0.05	0.22	0.96	4.15	10.74	4.00	1.70	0.00	0.00
Incapacidad	0.04	0.06	0.14	0.33	0.79	1.87	4.42	10.47	0.00	0.00
Renuncia	0.60	1.83	2.50	1.80	0.88	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Despido	0.68	0.72	0.61	0.42	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Jubilación										
T<10					0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10<=T<27					0.00	377.71	0.00	0.00	0.00	0.00
T=27					330.94	234.47	0.00	0.00	0.00	0.00
T>=28					392.49	378.13	305.02	349.03	0.00	0.00
Probabilidades de fallecimiento de pensionados, por cada mil pensionados IMSS										
Invalidez/Incapacidad										
Hombres	0.00	2.21	4.46	8.98	12.99	18.03	30.03	59.28	120.46	232.63
Mujeres	0.00	0.64	2.53	5.14	8.31	13.90	25.76	49.74	93.65	167.34
Jubilación										
Hombres					4.40	9.77	24.89	66.07	164.22	378.71
Mujeres					2.29	6.05	16.08	42.95	110.93	301.88
Viudez										
Hombres	104.28	75.14	13.98	7.62	10.79	15.36	23.96	45.45	122.04	501.16
Mujeres	104.28	75.14	13.98	7.62	10.79	15.36	23.96	45.45	122.04	501.16

^{1/} En adición a la hipótesis de incremento de salarios y carrera salarial, se considera un factor de ajuste de salario por antigüedad (FASA). Lo anterior con base en lo estipulado en el Artículo 165 del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT).

Fuente: IMSS.

De acuerdo con la NIF D-3, el pasivo laboral del IMSS se valúa actuarialmente conforme a las Obligaciones por Beneficios Definidos (OBD), que miden, en valor presente, las obligaciones futuras derivadas del RJP con base en los servicios prestados a la fecha de valuación y con salarios proyectados hasta su probable fecha de pensión.

V.2.3. Características de la población valuada

El RJP es un plan para el retiro de la vida laboral a causa de una jubilación 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 SNTSS en octubre de 1966 y modificado en marzo de 1988. Los antecedentes y la evolución del RJP se presentan en el apartado V.4.

El RJP comprende a todos los trabajadores del Instituto que ingresaron antes del 12 de agosto de 2004, con excepción del personal de Confianza “A” que entró a laborar después del 20 de diciembre de 2001, de conformidad con las reformas a la LSS publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en esa fecha⁶⁸.

En consecuencia, la valuación de los pasivos del RJP se realiza a esa población específica de trabajadores que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004, la cual constituye un grupo cerrado que se valúa hasta su extinción.

En el apartado V.3 se detalla cómo a los trabajadores de Base que entraron a laborar en el IMSS después del 15 de octubre de 2005 se les aplicarán para fines de jubilación y de pensión las disposiciones del “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”, firmado el 14 de octubre de 2005 entre el Instituto y el SNTSS.

V.2.3.1. Trabajadores en activo

Para medir el pasivo laboral proveniente de los trabajadores en activo se consideraron 379,106 trabajadores registrados en la nómina de diciembre de 2008⁶⁹, de los cuales 100 por ciento se está

⁶⁸ A todo el personal de Confianza “A” que ingresó a partir del 21 de diciembre de 2001, no le es aplicable el Régimen de Jubilaciones y Pensiones previsto en el CCT y sólo está sujeto a lo previsto en el título segundo “Del Régimen Obligatorio” establecido en la LSS; y por lo que se refiere a indemnizaciones, liquidaciones y finiquitos se sujeta a lo establecido en la Ley Federal del Trabajo.

⁶⁹ Estos trabajadores que se consideran para medir el pasivo laboral difieren de los registrados en el Informe de Servicios de Personal (ISP) 2008 cuyo número reportado a la misma fecha es de 377,024. La diferencia obedece a que en el ISP se consideran las plazas ocupadas y pagadas, que en caso de ausentismo del trabajador, la plaza puede ser ocupada por varios sustitutos. En otros términos, en la nómina están registrados todos los trabajadores que recibieron una remuneración, independientemente de que para algunos de ellos dicha la remuneración corresponda a una misma plaza.

valuando con derecho a la prima de antigüedad y a las indemnizaciones establecidas en las cláusulas contractuales del CCT, y 85.7 por ciento (324,895) a las prestaciones del RJP anteriores a la firma del Convenio de octubre de 2005⁷⁰.

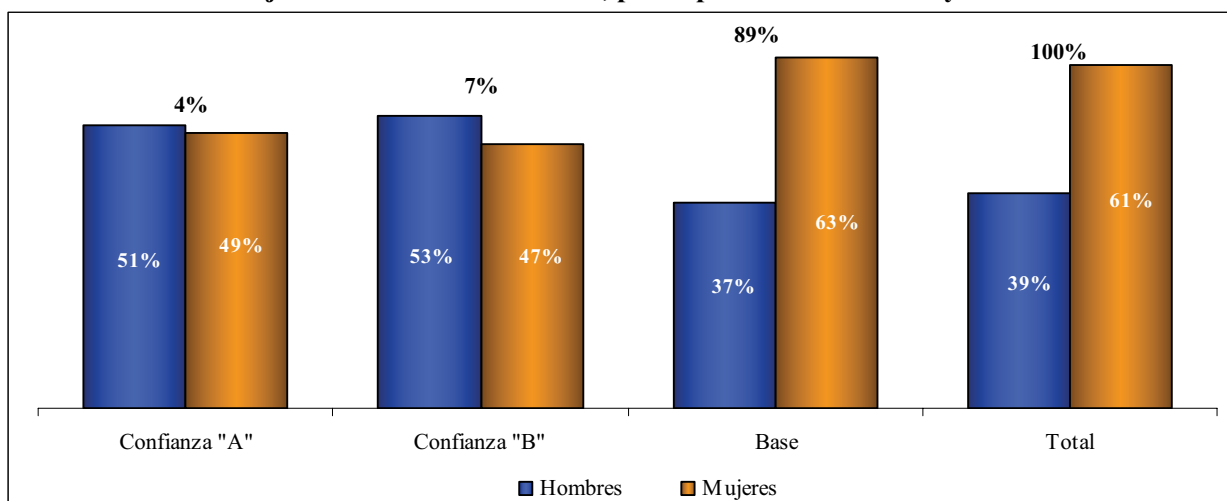
Los 324,895 trabajadores valuados con las prestaciones del RJP se integran así:

a) Un total de 323,486 trabajadores activos con derecho a los beneficios establecidos en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP); y,

b) Un total de 1,409 trabajadores de Confianza “A” con fecha de ingreso entre el 21 de diciembre de 2001 y el 15 de octubre de 2005, para los cuales aún no se ha emitido el estatuto que definirá su esquema de beneficios por pensiones, y por ende el tratamiento de las obligaciones laborales correspondientes.

En la gráfica V.1 se muestra la distribución de la población considerada para la valuación de las obligaciones por pensiones del RJP a cargo del IMSS en su carácter de patrón.

Gráfica V.1.
Distribución de los Trabajadores Valuados al 31 de Diciembre de 2008,
Bajo las Prestaciones del RJP, por Tipo de Contratación y Sexo



Nota: De acuerdo con la cláusula 11 del CCT, son trabajadores de Confianza “A” aquellos contratados libremente por el Instituto, mientras que los trabajadores de Confianza “B” son aquellos cuya contratación está en términos del Reglamento para la Calificación y Selección de Puestos de Confianza “B”.
Fuente: IMSS.

⁷⁰ En esta valuación no se consideran con derecho a los beneficios del RJP a los siguientes grupos de población: i) los trabajadores de Base cuyo esquema pensionario se rige por el “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”, firmado entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) el 14 de octubre de 2005; es decir, los trabajadores con fecha de ingreso al Instituto entre el 12 de agosto de 2004 y el 15 de octubre de 2005, así como los que ingresaron después del 15 de octubre de 2005; ii) los trabajadores de Confianza “A” con fecha de ingreso al IMSS posterior al 15 de octubre de 2005; y, iii) los trabajadores que ingresaron bajo el “Convenio para dar Cumplimiento a la Cláusula Seis Segunda del Similar de fecha 14 de octubre de 2005, denominado Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”, celebrado entre el IMSS y el SNTSS el 27 de junio de 2008.

De la población valuada con derecho al RJP se destaca que: i) los trabajadores de Base, dado que representan 89 por ciento de la población valuada, son los que determinan los valores promedio de edad y antigüedad, así como de las obligaciones derivadas del RJP; y, ii) 61 por ciento por ciento de los trabajadores son mujeres, y de ese porcentaje, 63 por ciento corresponde al tipo de contratación de Base. El mayor peso relativo de las mujeres dentro de la población valuada tiene una repercusión importante en las Obligaciones por Beneficios Definidos (OBD) debido a que su esperanza de vida es superior a la de los hombres.

Los principales indicadores de la población valuada se muestran en el cuadro V.3; por su parte, las gráficas V.2 y V.3 ilustran las pirámides poblacionales por edad y antigüedad de los trabajadores, respectivamente.

Cuadro V.3.
Principales Indicadores por Rangos de Edad de los Trabajadores Valuados
al 31 de Diciembre de 2008, Bajo las Prestaciones del RJP

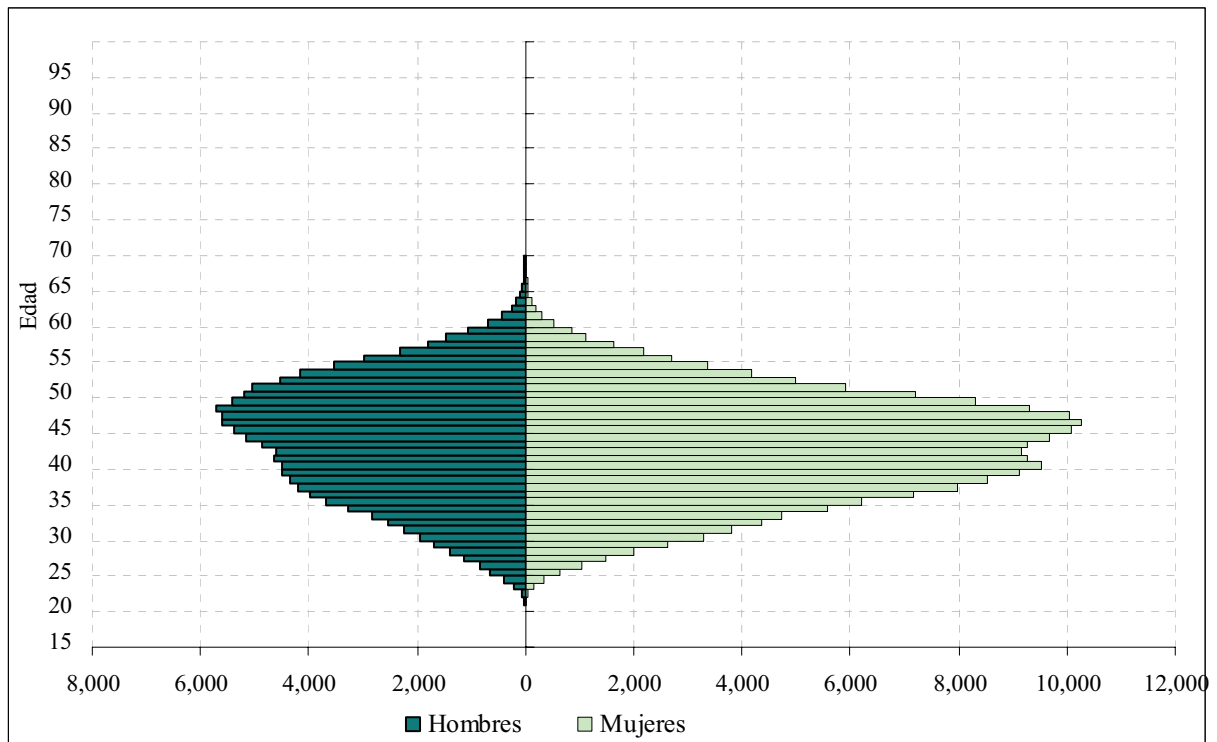
Rangos de edad	Número de trabajadores			Edad promedio			Antigüedad promedio			Salario base topado promedio mensual (pesos de 2008) ^{-1/}		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
15-19	0	1	1	0.0	19.0	19.0	0.0	4.0	4.0	0	7,566	7,566
20-24	558	686	1,244	23.5	23.4	23.4	3.8	4.0	3.9	7,184	6,644	6,886
25-29	7,762	5,703	13,465	27.6	27.5	27.6	5.2	5.6	5.4	9,021	7,979	8,580
30-34	21,757	12,867	34,624	32.3	32.3	32.3	7.1	7.7	7.3	11,173	11,234	11,195
35-39	39,022	20,682	59,704	37.2	37.1	37.2	12.0	11.9	12.0	11,715	12,392	11,950
40-44	46,872	23,772	70,644	42.0	42.1	42.0	16.1	15.4	15.9	12,590	13,522	12,903
45-49	48,055	27,721	75,776	46.9	47.0	46.9	20.2	19.2	19.8	13,991	16,240	14,814
50-54	25,657	22,476	48,133	51.6	51.8	51.7	22.1	21.8	22.0	14,929	19,566	17,095
55-59	8,521	9,644	18,165	56.4	56.5	56.5	23.6	23.7	23.6	14,191	19,705	17,119
60-64	1,148	1,663	2,811	61.1	61.1	61.1	24.7	24.7	24.7	14,410	19,876	17,644
65-69	88	176	264	66.2	66.3	66.2	25.5	25.1	25.2	15,075	19,758	18,197
70 y +	19	45	64	72.4	74.5	73.9	32.1	29.7	30.4	16,971	26,435	23,625
Total	199,459	125,436	324,895	42.5	43.7	43.0	16.0	16.3	16.1	12,829	15,068	13,693

^{-1/} La integración del salario base se realizó tomando los conceptos que establece el Artículo 5 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Asimismo, para los trabajadores de Base los salarios están topados a la categoría de médico familiar 80 y para los de Confianza dichos salarios están topados a la categoría de director de unidad médica hospitalaria "B".

Fuente: IMSS.

Del cuadro V.3 y la gráfica V.2 se observa que el quinquenio con mayor frecuencia de trabajadores es el que corresponde a las edades entre 45 y 49 años, mismas que presentan una antigüedad promedio cercana a los 20 años y un salario base promedio topado de 14,814 pesos mensuales.

Gráfica V.2.
Pirámide Poblacional por Edad de los Trabajadores Valuados,
al 31 de Diciembre de 2008

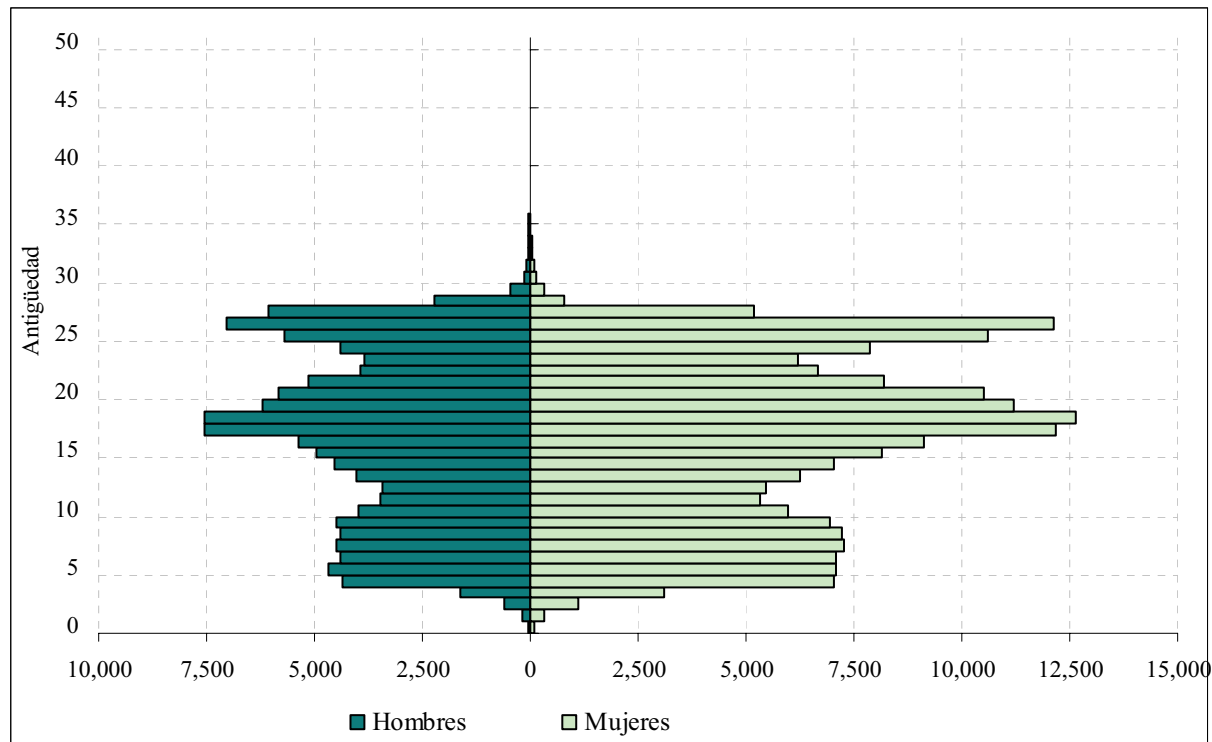


Fuente: IMSS.

En el cuadro V.3 y la gráfica V.3 se observa que la antigüedad promedio de la población total valuada es de 16 años, lo cual significa que se encuentra a poco más de la mitad del tiempo requerido para adquirir el derecho a la jubilación por años de servicio. En este sentido, el pasivo de esta población se irá incrementando gradualmente en los próximos años como resultado del reconocimiento de los servicios pasados.

En adición a lo anterior, se destaca que dentro de los trabajadores valuados existen 9,799 (2.58 por ciento del total) que ya cumplieron con la antigüedad laboral en el IMSS que establece el RJP como requisito para tener derecho a una jubilación por años de servicio (27 años mujeres; 28 años hombres), pero que continúan en activo y para los cuales se reconoce a la fecha de valuación la totalidad del pasivo por pensiones a cargo del IMSS. Asimismo, hay 51,356 trabajadores (13.55 por ciento del total) con 25 años de servicio y más, que en el corto plazo podrán incorporarse a la población pensionada.

Gráfica V.3.
Pirámide Poblacional por Antigüedad de los Trabajadores Valuados,
al 31 de Diciembre de 2008



Fuente: IMSS.

V.2.3.2. Jubilados y pensionados

En adición al cálculo del pasivo que se genera por los trabajadores, también se calcula el pasivo de los jubilados y pensionados vigentes a la fecha de valuación. De acuerdo con la nómina del mes de diciembre de 2008, el número de jubilados y pensionados es de 172,999⁷¹ cifra a la que se añaden 935 trabajadores que a la fecha de valuación ya habían presentado la documentación necesaria para obtener una jubilación por años de servicio o una pensión por edad⁷².

En el cuadro V.4 se muestran las características de los 173,934 jubilados y pensionados valuados, se destaca que 88.4 por ciento corresponde a pensionados directos, los cuales tienen en promedio 60 años y una cuantía promedio mensual completa de 11.9 veces el salario mínimo

⁷¹ El número de jubilados y pensionados considerado en la valuación actuarial del RJP y Prima de Antigüedad (172,999) difiere en 58 casos con el reportado en el Informe de Servicios de Personal (ISP) que es de 172,941. La diferencia corresponde a trabajadores cuyo proceso de incorporación a la nómina de jubilados y pensionados se encontraba en trámite en diciembre de 2008.

⁷² De los 935 trabajadores en trámite de pensión, 898 estaban tramitando su jubilación por años de servicio y 37 su pensión por edad.

general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF), el restante 11.6 por ciento corresponde a los pensionados beneficiarios, los cuales alcanzan una edad promedio de 54 años y una cuantía promedio mensual completa de 4.9 veces el SMGVDF.

Cuadro V.4.
Jubilados y Pensionados Considerados en la Valuación Actuarial
del RJP y Prima de Antigüedad al 31 de Diciembre de 2008

Tipo de pensión	Número de Pensionados	Edad Promedio	Pensión promedio mensual (pesos de 2008)	
			Básica	Completa
Retiro por jubilación o pensión por edad				
Hombres	44,389	62.9	16,001	23,250
Mujeres	84,265	59.4	13,731	19,407
Suma	128,654	60.6	14,514	20,733
Invalidez e incapacidad permanente				
Hombres	7,438	61.0	8,672	12,312
Mujeres	17,649	59.8	6,886	9,840
Suma	25,087	60.2	7,416	10,573
Viudez				
Hombres	198	71.1	6,821	9,642
Mujeres	13,007	64.9	7,492	10,625
Suma	13,205	65.0	7,482	10,610
Orfandad				
Hombres	2,655	19.5	2,044	2,889
Mujeres	2,604	19.6	1,979	2,801
Suma	5,259	19.5	2,012	2,846
Ascendencia				
Hombres	518	76.2	1,452	2,053
Mujeres	1,211	75.6	1,528	2,165
Suma	1,729	75.8	1,505	2,131
Totales				
Hombres	55,198	60.7	14,172	20,549
Mujeres	118,736	59.3	11,648	16,483
Suma	173,934	59.8	12,449	17,773

Fuente: IMSS.

En cuanto a la distribución por sexo de los pensionados se observa que 68.3 por ciento son mujeres y reciben mensualmente en promedio una cuantía completa de 10.3 veces el SMGVDF, y en el caso particular de las pensiones por jubilación o por edad la pensión es de 12.1 veces el SMGVDF. Por lo que respecta a 31.7 por ciento de los pensionados hombres, estos en promedio tienen una pensión mensual completa de 12.8 veces el SMGVDF y de 14.5 por ciento para los pensionados por jubilación o por edad.

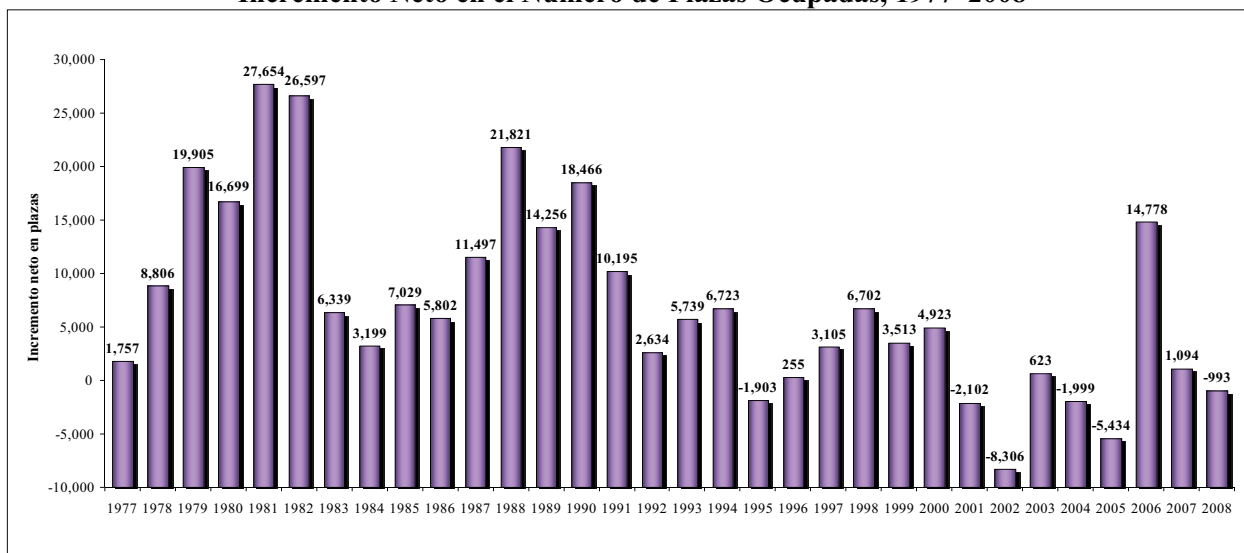
V.2.4. Resultados demográficos y financieros de la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad

A continuación se presentan los principales resultados demográficos y financieros de la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS bajo la NIF D-3, “Beneficios a Empleados”.

V.2.4.1. Resultados demográficos

Se espera que en las próximas décadas se incremente de manera considerable la población jubilada y pensionada, lo cual pesará en el pasivo laboral del Instituto y en su flujo anual de gasto. Lo anterior, de acuerdo con el número de trabajadores que ingresó al IMSS antes del 12 de agosto de 2004, el cual se muestra en la gráfica V.4.

Gráfica V.4.
Incremento Neto en el Número de Plazas Ocupadas, 1977–2008



Fuente: IMSS.

Con la finalidad de observar en el tiempo la incorporación de los nuevos pensionados y su vigencia, así como la supervivencia de los pensionados vigentes hasta diciembre de 2008, en el cuadro V.5 se muestra la proyección demográfica de estos grupos de pensionados. El número de nuevas pensiones provenientes de los 324,895 trabajadores con derecho a las prestaciones del RJP anteriores a la firma del convenio de octubre de 2005, alcanzarán durante los próximos 28 años una incorporación promedio anual de 13,060 jubilados y pensionados, para acumular un

total de 365,699 pensiones en 2036⁷³. De este total permanecerán vigentes a ese año 285,436, que será el nivel máximo que alcanzará esta población. Por otra parte, los 363,105 pensionados vigentes a 2025 duplicarán el número de pensionados existentes en diciembre de 2008.

Cuadro V.5.
Proyección 2009-2080 de Jubilados y Pensionados del IMSS
(trabajadores que ingresaron antes del 12 de agosto de 2004)

Año de Proyección	Pensionados vigentes al final del año de Proyección provenientes de:									Total de pensionados vigentes al final de cada año
	Pensionados en curso de pago a diciembre de 2008			Nuevas pensiones de trabajadores activos			Pensionados sobrevivientes de nuevos pensionados			
	Pensiones directas	Pensiones derivadas	Total	Pensiones directas	Pensiones derivadas	Total	Pensiones directas	Pensiones derivadas	Total	
	1/	_2/_		_1/_	_2/_		_1/_	_2/_		
2009	151,651	19,687	171,338	11,407	438	11,844	0	0	0	183,183
2010	149,464	19,149	168,612	14,294	504	14,798	23,808	924	24,732	208,143
2020	121,532	11,703	133,234	15,544	1,483	17,026	170,101	9,982	180,082	330,343
2025	103,257	8,240	111,497	9,253	2,216	11,468	222,011	18,129	240,140	363,105
2030	82,600	5,868	88,469	9,207	3,107	12,314	250,691	28,879	279,569	380,352
2035	60,873	4,167	65,040	2,277	4,055	6,332	258,841	41,581	300,422	371,794
2040	40,175	2,838	43,013	188	4,840	5,028	229,668	54,000	283,668	331,709
2045	22,877	1,806	24,683	20	5,215	5,235	187,683	62,449	250,132	280,051
2050	10,676	1,061	11,737	0	4,960	4,960	140,955	63,333	204,288	220,984
2055	3,804	568	4,372	0	4,069	4,069	95,440	55,504	150,945	159,386
2060	950	274	1,224	0	2,806	2,806	56,902	41,286	98,187	102,217
2065	173	116	289	0	1,592	1,592	29,012	25,458	54,469	56,350
2070	32	40	71	0	700	700	12,151	12,457	24,608	25,379
2075	5	10	15	0	216	216	3,900	4,430	8,329	8,561
2080	1	2	3	0	35	35	855	969	1,824	1,862

^{1/} Se conforma con los pensionados por: jubilación por años de servicio, por edad, invalidez e incapacidad permanente.

^{2/} Considera a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia.

Fuente: “Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3”, al 31 de diciembre de 2008, Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V.

V.2.4.2. Resultados financieros

Los resultados financieros que genera la valuación actuarial del RJP y de la prima de antigüedad son el flujo de gasto anual de las pensiones totales y el flujo de gasto anual de las pensiones de la LSS⁷⁴, así como el correspondiente al pago de prima de antigüedad. A partir de estos resultados

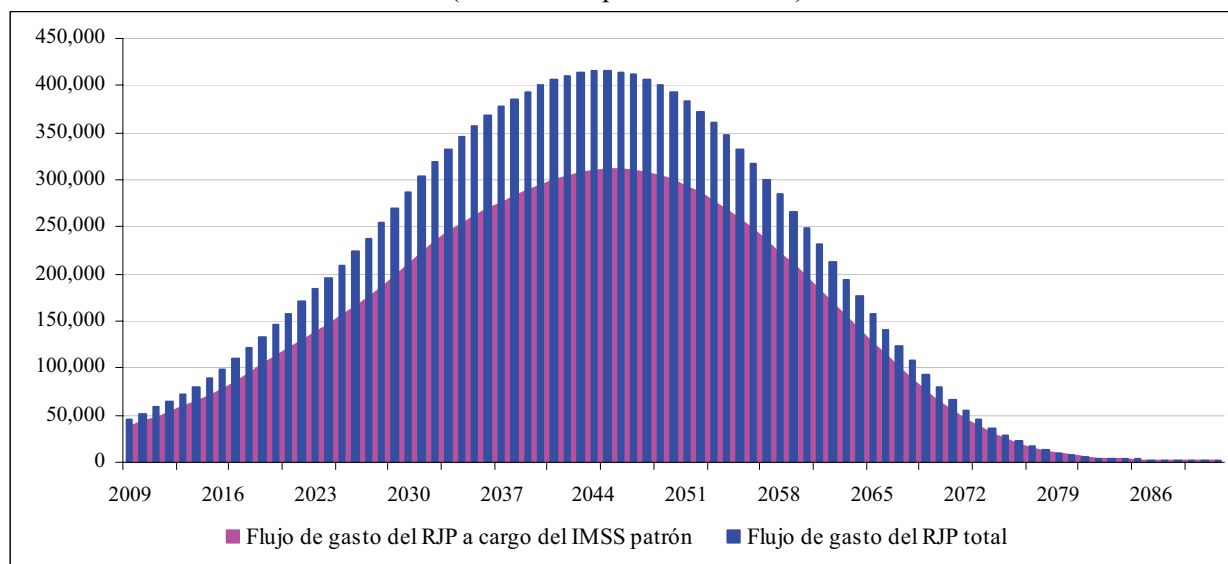
⁷³ El número de pensionados corresponde a la acumulación de la incorporación anual hasta 2035 de los nuevos pensionados por jubilación, edad, invalidez e incapacidad permanente, así como los pensionados de viudez, orfandad y ascendencia derivados de la muerte de los trabajadores en activo y de la muerte de los nuevos pensionados directos generados en el periodo de 2008 a 2035.

⁷⁴ Para determinar el flujo de gasto de las pensiones otorgadas bajo la LSS de 1973 se aplica el llamado factor de proporcionalidad que se refiere a la proporción del gasto del RJP que es cubierta por el IMSS-Asegurador. La metodología de cálculo del factor de proporcionalidad fue revisada por el auditor actuarial externo Alexander Forbes, Consultores Actuariales, para la valuación actuarial del RJP al 31 de diciembre de 2004. Esta revisión se fundamenta en el documento “Factor de Proporcionalidad RJP Modelos y Metodologías para Determinar las Obligaciones a Cargo del IMSS-Asegurador”.

se calcula el flujo de gasto anual a cargo del IMSS en su carácter de patrón, derivado de las pensiones complementarias y de la prima de antigüedad, y con base en este flujo se obtiene el pasivo laboral, mismo que representa el valor total por los servicios prestados a la fecha de valuación que el IMSS-Patrón estará obligado a erogar, de acuerdo con lo estipulado en el RJP, cuando sus trabajadores contratados hasta el 11 de agosto de 2004 se jubilen o pensionen.

En la gráfica V.5 se muestra la proyección del flujo de gasto anual total del RJP y prima de antigüedad hasta su extinción. En la gráfica se destaca el área rosa que representa el flujo de gasto anual a cargo del IMSS-Patrón, el cual alcanzará su nivel más alto en el año 2046, siendo del orden de los 311,128 millones de pesos nominales. Por su parte, se estima que el flujo a cargo de la LSS, representado por el complemento del área rosa, llegará en ese mismo año a 103,207 millones de pesos corrientes; por consiguiente, el gasto total en ese año será de 414,355 millones de pesos nominales.

Gráfica V.5.
Flujo de Gasto Anual del RJP Total y a Cargo del IMSS Patrón
(millones de pesos nominales)



Fuente: “Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3”, al 31 de diciembre de 2008, Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V.

V.2.4.3. Resultados de la aplicación de la norma de información financiera D-3

La presente sección destaca los principales resultados de la valuación actuarial obtenidos conforme a los lineamientos de la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) “Beneficios a

los Empleados”⁷⁵, considerando las hipótesis de cálculo señalada en el cuadro V.2. La NIF D-3 establece las bases para cuantificar el pasivo por obligaciones laborales, así como el costo neto del periodo. En el caso del plan de pensiones de los trabajadores del IMSS, este pasivo corresponde al que se genera por las pensiones complementarias a la LSS. Los principales resultados de la valuación actuarial se presentan en el cuadro V.6 desglosados para el RJP y para la prima de antigüedad, separando en cada caso los correspondientes a terminación y a retiro.

Al 31 de diciembre de 2008, el monto real de las Obligaciones por Beneficios Definidos (OBD) correspondiente a los servicios pasados, por concepto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad asciende a 1’199,605 millones de pesos, de los que 566,395 millones de pesos corresponden al personal activo valuado con los beneficios del RJP⁷⁶, 606,632 millones de pesos, al personal pensionado y jubilado del RJP y 26,577 millones de pesos, a la prima de antigüedad y cláusulas contractuales (punto 1 del cuadro V.6).

A la misma fecha, el saldo de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC), ascendió a 42,648 millones de pesos (punto 8 del cuadro V.6)⁷⁷, mientras que el Pasivo Neto Proyectado (provisión adicional en libros) para cubrir los pasivos laborales asciende a 42,228 millones de pesos (punto 5 del cuadro V.6)⁷⁸. De los 42,228 millones de pesos del Pasivo Neto Proyectado se asignan 39,272 millones de pesos para cubrir obligaciones derivadas del RJP y 5,173 millones de pesos para las obligaciones derivadas de la Prima de Antigüedad y Cláusulas Contractuales. Con base en lo anterior, del total del pasivo por servicios pasados, se tiene un pasivo reconocido en el balance por 84,876 millones de pesos que representan 7 por ciento de las OBD.

⁷⁵ “Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3” al 31 de diciembre de 2008, elaborado por Lockton Consultores Actuariales, de acuerdo con el Contrato de Prestación de Servicios No. 8S8323 celebrado con el IMSS, en los términos de la licitación pública nacional No. 00641322-026-08.

⁷⁶ Para los trabajadores de Confianza “A” con fecha de ingreso entre el 21 de diciembre de 2001 y el 15 de octubre de 2005, para los cuales aún no se ha emitido el estatuto que definirá su esquema de beneficios por pensiones, se calculó el OBD, el cual asciende a \$986 millones y representa 0.08% del OBD total del Instituto.

⁷⁷ Este saldo es inferior al que tenía registrado contablemente el Instituto al 31 de diciembre de 2007 (\$47,649 millones), debido a que tiene deducidos \$8,488 millones de transferencias que se hicieron de la Subcuenta 1 a las reservas financieras, equivalentes a los fondeos realizados durante los ejercicios 2004, 2005 y 2006 a dicha Subcuenta por \$6,836 millones, y a los intereses generados por los mismos por \$1,652 millones.

⁷⁸ La cifra reportada a diciembre de 2008 resulta \$81,435 millones inferior a la reportada en la contabilidad institucional al cierre de 2007 (\$123,663 millones), en virtud de la reclasificación de la Provisión del Pasivo para Obligaciones Contractuales que se realizó en 2008.

Cuadro V.6.
Principales Resultados de la Valuación Actuarial del RJP y Prima de Antigüedad
al 31 de Diciembre de 2008 de Acuerdo con la NIF D-3
(millones de pesos de 2008)

Principales resultados	Total	Prima de Antigüedad por:		RJP por:	
		Terminación	Retiro	Terminación	Retiro
1 Importe por las obligaciones por beneficios definidos	1,199,605	7,236	19,342	85,985	1,087,043
2 Importe de los servicios anteriores y modificaciones al plan de pensiones	859,066	1,247	3,732	73,490	780,597
Servicios anteriores y modificaciones al plan	1,705	448	1,257	0	0
Servicios anteriores déficit presupuestal 2003 activos	25,806	0	0	918	24,888
Servicios anteriores déficit presupuestal 2004 activos	10,524	0	0	370	10,154
Servicios anteriores incremento real pensiones 2004	0	0	0	0	0
Servicios anteriores modificación bases biométricas 2004 activos	80,401	0	0	2,826	77,575
Servicios anteriores déficit presupuestal 2005 activos	26,606	0	0	926	25,680
Servicios anteriores déficit presupuestal 2006 activos	33,028	0	0	1,140	31,888
Servicios anteriores déficit presupuestal 2007 activos	31,794	0	0	1,090	30,704
Servicios anteriores acumulados jubilados y pensionados hasta 2007	0	0	0	0	0
Costo laboral servicio pasado (Modificaciones al plan) cambio de metodología	143,058	0	235	8,371	134,453
Obligaciones adquiridas jubilados y pensionados	462,749	0	0	54,774	407,975
Reclasificación a las reservas financieras y actuariales de IV y RT en 2008	43,395	798	2,240	3,076	37,281
3 Importe de las obligaciones por derechos adquiridos	588,068	6,068	15,605	46,903	519,492
4 Importe del pasivo o activo de transición proveniente de planes de pensiones	22,257	0	0	1,696	20,561
5 Importe del pasivo o activo neto proyectado	42,228	777	2,180	2,993	36,278
6 Para el plan de pensiones el importe del costo neto del periodo y su desglose	513,401	3,384	2,969	66,255	440,794
Costo Laboral	38,948	908	1,519	1,544	34,977
Costo Financiero	80,472	487	1,369	5,620	72,997
Rendimientos Activos plan	-3,740	-206	-576	-225	-2,733
Amortización (Activo) Pasivo de Transición	11,572	0	0	882	10,690
Amortización Variaciones en Supuestos y Ajustes por Experiencia	34,659	1,978	283	17,928	14,470
Amortización servicios anteriores y modificaciones al plan	426	112	314	0	0
Amortización del déficit presupuestal 2003 activos	3,349	0	0	229	3,119
Amortización del déficit presupuestal 2004 activos	1,223	0	0	92	1,131
Costo incremento real pensiones 2004	34,746	0	0	2,648	32,098
Amortización por modificación bases biométricas 2004 activos	9,348	0	0	706	8,642
Amortización del déficit presupuestal 2005 activos	2,806	0	0	231	2,574
Amortización del déficit presupuestal 2006 activos	3,191	0	0	285	2,906
Amortización del déficit presupuestal 2007 activos	2,831	0	0	273	2,559
Amortización del déficit presupuestal acumulado jubilados y pensionados	253,528	0	0	27,831	225,697
Costo laboral servicio pasado (Modificaciones al plan) cambio de metodología	42,147	105	59	8,371	33,613
Contribución estimada de los trabajadores	-2,107	0	0	-161	-1,946
7 Importe de los pagos y contribuciones del plan de pensiones	30,206	511	2,702	2,429	24,564
Pagos	31,852	511	2,702	2,578	26,063
Contribución Empleados	-1,647	0	0	-148	-1,499
8 Activos del plan	42,648	2,340	6,565	2,571	31,171
9 Reserva de obligaciones contractuales (5 + 8)	84,876	3,117	8,745	5,564	67,449

Fuente: “Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3”, al 31 de diciembre de 2008, Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V.

Dado que la NIF D-3 considera la aplicación de una hipótesis de carrera salarial, la cual no estaba contemplada en el Boletín D-3 que se aplicó hasta el año 2007 en la valuación de los pasivos laborales, al inicio del periodo de valuación (enero de 2008) el pasivo se incrementa en

forma importante. El incremento debe reconocerse de manera inmediata en resultados para el caso de los beneficios por terminación antes del retiro, en tanto que para los beneficios al retiro por prima de antigüedad y pensiones, se debe reconocer como un saldo por amortizar de servicios pasados por cambio de metodología y la amortización debe realizarse en un plazo no mayor a cinco años. En ambos casos, el reconocimiento forma parte del Costo Neto del Periodo.

Con base en las modificaciones señaladas en el punto anterior, el Costo Neto del Periodo (cargo total a resultados del ejercicio 2008), bajo la metodología de la NIF D-3 es de 513,401 millones de pesos (punto 6 del cuadro V.6).

La práctica contable del Instituto se apega a la NIF 08-BIS de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, mediante la cual el registro de las Obligaciones Laborales se realiza de manera parcial dentro de sus Estados Financieros, y por lo tanto se afecta en ejercicios futuros.

Por lo anterior, de acuerdo con la información proporcionada por el Instituto, el cargo a resultados del ejercicio 2008 fue de 39,815 millones de pesos, mismo que incluye lo siguiente: el pago de nómina de pensionados del RJP a cargo del IMSS por 26,307 millones de pesos; los pagos por prima de antigüedad y cláusulas contractuales por 3,212 millones de pesos; las aportaciones del Instituto al RJP por 686 millones de pesos; y, la provisión constituida durante el ejercicio 2008 para la reserva contable del RJP por 9,609 millones de pesos.

El importe no reconocido se acumula en una partida de servicios anteriores pendiente de amortizar y deberá ser reconocida durante el ejercicio 2009 por concepto de obligaciones adquiridas del personal jubilado y pensionado.

En el registro pleno de las obligaciones totales, el déficit que se genera por la diferencia no reconocida del costo neto del periodo se reconoce en una cuenta patrimonial de acuerdo con el cuadro V.7.

Cuadro V.7.
Registro Pleno de Obligaciones Totales

Activo	42,648	Patrimonio	(516,981)
Activos del plan	42,648	Excedente de Ingresos/Gastos	(477,166)
		Afectación a Resultados de ejercicios anteriores por pasivo laboral	(39,815)
		Pasivo	601,857
		Obligaciones Laborales	601,857
Total Activo	42,648	Total Patrimonio y Pasivo	84,876
Diferencia (Pasivo Neto Proyectado)			42,228

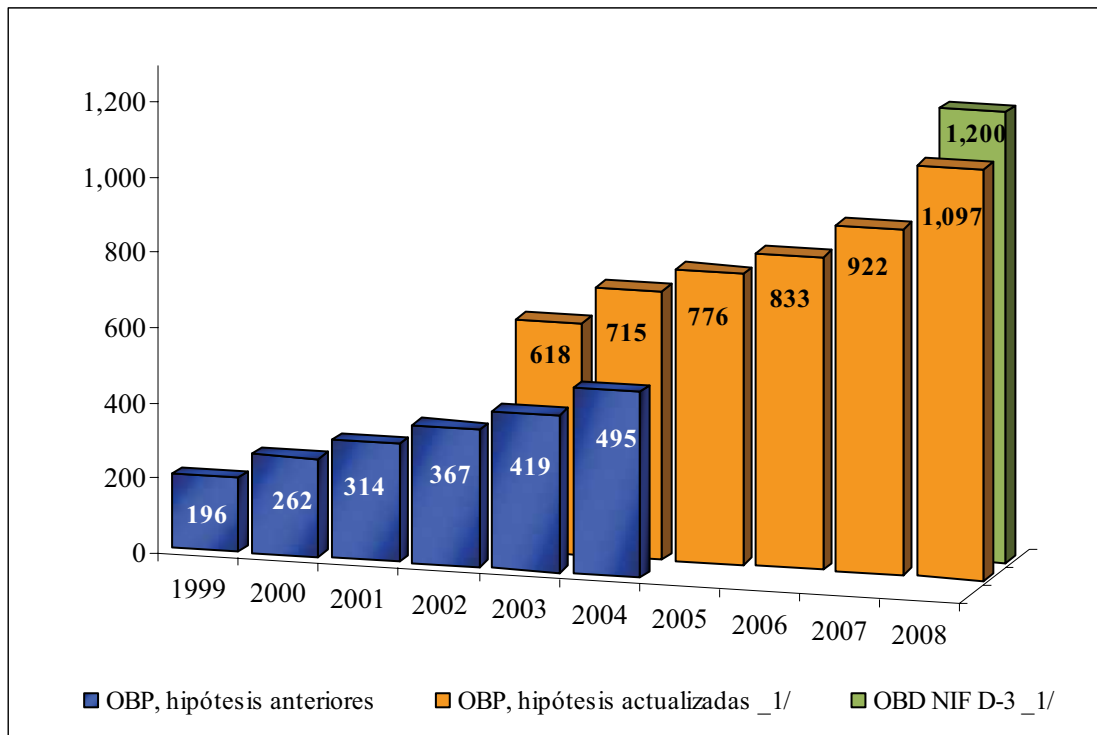
Fuente: “Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3”, al 31 de diciembre de 2008, Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V.

El pasivo del Instituto ha alcanzado un nivel notable, a lo que se suma el elevado crecimiento del pasivo laboral al 31 de diciembre de 2008, derivado de la aplicación de la NIF D-3, el cual se representa por la OBD. Lo anterior se aprecia en la gráfica V.6, destacando lo siguiente:

- Entre 1999 y 2007, el incremento del pasivo fue de 90,705 millones de pesos en promedio anual (OBP, Obligaciones por Beneficios Proyectados conforme al Boletín D-3); aunque conviene resaltar que la importante variación observada de 2003 a 2004 se debe a un aumento del pasivo de 419 mil a 715 mil millones de pesos, derivado de la modificación que se hizo en la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2004 a las hipótesis y bases biométricas utilizadas. El impacto de ese cambio fue de 219 mil millones de pesos de 2004.

- El impacto en el pasivo derivado de la aplicación de la NIF D-3 en 2008 fue de 278 mil millones de pesos; no obstante de no haberse dado el cambio de norma, las OBP se hubieran incrementado en 175 mil millones de pesos.

Gráfica V.6.
Pasivo Laboral del IMSS, 1999-2008
(miles de millones de pesos de cada año)



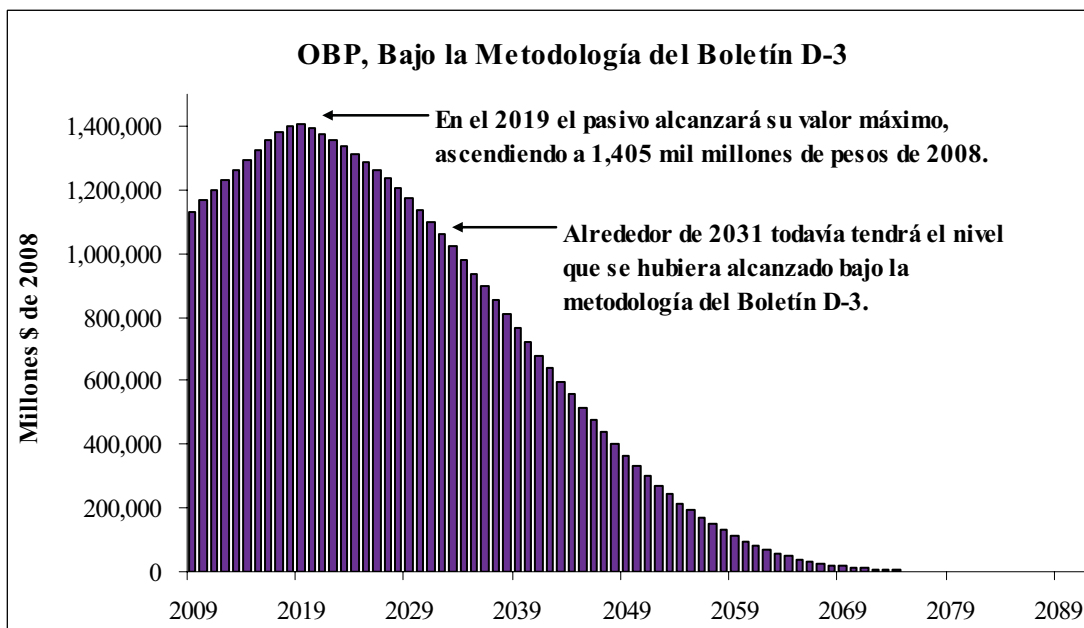
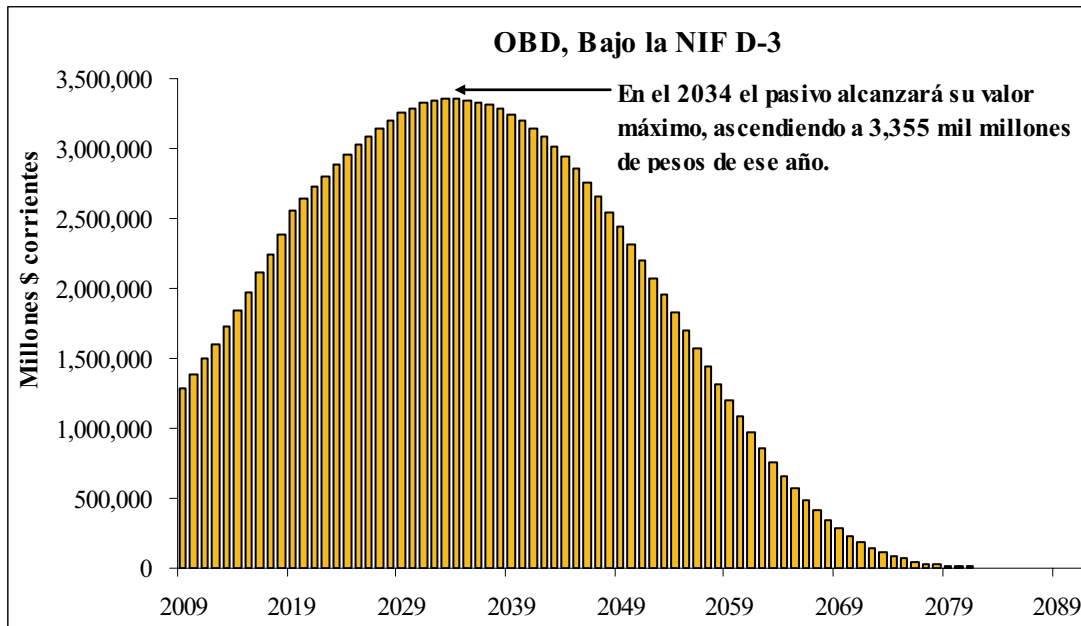
^{1/} Hipótesis recomendadas por el auditor actuarial externo en la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2004 respecto a: i) tasa de crecimiento futuro de las pensiones; ii) probabilidades de supervivencia y permanencia de los trabajadores y pensionados; y iii) factor de proporcionalidad del IMSS-Asegurador.

Nota: En virtud de que la aplicación de la NIF D-3 elimina las Obligaciones por Beneficios Definidos, el pasivo a cargo del IMSS patrón definido por la OBD se compara con las Obligaciones por Beneficios Proyectados (OBP) que establecían bajo la metodología del Boletín D-3,

Fuente: IMSS.

El incremento del pasivo que ocurrirá en las próximas décadas se debe básicamente a que cada año se va incrementando la antigüedad de los trabajadores que continúan activos y esto se da tanto aplicando la actual NIF D-3 (que expresa el pasivo en valores nominales) como la antigua metodología del Boletín D-3 (que lo expresa en valores reales). Lo anterior se puede observar en la gráfica V.7.

Gráfica V.7.
Pasivo Laboral de los Trabajadores Activos Incorporados al IMSS
antes del 12 de Agosto de 2004 y de los Jubilados y Pensionados Actuales,
Bajo la NIF D-3 y la Metodología del Boletín D-3



Fuente: “Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3” al 31 de diciembre de 2008, Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V.

V.3. Resultados del Estudio Actuarial Sobre la Suficiencia Financiera del Fondo Laboral para las Nuevas Contrataciones de Base

Con objeto de evaluar los resultados del Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso que se firmó el 14 de octubre de 2005 entre el IMSS y el SNTSS, así como la aplicación del esquema de financiamiento de las pensiones derivado de dicho Convenio, a partir del año 2006 el Instituto ha elaborado, a través de un auditor actuarial externo, el estudio denominado “Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual”.

La realización de este estudio tiene su fundamento en el Artículo Tercero Transitorio de la reforma del 11 de agosto de 2004 a la LSS, en el cual se establece que con objeto de atender lo estipulado en el Artículo 277 D de esa Ley⁷⁹ el Instituto llevará a cabo los estudios actuariales correspondientes y los comunicará a la representación de los trabajadores, así como al Congreso de la Unión en el Informe a que se refiere el Artículo 273 de la propia LSS.

V.3.1. Reforma del 11 de agosto de 2004 a la LSS y Convenio IMSS-SNTSS del 14 de octubre de 2005

El Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso que se firmó el 14 de octubre de 2005 entre el IMSS y el SNTSS, como resultado de la revisión contractual 2005-2007 y del análisis de la propuesta del Sindicato para negociar el tema del RJP, retomó el objetivo del Artículo 277 D, dando la pauta para que la contratación de los nuevos trabajadores de Base se realice bajo un esquema de financiamiento que no grave en las finanzas del Instituto.

Para el efecto, se estableció en el Convenio un esquema de aportaciones y beneficios para las nuevas contrataciones de Base de nuevo ingreso, cuyas características principales son: **en materia de contribuciones**, i) desde el 16 de octubre de 2005, los trabajadores que ingresaron al

⁷⁹ “Artículo 277 D.- El Consejo Técnico solamente podrá crear, sustituir o contratar plazas con sujeción a criterios de productividad, eficiencia y calidad de servicios, así como al aumento de la recaudación, siempre y cuando cuente con los recursos aprobados en su respectivo presupuesto para dicha creación, sustitución o contratación de plazas, y aquellos indispensables para cubrir el costo de sus repercusiones. Independientemente de lo anterior para crear, sustituir o contratar plazas, se deberán depositar en el Fondo a que se refiere el Artículo 286 K de esta Ley, los recursos necesarios para cubrir los costos futuros derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, a fin de que en todo momento, se encuentre plenamente financiado”.

IMSS antes del 12 de agosto de 2004⁸⁰, además de la aportación de 3 por ciento que hacen actualmente para su RJP, aportan para el RJP de las nuevas contrataciones de base el uno por ciento de su salario y este porcentaje se irá aumentando un punto porcentual el 16 de octubre de cada año hasta llegar a 7 por ciento en octubre de 2011; y, ii) desde la misma fecha, las nuevas contrataciones de Base aportan para su RJP 4 por ciento de su salario, y este porcentaje aumenta un punto porcentual el 16 de octubre de cada año, hasta alcanzar 10 por ciento en 2011; **en materia de beneficios**, i) los trabajadores contratados a partir del 16 de octubre de 2005 podrán incorporarse al RJP en los mismos términos aplicados a los trabajadores incorporados antes de esa fecha, excepto que la edad de retiro será a los 60 años, teniendo como mínimo 15 años de servicio. En este caso, la pensión será igual a 50 por ciento del salario pensionable y aumentará a 100 por ciento con 35 años de servicio los hombres y 34 años de servicio las mujeres; ii) las pensiones de invalidez o de incapacidad permanente se otorgarán al 100 por ciento del salario pensionable sólo con 35 años de servicio (34 las mujeres) a diferencia de lo que sucede actualmente que se otorga con 28 años de servicio (27 las mujeres); iii) La percepción mensual del pensionado no incluirá el pago de 25 por ciento de la cuantía básica como aguinaldo mensual que aplica para los trabajadores que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004; y, iv) los porcentajes de las tablas a que se refiere el Artículo 4 del RJP disminuyen para las nuevas contrataciones en todos los tipos de pensión, excepto para invalidez y riesgos de trabajo en los primeros 10 años de antigüedad, los que permanecen en 60 por ciento y 80 por ciento respectivamente. Las principales características relacionadas anteriormente se destacan en el cuadro V.8 para las pensiones por edad y por años de servicio.

⁸⁰ Se excluyen los trabajadores de Confianza “A” que ingresaron a partir del 21 de diciembre de 2001, para quienes las reformas a la LSS de ese año impiden la posibilidad de acceder a las prestaciones del RJP.

Cuadro V.8.
Contribuciones, Beneficios y Requisitos Establecidos para la Generación Actual y
para las Nuevas Contrataciones de Trabajadores de Base para Adquirir el
Derecho a una Jubilación por Años de Servicio o a una Pensión por Edad

Concepto	Generación actual ^{-1/}	Nuevas contrataciones ^{-2/}
Contribuciones		
a) Para el RJP de los trabajadores actuales	3% del salario básico (SB) y del fondo de ahorro (F)	
b) Para fondear el RJP de la generación futura de trabajadores		
- A partir del 16 oct. 2005	1% del SB y F	4% del SB y F
- A partir del 16 oct. 2006	2% del SB y F	5% del SB y F
- A partir del 16 oct. 2007	3% del SB y F	6% del SB y F
- A partir del 16 oct. 2008	4% del SB y F	7% del SB y F
- A partir del 16 oct. 2009	5% del SB y F	8% del SB y F
- A partir del 16 oct. 2010	6% del SB y F	9% del SB y F
- A partir del 16 oct. 2011	7% del SB y F	10% del SB y F
Beneficios y Requisitos		
a) Jubilación por años de servicio		
Años de servicio	27 mujeres y 28 hombres.	34 mujeres y 35 hombres.
Edad mínima	No se establece como requisito.	60 años.
Beneficio	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 6, 7 y 22 del RJP de la generación actual. Por lo general equivale a 129% del salario.	El monto de la pensión se calcula con una cuantía equivalente a 100% del salario base conforme al Artículo 5 del RJP de la generación actual y considerando los Artículos 7 y 22.
b) Pensión por edad		
Años de servicio	10 años cuando menos.	15 años cuando menos.
Edad	60 años.	60 años.
Beneficio	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 6, 7 y 22 del RJP de la generación actual, y aplicando la Tabla A del Artículo 4 del RJP de la generación actual.	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 7 y 22 del RJP de la generación actual, y aplicando la Tabla A de la Cláusula 6 del Convenio Adicional del RJP del 14 de octubre de 2005.

^{1/} Trabajadores que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004.

^{2/} Trabajadores que ingresaron al IMSS a partir del 16 de octubre de 2005 y médicos residentes contratados a partir del 01/marzo/2005.

Fuente: IMSS.

V.3.2. Objetivo del estudio actuarial

El estudio actuarial para medir la suficiencia financiera del fondo laboral para las nuevas contrataciones de Base⁸¹, dentro del marco legal en que se desarrolla, debe determinar si las

⁸¹ “Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de las Obligaciones Laborales de Carácter Legal y Contractual”, Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas S.A de C.V., de acuerdo con el Contrato de Prestación de Servicios de Consultoría Actuarial No. 8S8323 celebrado con el IMSS, en los términos de la licitación pública nacional No. 00641322-026-08.

nuevas contrataciones de Base realizadas entre el 16 de octubre de 2005 y el 30 de junio de 2008 están plenamente fondeadas, en los términos de los Artículos 277 D y Tercero Transitorio de la reforma a la LSS del 11 de agosto de 2004.

V.3.3. Hipótesis utilizadas en el estudio actuarial

El estudio de referencia utilizó las hipótesis que se señalan en el cuadro V.9.

Cuadro V.9.
Hipótesis Financieras Utilizadas para la Valuación de la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del FCOLCLC

Concepto	Hipótesis
Tasa de interés técnico	3.50%
Tasa de incremento salarial	1.00%
Carrera salarial por incremento al tabulador	1.39%
Incremento real al Salario Mínimo	0.00%
Tasa de incremento de pensiones	1.00%
Aportación al Fondo de Jubilaciones y Pensiones por parte del:	
- Personal Activo con fecha de ingreso anterior al 12 de agosto de 2004.	4% en 2008, incrementándose esta tasa en 1 por ciento anualmente hasta alcanzar 7% en el 2011.
- Personal de Base de nuevo ingreso con fecha de ingreso posterior al 11 de agosto de 2004.	7% en 2008, incrementándose esta tasa en 1 por ciento anualmente hasta alcanzar 10% en el 2011.

Fuente: IMSS.

Cabe hacer mención que en adición a las hipótesis anteriores se toman como base las bases biométricas que aparecen en el cuadro V.1.

V.3.4. Características de la Población Valuada

Al 31 de diciembre de 2008 el IMSS tenía contratados a 45,773 trabajadores de Base contratados bajo las condiciones y los beneficios del Convenio. De ellos, 42.3 por ciento son mujeres y 57.7 por ciento, hombres; ambos grupos de trabajadores tienen una edad promedio de 29 años y una antigüedad promedio de 1.3 años, y perciben en promedio un salario base mensual equivalente 5.0 veces el SMGVDF⁸². En el cuadro V.10 se muestra la estructura por grupos de edad y sexo de los trabajadores del Convenio, así como sus salarios base promedio mensual.

⁸² El SMGVDF a 2008 es de 1,599.61 pesos mensuales.

Cuadro V.10.
Principales Indicadores de los Trabajadores IMSS Vigentes al 31 de Diciembre de 2008 por Rangos de Edad, Valuados Bajo la Cobertura del Convenio de Octubre de 2005

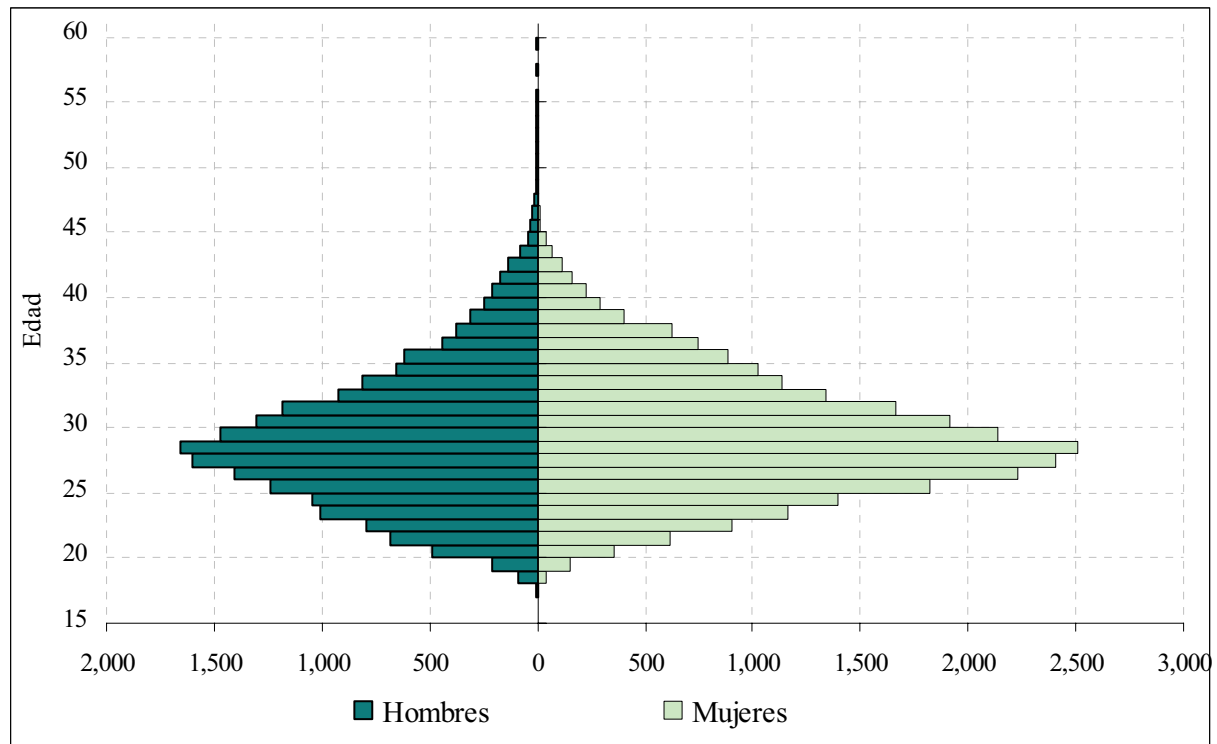
Rangos de edad	Número de trabajadores			Edad promedio			Antigüedad promedio			Salario base promedio mensual (pesos de 2008) ^{-1/}		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
15-19	195	307	502	18.7	18.7	18.7	1.0	1.1	1.1	6,069	5,693	5,839
20-24	4,432	4,023	8,455	22.6	22.4	22.5	1.2	1.3	1.3	7,499	6,458	7,003
25-29	11,106	7,380	18,486	27.1	27.1	27.1	1.2	1.2	1.2	7,992	6,934	7,570
30-34	7,074	4,883	11,957	31.7	31.7	31.7	1.4	1.4	1.4	9,695	9,843	9,756
35-39	2,953	2,005	4,958	36.5	36.6	36.5	1.3	1.3	1.3	10,292	11,957	10,965
40-44	606	648	1,254	41.2	41.4	41.3	1.3	1.3	1.3	11,409	11,919	11,673
45-49	49	81	130	46.4	46.1	46.2	1.5	1.3	1.3	12,289	13,721	13,182
50-54	4	19	23	51.8	51.8	51.8	1.8	1.3	1.4	15,045	14,535	14,623
55-59	2	6	8	56.5	57.0	56.9	1.5	1.2	1.3	12,114	14,785	14,117
Total	26,421	19,352	45,773	28.9	28.7	28.8	1.3	1.3	1.3	8,696	8,275	8,518

^{-1/} La integración del salario base se realizó tomando los conceptos que establece el Artículo 5 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Asimismo, para los trabajadores de Base los salarios están topados a la categoría de médico familiar 80 y para los de Confianza dichos salarios están topados a la categoría de director de unidad médica hospitalaria "B".

Fuente: IMSS.

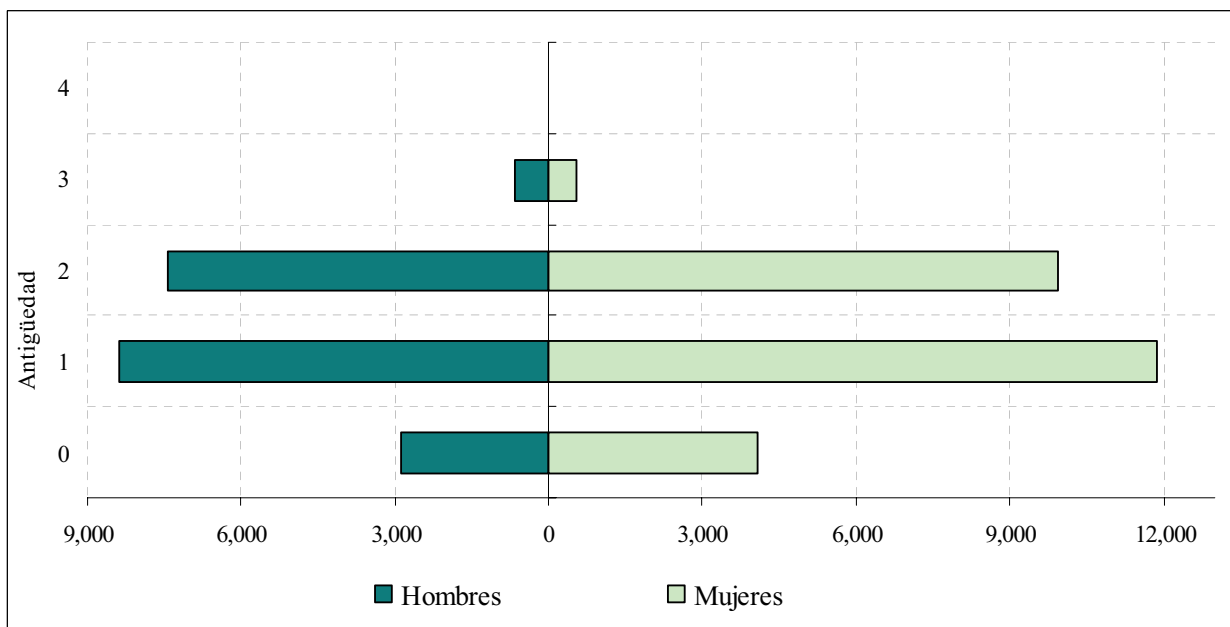
En el cuadro V.10 y la gráfica V.8 se observa que el quinquenio con mayor frecuencia de trabajadores corresponde a las edades entre 25 y 29 años, mismas que presentan una antigüedad promedio cercana a los 1.2 años, y un salario base promedio topado de 7,570 pesos mensuales. Por su parte, el cuadro V.10 y la gráfica V.9 muestran que la antigüedad promedio de la población total valuada es de 1.3 años.

Gráfica V.8.
Pirámide Poblacional por Edad de los Trabajadores de la Subcuenta 2,
al 31 de Diciembre de 2008



Fuente: IMSS.

Gráfica V.9.
Pirámide Poblacional por Antigüedad de los Trabajadores Valuados,
al 31 de Diciembre de 2008



Fuente: IMSS.

V.3.5. Resultados del estudio actuarial

Tomando en cuenta la población sujeta de valuación, los beneficios que establece el Convenio Adicional, las hipótesis y los supuestos adoptados, así como una tasa de interés de 3.7 por ciento real anual, se estima que el Valor Presente de las Obligaciones Totales (VPOT) por concepto de las prestaciones del RJP asciende a 50,881 millones de pesos.

Al 31 de diciembre de 2008 el saldo de los recursos acumulados en la Subcuenta 2 del FCOLCLC por concepto de las aportaciones realizadas por los trabajadores, incluidos los rendimientos de las mismas, asciende a 4,462 millones de pesos distribuidos como se indica en el cuadro V.11.

Cuadro V.11.
Saldo Acumulado en la Subcuenta 2 del FCOLCLC
al 31 de Diciembre de 2008
(millones de pesos)

Concepto	Saldo Subcuenta 2	Intereses del año	Total
107 Provisión fondo de jubilación ^{-1/}	3,739	226	3,965
108 Provisión RJP ^{-2/}	467	29	497
Total	4,206	256	4,462

^{1/} Aportación que han realizado los trabajadores en activo con fecha de ingreso anterior al 12 de agosto de 2004, con base en lo estipulado en la Declaración II.4 inciso a) del Convenio Adicional para las jubilaciones de los trabajadores de base de nuevo ingreso.

^{2/} Aportación sobre el salario base que han realizado los nuevos trabajadores en activo contratados a partir del 16 de octubre de 2005, con base en lo estipulado en la Declaración II.4 inciso b) del Convenio Adicional para las Jubilaciones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso.

Fuente: IMSS.

De acuerdo con las aportaciones realizadas hasta el 31 de diciembre de 2008, así como a las expectativas de las aportaciones futuras y a los rendimientos que se generarán, se estima que los recursos que se acumularán para financiar las pensiones de los 45,773 trabajadores contratados bajo el Convenio serán a valor presente de 52,599 millones de pesos, los cuales superarán en 1,718 millones de pesos al valor presente de las obligaciones a cubrir. Esta diferencia no debe ser considerada como un excedente, sino como un monto que en el transcurso del tiempo podría irse ajustando de acuerdo con el comportamiento real de las variables e hipótesis utilizadas en la valuación.

Los resultados anteriores se presentan en el cuadro V.12 relativo al Balance Actuarial de la Subcuenta 2 del FCOLCLC al 31 de diciembre de 2008.

Cuadro V.12.
Balance Actuarial de la Subcuenta 2 del FCOLCLC al 31 de Diciembre de 2008
(millones de pesos de 2008)

Activo		Pasivo	
Saldo acumulado a diciembre de 2008 de la Subcuenta 2 del FCOLCLC, por el Concepto 107	3,965	Subtotal VPOT Trabajadores valuados	50,881
Saldo Acumulado Diciembre de 2008 Subcuenta 2 del FCOLCLC por el Concepto 108	497		
Subtotal VPFA Trabajadores con fecha de ingreso anterior al 12 de agosto de 2004 ^{1/}	28,462		
Subtotal VPFA Trabajadores valuados	15,797		
Producto financiero de los activos del plan considerando una tasa esperada de rendimiento de 3.7%.	3,879	Variaciones en supuestos	1,718
TOTAL ACTIVO	52,599	TOTAL PASIVO	52,599

VPFA: Valor Presente de Futuras Aportaciones.

VPOT: Valor Presente de Obligaciones Totales.

^{1/} Trabajadores con fecha de ingreso anterior al 12 de agosto de 2004, Base y Confianza

Tasa de descuento: 3.5 por ciento.

Tasa de inversión de los recursos de la Subcuenta 2 del FCOLCLC: 3.7

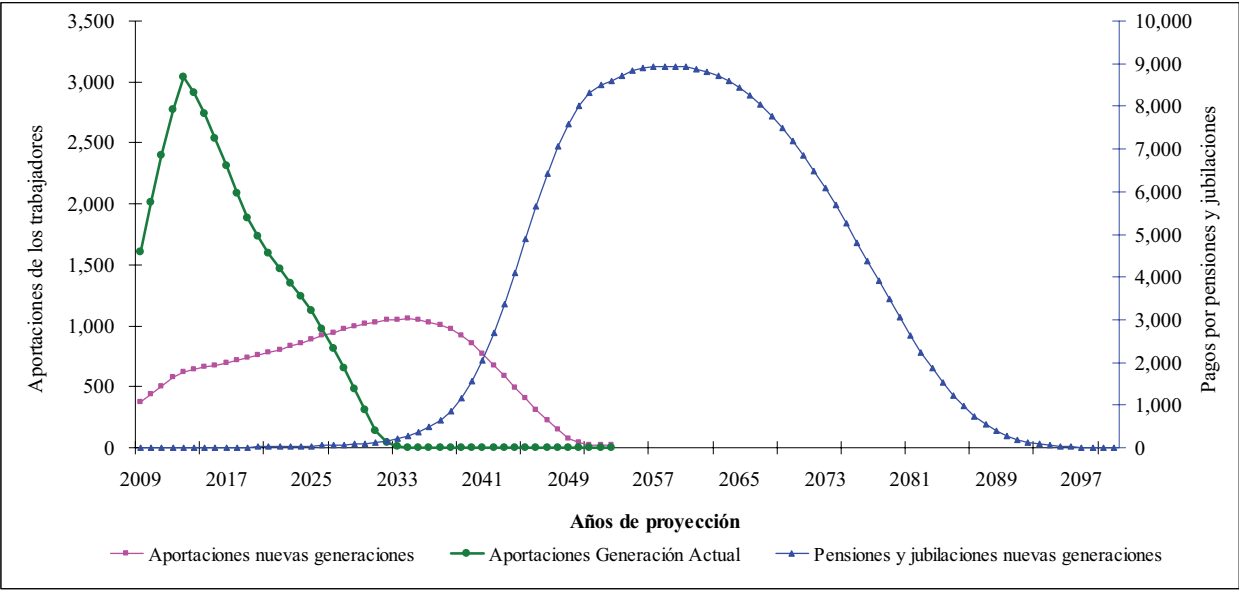
Fuente: Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A de C.V.

Como se puede observar en el Balance, se estima que el valor presente de las aportaciones futuras que harán los trabajadores en activo contratados con anterioridad al 12 de agosto de 2004, representará 61.6 por ciento de las aportaciones totales, mientras que esa proporción será de 31 por ciento en el caso de los trabajadores contratados bajo el Convenio, y de 7.4 por ciento por los productos financieros que se generen por la inversión de recursos a una tasa real anual de 3.7 por ciento.

Con el propósito de ilustrar el comportamiento del pasivo y de las aportaciones de las 45,773 contrataciones, en la gráfica V.8 se presenta el flujo anual esperado de ingresos y egresos correspondientes a los trabajadores que ingresaron al IMSS después de la reforma a la LSS de agosto de 2004. Como puede observarse, las aportaciones de la generación actual se incrementarán alcanzando su nivel máximo en el año 2013 con un monto de 3,036 millones de pesos y después disminuirán hasta extinguirse en el año 2035. Las aportaciones de las nuevas generaciones alcanzan su nivel más alto en el año 2034, con 1,057 millones de pesos, y se extinguen en el año 2053. En cuanto al pasivo, se tiene que en el año 2060 se alcanzará el nivel máximo con un importe de pensiones y jubilaciones de 8,916 millones de pesos de 2008 y se

estima que en el año 2100 se termine con el pago de dicho pasivo, correspondiente a los trabajadores cubiertos bajo los beneficios del Convenio Adicional.

Gráfica V.10.
Aportaciones Anuales de los Trabajadores y Pagos Anuales por Pensiones y Jubilaciones
(millones de pesos de 2008)



Fuente: Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A de C.V.

V.4. Estadísticas Relevantes del RJP

V.4.1. Evolución y principales características del RJP

El RJP es un plan complementario de pensiones más generoso que otros planes similares prevalecientes en México. En el cuadro V.13 Antecedentes y Evolución de las Prestaciones del RJP se reseñan las principales modificaciones que ha tenido desde su inicio en 1966.

Como se puede observar, desde el 7 de octubre de 1966 y hasta el 15 de marzo de 1988 el RJP se mantuvo prácticamente sin cambio en sus aportaciones y beneficios. Durante estos años ingresó al Instituto la gran mayoría de los trabajadores del IMSS, como se vio anteriormente. Lo anterior significa que el grueso de los trabajadores se contrató bajo un plan de pensiones cuyas prestaciones eran inferiores a las del plan actual, a pesar de eso, se han estado jubilando o lo van a hacer con prestaciones superiores.

Cuadro V.13.
Antecedentes y Evolución de las Prestaciones del RJP

Contrato Colectivo	Principales modificaciones al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP)	Conceptos integrados al salario para determinar la pensión	Aportación de los trabajadores
1955-1957	Cláusula 110: establece que un trabajador separado por vejez recibirá prestaciones de Ley más otro tanto a cubrir por el Instituto, más un finiquito.		
1967-1969	Inicio del RJP: trabajador con 30 años de servicio y 58 años de edad se jubila con 90% de su sueldo.	Sueldo tabular, ayuda de renta, antigüedad, aguinaldo, sobresueldo a médicos y horario discontinuo.	1% sólo sobre salarios base mayores a 90 pesos diarios.
1969-1971	El trabajador con 30 años de servicio y sin límite de edad se jubila con 90% de su sueldo.	Sueldo tabular, ayuda de renta, antigüedad, aguinaldo, sobresueldo a médicos, horario discontinuo y despena.	1% sólo sobre salarios base mayores a 90 pesos diarios.
1975-1977	Se reducen los años de servicio a 27 y 28 para mujeres y hombres, respectivamente, para jubilarse con 90% del sueldo.	Sueldo tabular, ayuda de renta, antigüedad, aguinaldo, sobresueldo a médicos, horario discontinuo y despena.	1% sólo sobre salarios base mayores a 90 pesos diarios.
1982-1987			1.25% del salario base.
1987-1989 (vigente a partir del 16 de marzo de 1988)	Nuevo RJP: jubilación con 100% del último sueldo, un aguinaldo adicional de 25% del monto de la pensión por encima de lo que marca la Ley, pago de un fondo de ahorro, incrementos a la pensión conforme al aumento salarial de trabajadores activos y otro aguinaldo anual de 15 días.	Sueldo tabular, ayuda de renta, antigüedad, aguinaldo, sobresueldo a médicos, despena, alto costo de vida, zona aislada, horario discontinuo, infectocontagiosidad médica y no médica y emanaciones radioactivas médicas y no médicas, compensación por docencia .	2.75% del salario base.
1989-1991		Sueldo tabular, ayuda de renta, antigüedad, aguinaldo, sobresueldo a médicos, horario discontinuo, despena, alto costo de vida, infectocontagiosidad médica y no médica y emanaciones radioactivas médicas y no médicas, compensación por docencia, atención integral continua, zona aislada.	2.75% del salario base.
1992-1997			3% del salario base y del fondo de ahorro.
1997-1999		Sueldo tabular, ayuda de renta, antigüedad, aguinaldo, sobresueldo a médicos, horario discontinuo, despena, alto costo de vida, infectocontagiosidad médica y no médica, emanaciones radioactivas médicas y no médicas, compensación por docencia, atención integral continua, zona aislada, ayuda para libros, riesgo por tránsito vehicular.	3% del salario base y del fondo de ahorro.
1999-2004			3% del salario base y del fondo de ahorro.
2005	<p>Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso:</p> <p>Establece que los trabajadores en activo mantendrán sin limitación alguna los beneficios establecidos en el RJP.</p> <p>Los trabajadores de Base de nuevo ingreso a partir del 16 de octubre de 2005 serán jubilados y pensionados de acuerdo con lo establecido en los Artículos 1, 3, 5, 7, 10 al 17, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27 y 28 del RJP.</p>		4% del salario base y del fondo de ahorro, porcentaje que se incrementará a partir de 2006 en un punto porcentual en cada revisión anual, hasta alcanzar una aportación de 10%.

Fuente: IMSS.

En cuanto a las características del plan actual de jubilaciones y pensiones, bajo cuyas contribuciones y beneficios se retiran de la vida laboral los trabajadores del IMSS contratados antes del 12 de agosto de 2004, éstas se muestran en el cuadro V.14.

Cuadro V.14.
Contribuciones y Principales Beneficios del RJP de los Trabajadores del IMSS Contratados
Antes del 12 de Agosto de 2004

Concepto	Descripción
I. Contribuciones al fondo de pensión - Salario para cálculo de contribuciones y beneficios. - Fondo de ahorro. - Aportaciones de los trabajadores: Hasta el 15 de octubre de 2005 ^{-a/} - Tope de salario: Trabajadores de Base y de Confianza	Salario básico topado a un máximo, integrado por: sueldo tabular, ayuda de renta; antigüedad; sobresueldo a médicos; ayuda de despensa; alto costo de vida; zona aislada; horario discontinuo; infectocontagiosidad y emanaciones radioactivas; compensación por docencia; atención integral continua; aguinaldo; ayuda para libros; y, riesgo por tránsito vehicular. Actualmente los trabajadores activos aportan sobre una base de 45 días de la suma del sueldo tabular, incremento ayuda de renta, beca a residentes y complemento de beca; pagado una vez al año. 3% del salario base y del fondo de ahorro. Salario base de la categoría médico familiar 8 horas.
II. Disposiciones generales para las jubilaciones y pensiones - Monto de la Cuantía Básica (MCB) bajo lo estipulado en el RJP. - Incremento de la pensión del RJP. - Categorías de pie de rama. - Gastos de funeral al fallecimiento del jubilado o pensionado de acuerdo con el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT). - Conservación de derechos adquiridos de acuerdo con el CCT. - Relación con el sistema de seguridad social.	Salario básico topado, menos ISR, menos aportaciones al RJP, menos cuota sindical (sólo trabajadores de Base). Igual que el incremento de los salarios de los trabajadores activos. A los trabajadores en categoría de pie de rama con al menos 15 años de servicio al Instituto, se les calculará la pensión considerando la categoría inmediata superior. Dos meses del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal, conforme a lo establecido en la LSS, más cinco mensualidades del monto de la jubilación o pensión. El trabajador conserva los derechos adquiridos al RJP por un periodo igual a la cuarta parte de la antigüedad reconocida. Cuando un trabajador sale del IMSS y reingresa se le reconocerá el tiempo trabajado con anterioridad, si reingresa: a) en un plazo no mayor de 3 años, inmediatamente; b) en un plazo de 3 a 6 años, en 6 meses; y, c) en un plazo mayor de 6 años, en 1 año. En el caso de los trabajadores que tienen derecho y eligen la LSS de 1973 al momento de su retiro, conforme a la LSS reciben de su cuenta individual el importe de las subcuentas SAR92, Vivienda92 y su saldo de retiro97 (2% del salario). Por ser el RJP un esquema de pensiones complementario al de la Ley, el IMSS le paga al trabajador la parte de la pensión que le corresponde como patrón, en tanto que el Gobierno Federal le cubre la pensión de Ley.

^{a/} El Instituto cubre las aportaciones al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez que de acuerdo con la Ley correspondería cubrir a los trabajadores en su calidad de afiliados al IMSS. Estas aportaciones son de 1.125 por ciento del salario, de forma que, en términos netos, las aportaciones de los trabajadores al RJP son de 1.875 por ciento del salario, a pesar de ser formalmente de tres por ciento. El IMSS cubre además las contribuciones a los Seguros de Enfermedades y Maternidad, Gastos Médicos de Pensionados e Invalidez y Vida. En total, todas estas aportaciones suman 2.8 por ciento del salario.

Continúa

Cuadro V.14.
Contribuciones y Principales Beneficios del RJP de los Trabajadores del IMSS Contratados
Antes del 12 de Agosto de 2004

Concepto	Descripción												
III. Principales Beneficios Pensiones al retiro - Pensión de jubilación por años de servicio - Pensión por cesantía en edad avanzada - Pensión por vejez Proporción de la cuantía básica según años de servicio trabajados	<p>Se otorga a los hombres a los 28 de servicio, y a las mujeres a los 27, independientemente de su edad.</p> <p>Se otorga al trabajador cuya edad sea de 60 años y tenga un mínimo de 10 años de servicio en el IMSS.</p> <p>Se otorga al trabajador cuya edad sea de 65 años y tenga un mínimo de 10 años de servicio en el IMSS.</p> <p>Depende del número de años de servicio, como se indica en la siguiente tabla:</p> <table> <tr> <th>Años de servicio</th><th>Pensión en % del último salario pensionable</th></tr> <tr> <td>10</td><td>50.0</td></tr> <tr> <td>15</td><td>57.5</td></tr> <tr> <td>20</td><td>67.5</td></tr> <tr> <td>25</td><td>82.5</td></tr> <tr> <td>28 hombres; 27 mujeres</td><td>100.0</td></tr> </table>	Años de servicio	Pensión en % del último salario pensionable	10	50.0	15	57.5	20	67.5	25	82.5	28 hombres; 27 mujeres	100.0
Años de servicio	Pensión en % del último salario pensionable												
10	50.0												
15	57.5												
20	67.5												
25	82.5												
28 hombres; 27 mujeres	100.0												
Pensiones de invalidez por enfermedad general - Pensión	<p>Se otorga al trabajador que tenga un mínimo de 3 años de servicio en el IMSS, cuando la invalidez no sea originada por un accidente de trabajo o una enfermedad laboral. El monto de la pensión depende de los años de servicio y se paga conforme a los siguientes porcentajes:</p> <table> <tr> <th>Años de servicio</th><th>Pensión en % del último salario pensionable</th></tr> <tr> <td>3 a 10</td><td>60.0</td></tr> <tr> <td>10.5</td><td>61.0, con un incremento de 1% por cada 6 meses adicionales de servicio</td></tr> <tr> <td>28 hombres; 27 mujeres</td><td>100.0</td></tr> </table>	Años de servicio	Pensión en % del último salario pensionable	3 a 10	60.0	10.5	61.0, con un incremento de 1% por cada 6 meses adicionales de servicio	28 hombres; 27 mujeres	100.0				
Años de servicio	Pensión en % del último salario pensionable												
3 a 10	60.0												
10.5	61.0, con un incremento de 1% por cada 6 meses adicionales de servicio												
28 hombres; 27 mujeres	100.0												
Pensión de invalidez a causa de un riesgo de trabajo (incapacidad permanente parcial o total) - Pensión	<p>Se otorga sin requisito de edad o tiempo mínimo de años de servicio, conforme a los siguientes porcentajes:</p> <table> <tr> <th>Años de servicio</th><th>Pensión en % del último salario pensionable</th></tr> <tr> <td>Hasta 10</td><td>80%</td></tr> <tr> <td>10.5</td><td>81%, con un incremento de 1% por cada 6 meses adicionales de servicio</td></tr> <tr> <td>28 hombres; 27 mujeres</td><td>100%</td></tr> </table>	Años de servicio	Pensión en % del último salario pensionable	Hasta 10	80%	10.5	81%, con un incremento de 1% por cada 6 meses adicionales de servicio	28 hombres; 27 mujeres	100%				
Años de servicio	Pensión en % del último salario pensionable												
Hasta 10	80%												
10.5	81%, con un incremento de 1% por cada 6 meses adicionales de servicio												
28 hombres; 27 mujeres	100%												

Continúa

Cuadro V.14.
Contribuciones y Principales Beneficios del RJP de los Trabajadores del IMSS Contratados
Antes del 12 de Agosto de 2004

Concepto	Descripción
Pensiones derivas de la muerte del pensionado o del trabajador en activo - Viudez - Orfandad - Ascendencia - Límite de las pensiones derivadas - Pensión mínima de viudez	<p>En caso de fallecimiento por riesgo de trabajo la pensión se otorga sin ningún requisito de edad o de tiempo mínimo de servicio. Si el deceso no fue por un riesgo de trabajo, se otorga siempre que el trabajador fallecido hubiera tenido al menos 3 años de servicio.</p> <p>A la viuda o al viudo incapacitado o dependiente de la fallecida, se le paga 90% de la pensión que tenía el fallecido o de la que le hubiera correspondido al asegurado que murió, más una ayuda asistencial de 10%, siempre que esté inhabilitada(o). La pensión se reduce a 40% si hay más de dos hijos huérfanos. Si la viuda(o) contrae nuevas nupcias se le da un finiquito equivalente a tres años de pensión.</p> <p>Se otorga a los hijos menores de 16 años o de 25 si estudian en un plantel del sistema educativo nacional. A cada hijo, si queda huérfano de padre o de madre se le da 20% de la pensión que tenía el fallecido o de la que le hubiera correspondido al asegurado que murió. Si es huérfano de ambos se le otorga 50%, se le entregará al huérfano un finiquito equivalente a tres mensualidades de su pensión.</p> <p>Se otorga sólo si no hay viuda(o) o hijos. A cada ascendiente se le otorga 20% de la pensión que tenía el fallecido o de la que le hubiera correspondido al asegurado que murió.</p> <p>El total de la pensión de viudez y orfandad no debe exceder 100% de la que tenía el fallecido o de la que le hubiera correspondido al asegurado que murió.</p> <p>La pensión de viudez no puede ser inferior al monto de la pensión que corresponda a la categoría de mensajero 6.5 horas.</p>
Indemnizaciones - Reajuste y despido injustificado - Separación por invalidez - Fallecimiento por enfermedad general - Muerte por un riesgo de trabajo; incapacidad permanente parcial; e incapacidad permanente total	<p>150 días de salario más 50 días de salario por cada año de antigüedad.</p> <p>190 días del último sueldo (sueldo tabular más la ayuda de renta).</p> <p>180 días del último salario y 50 días de salario por cada año de servicio, así como una ayuda para gastos de funeral de 100 días de salario.</p> <p>1095 días del último salario y 50 días de salario por cada año de servicio, En caso de muerte se otorgará una ayuda para gastos de funeral de 125 días de salario.</p>
Prima de Antigüedad - Separación por: invalidez; incapacidad permanente parcial o total; despido justificado; y, fallecimiento - Separación por: renuncia, jubilación, edad avanzada, o vejez	<p>12 días del último salario por cada año de servicio.</p> <p>Con 15 años o más de servicio se otorgarán 12 días del último salario por cada año de servicio. Con menos de quince años, la indemnización no excederá de tres meses.</p>
Otros beneficios	<p>Asistencia médica para el pensionado y sus dependientes; préstamos hasta por 2 meses de pensión; prestaciones sociales.</p>

Fuente: IMSS.

V.4.2. Percepciones de los jubilados del IMSS comparadas con las de trabajadores en activo del Instituto

En el cuadro V.15 se presentan las percepciones anualizadas de los jubilados del IMSS por años de servicio comparadas con las que reciben los trabajadores en activo. La comparación se hace para tres categorías de contratación en las cuales se concentra la mayor parte del personal institucional: médico familiar, enfermera general y auxiliar universal de oficinas.

Como puede apreciarse, para el caso del médico familiar los ingresos como jubilado son superiores en 17.3 por ciento a los obtenidos como activo; para las enfermeras generales la diferencia es de 26.7 por ciento; y para el auxiliar universal de oficinas de 33.3 por ciento.

Cuadro V.15.
Percepciones Anualizadas de Trabajadores Activos y Jubilados del IMSS, 2008
(pesos)

Concepto	Médico Familiar _1/		Enfermera General _2/		Auxiliar Universal Oficinas _3/	
	último año activo	primer año jubilado	último año activo	primer año jubilado	último año activo	primer año jubilado
Percepciones						
02 Sueldo	86,934	86,934	49,958	56,959	39,537	47,840
11 Incremento adicional	30,862	30,862	17,735	20,220	14,036	16,983
13 Sobresueldo cláusula 86	23,559	23,559				
20 Ayuda de renta	5,400	5,400	5,400	5,400	5,400	5,400
22 Antigüedad ayuda de renta	88,435	88,435	47,295	53,923	29,465	35,653
29 Prima vacacional	9,008		5,075		3,237	
32 Estímulos por asistencia _4/	27,978		15,430		9,322	
33 Estímulos por puntualidad _5/	19,081		10,523		6,357	
40 Bonificación seguro médico	240					
49 Aguinaldo _6/	40,198	121,283	22,170	74,536	13,393	49,557
50 Ayuda de despensa	4,800	4,800	4,800	4,800	4,800	4,800
55 Fondo de ahorro _7/	14,724	49,475	8,462	21,111	6,697	14,294
58 Sobresueldo docencia enfermería			20,985	23,926		
57 Atención integral continua	19,436	19,436				
62 Ayuda para libros médicos	23,559	23,559				
Suma	394,214	453,744	207,833	260,875	132,244	174,527
Deducciones						
120 Seguro médico	480					
151 Impuesto sobre la renta	23,431	23,861	6,912	8,640	2,904	3,624
152 Fondo de jubilación _8/	10,137	10,137	5,304	6,005	3,400	4,050
107 Previsión Jubilatoria _8/	9,696	9,696	5,050	5,715	3,199	3,806
180 Cuota sindical _8/	2,356	2,356	1,354	1,544	1,071	1,296
182 Fondo de ayuda sindical	360		360		216	
183 Mutualidad	360		360		144	
Suma	46,820	46,049	19,340	21,903	10,934	12,776
Percepciones netas anuales	347,395	407,694	188,493	238,972	121,310	161,750

^{1/} A diciembre de 2008 existen 16,181 plazas de esta categoría.

^{2/} Conforme al Artículo 21 del RJP, esta categoría por ser pie de rama, cambia a enfermera especialista para propósitos de jubilación; a diciembre de 2008 existen 39,519 plazas de esta categoría.

^{3/} Conforme al artículo 21 del RJP, esta categoría por ser pie de rama, cambia a oficial de personal para propósitos de jubilación; a diciembre de 2008 existen 16,180 plazas de esta categoría.

^{4/} Se considera un promedio de asiduidad de 87 por ciento, que corresponde a lo pagado en 2007, según el Artículo 91 del Reglamento Interior de Trabajo del CCT.

^{5/} Se considera un promedio de asiduidad de 89 por ciento, que corresponde a lo pagado en 2007, según la Cláusula 38 del CCT.

^{6/} Para el trabajador en activo el pago corresponde a 90 días, de acuerdo con la Cláusula 107 del CCT; para jubilados y pensionados del RJP, indica: a) el Artículo 5 establece el concepto de aguinaldo por 90 días para el cálculo del monto mensual de la pensión (cuantía básica); b) el artículo 6 establece mensualmente por concepto de aguinaldo 25% del monto de la jubilación; y, c) el Artículo 22 indica un pago adicional de aguinaldo anual de 15 días del monto de la pensión.

^{7/} Para el trabajador en activo el pago corresponde a 45 días, de acuerdo con la Cláusula 144 del CCT; para jubilados y pensionados conforme al Artículo 7 del RJP establece el mismo número de días del monto de la pensión.

^{8/} Para jubilados y pensionados los conceptos de fondo de jubilación y cuota sindical se consideran únicamente para el cálculo de la cuantía básica con la que se determina el monto de pensión.

Fuente: IMSS.

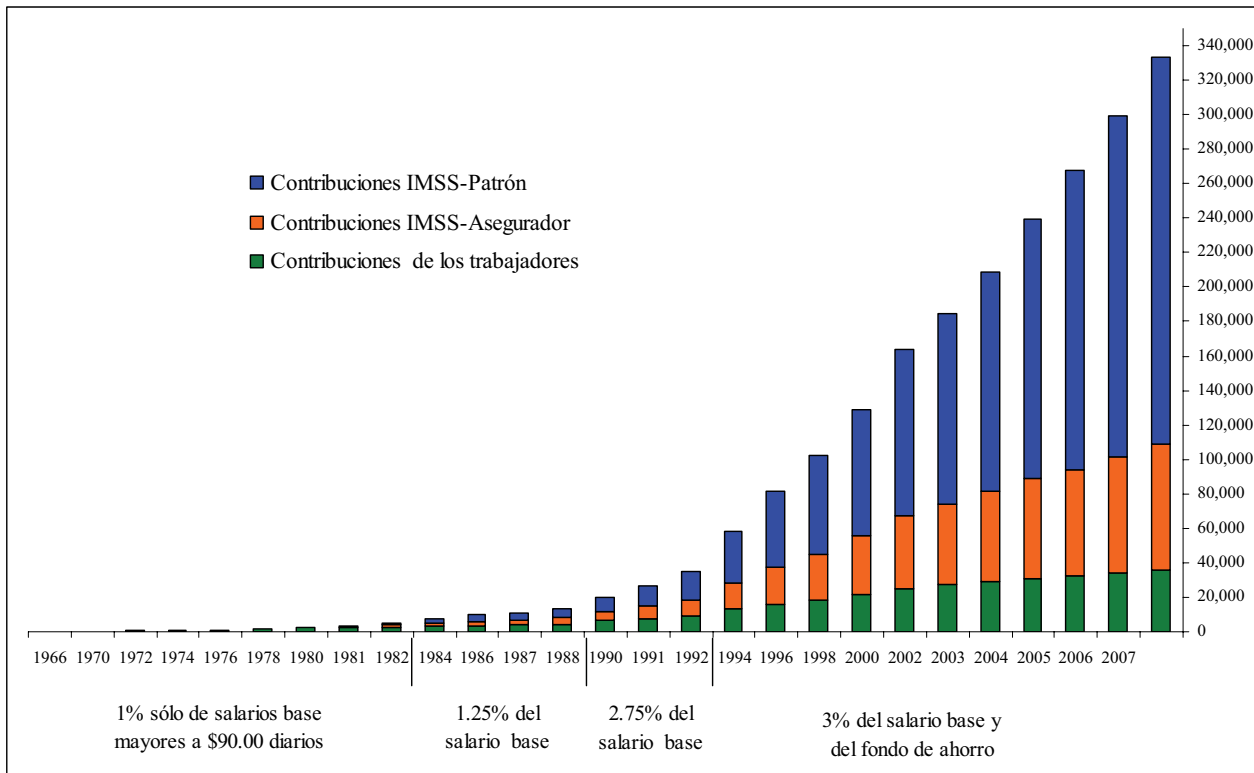
V.4.3. Financiamiento histórico del RJP, 1966-2008

El RJP se financia a través de tres fuentes: i) los recursos del IMSS-Asegurador, es decir, las pensiones a las cuales los ex trabajadores del Instituto tienen derecho por ser asegurados del IMSS, en los términos de la LSS; ii) las aportaciones de los trabajadores activos; y, iii) los recursos adicionales que el IMSS tiene que aportar a partir de su presupuesto para complementar el RJP; esto es, la parte del IMSS-Patrón. Como se señaló anteriormente, con la reforma del 11 de agosto de 2004 a los Artículos 277 D y 286 K de la LSS, el Instituto no puede crear, contratar o sustituir plazas sin respaldar plenamente con recursos financieros el pasivo laboral que anualmente se vaya generando; además, el Instituto ya no puede desviar las contribuciones obrero-patronales, las aportaciones del Gobierno Federal o los intereses o capital de las reservas para este propósito.

Dado que el RJP es un régimen de reparto, en marzo de 2004 el IMSS solicitó a su auditor actuarial externo un dictamen sobre el financiamiento de este régimen de 1966 a 2003⁸³. Estos resultados se han ido actualizando anualmente para este Informe y se presentan en la gráfica V.11. Los montos son anuales y están expresados en pesos de 2008.

⁸³ “Valuación de las Obligaciones Laborales Pagadas por el Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad de 1966 a 2003”, Alexander Forbes Consultores Actuariales, contrato 2003-1397028-023 asignado conforme a la licitación pública nacional No. 006411259-013-03. El auditor actuarial externo señaló en su dictamen que: “Es importante destacar que el financiamiento del RJP del IMSS está basado en un Sistema de Reparto, donde la población de trabajadores activos y el Instituto aportan para hacer frente a los pagos al grupo de Jubilados y Pensionados de la misma institución, a partir de aportaciones calculadas sobre la nómina del personal en activo”.

Gráfica V.11.
Financiamiento del Gasto del RJP, 1966-2008
(millones de pesos de 2008)

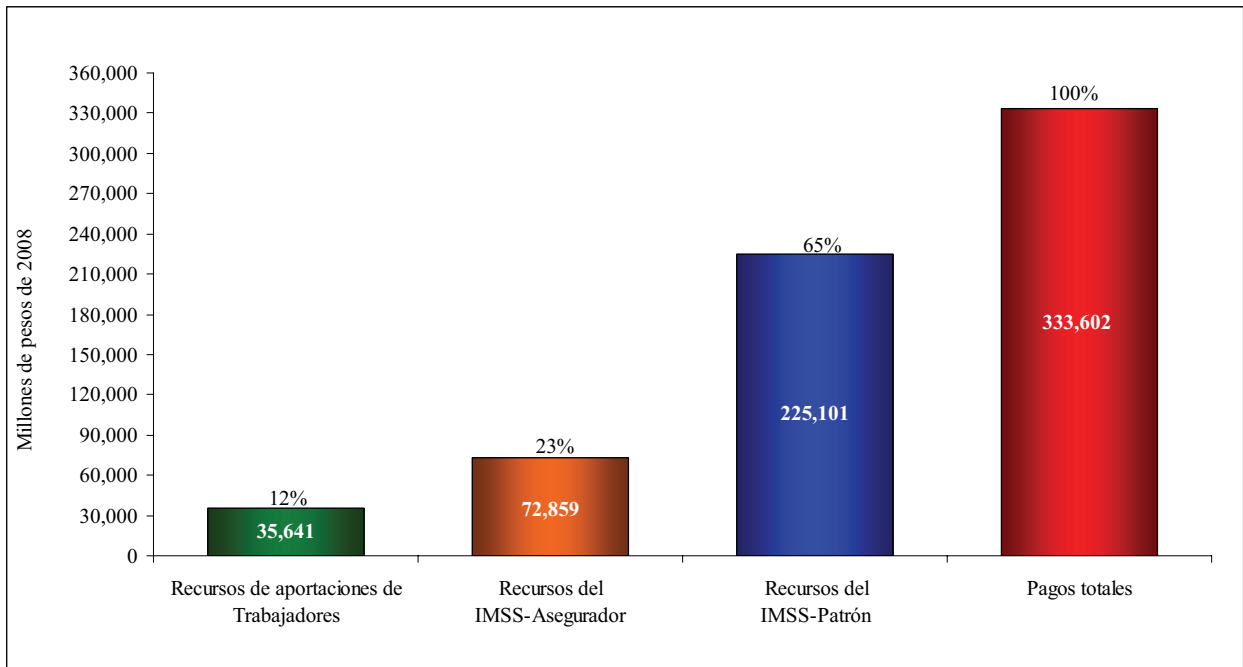


Fuente: “Valuación de las Obligaciones Laborales Pagadas por el Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad de 1966 a 2003”, Alexander Forbes Consultores Actuariales (2004); Estados Financieros de 2004 a 2007, IMSS.

En la gráfica V.12 se pueden observar los montos anteriores acumulados para todo el periodo 1966- 2008, destacándose que los trabajadores han aportado a lo largo del periodo 35,641 millones de pesos al RJP, pero han recibido jubilaciones y pensiones por 297,960 millones de pesos. Es decir, las aportaciones de los trabajadores del IMSS al RJP no se han ahorrado ni han sido canalizadas a ningún fondo, sino que han sido utilizadas para contribuir a pagar las pensiones de los jubilados y pensionados, ya que como se había mencionado el RJP es un régimen de reparto.

Históricamente los trabajadores del IMSS han financiado 12 por ciento del gasto total del RJP; el IMSS-Asegurador, 23 por ciento; y el IMSS-Patrón ha cubierto 65 por ciento, destinando para estos propósitos 225,101 millones de pesos de 2008 de los presupuestos institucionales de todos esos años, recursos que a su vez provienen, principalmente, de las aportaciones tripartitas al Seguro Social.

**Gráfica V.12.
Financiamiento del Gasto del RJP, 1966-2008**



Fuente: “Valuación de las Obligaciones Laborales Pagadas por el Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad de 1966 a 2003”, Alexander Forbes Consultores Actuariales (marzo 2004); Estados Financieros 2004 - 2008, IMSS.

V.4.4. Aportaciones acumuladas al FCOLCLC, 1966-2008

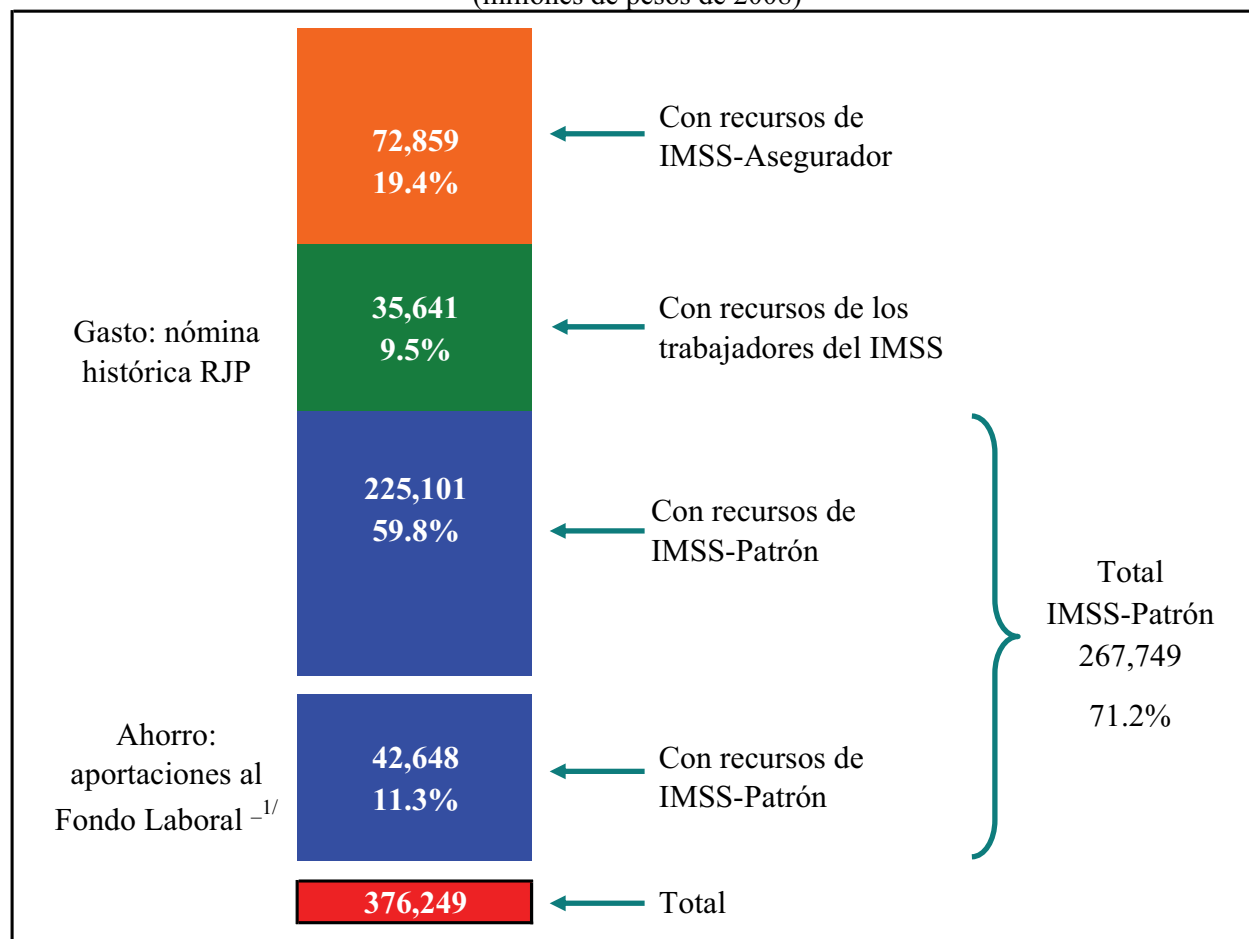
Al 31 de diciembre de 2008, el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) para los trabajadores con derecho al RJP (fondo denominado Subcuenta 1) ⁸⁴ tenía un saldo de 42,648 millones de pesos, provenientes de las aportaciones tripartitas y de la capitalización de los intereses generados⁸⁵. Al sumar las aportaciones y sus intereses a los 333,602 millones de pesos erogados de 1966 a 2008 por concepto de jubilaciones y pensiones del RJP, se obtiene que el costo total de este régimen es de

⁸⁴ Ley del Seguro Social, Artículo 286 K: “El Instituto administrará y manejará, conforme a los lineamientos que al efecto emita el Consejo Técnico, un fondo que se denominará Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual... Dicho Fondo deberá registrarse en forma separada en la contabilidad del Instituto estableciendo dentro de él una cuenta especial para las obligaciones correspondientes al Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores del Instituto. Los recursos que se afecten en dicho Fondo y cuenta especial sólo podrán disponerse para los fines establecidos en este Artículo...”

⁸⁵ El importe de reserva que aquí se indica corresponde al registrado en los Estados Financieros. Difiere del que se señala en el capítulo IX porque es distinto el criterio utilizado para registrar los intereses de la inversión (intereses ganados vs. intereses por cobrar), así como el criterio de registro de la inversión en dólares (mismo día hábil vs. día siguiente). En los Estados Financieros los intereses de las inversiones de la reserva se aplican a ésta sólo si ya están pagados; si no lo están, se registran como intereses por cobrar.

376,249 millones de pesos de 2008, de los cuales la aportación del IMSS-Patrón asciende a 267,749 millones de pesos (71.2 por ciento del total), como se muestra en la gráfica V.13.

Gráfica V.13.
Aportaciones Acumuladas al Fondo Laboral y Gasto Total del RJP, 1966-2008
(millones de pesos de 2008)



^{1/} Se refiere únicamente al saldo en la Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, Subcuenta 1, del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual. Esta es la subcuenta cuyo saldo puede ser utilizado para financiar las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de Base y de Confianza “B” activos hasta el 11 de agosto de 2004, así como para las de los jubilados y pensionados actuales.

Fuente: “Valuación de las Obligaciones Laborales Pagadas por el Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad de 1966 a 2003”, Alexander Forbes Consultores Actuariales; Estados Financieros 2004-2008, IMSS.

V.4.5. Financiamiento actual del RJP

Actualmente, los trabajadores de Base y Confianza “B” que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004 contribuyen con 3 por ciento de su salario base y del fondo de ahorro para el

financiamiento del RJP⁸⁶, quedando a cargo del Instituto la parte restante de la prima necesaria para cubrir las prestaciones. Por otro lado, de acuerdo con la Ley, desde el primero de julio de 1997 el Gobierno Federal se hace cargo de la parte de las pensiones que le correspondería pagar al IMSS como asegurador para aquellos trabajadores o ex trabajadores afiliados al IMSS hasta antes del primero de julio de ese año⁸⁷.

En la gráfica V.14 se señalan las cifras presupuestadas del RJP para el ejercicio 2009⁸⁸, apreciándose que los recursos del IMSS-Asegurador ascienden a 7,027 millones de pesos, las aportaciones de los trabajadores activos a 1,659 millones de pesos y las del IMSS-Patrón a 23,803 millones de pesos, para un total de 32,489 millones de pesos⁸⁹.

A esta cifra hay que añadir 2,713 millones de pesos por concepto de intereses generados de la Subcuenta 1 de la Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (CERJPS1) del FCOLCLC, para el pago de pensiones de los trabajadores del IMSS contratados antes del 12 de agosto de 2004.

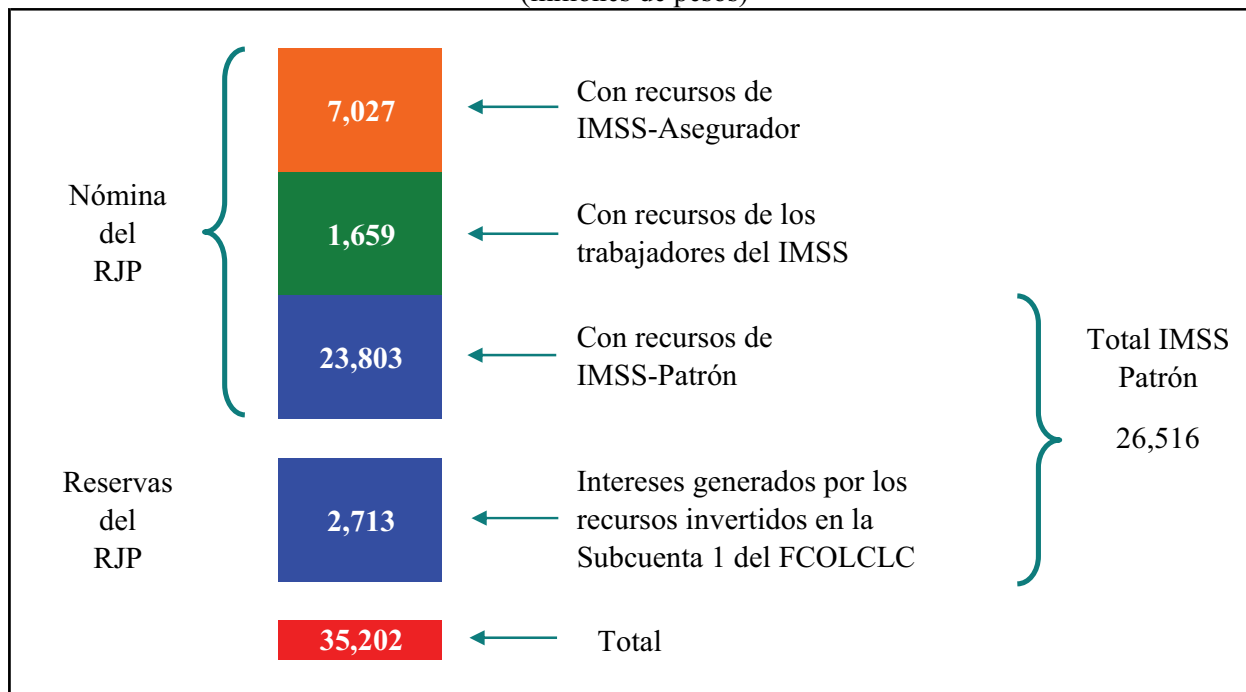
⁸⁶ Como se explica en la sección V.2, a partir del 16 de octubre de 2005 los trabajadores contratados con anterioridad al 12 de agosto de 2004 comenzaron a hacer aportaciones adicionales a 3 por ciento de su salario, las cuales serán para financiar las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de Base contratados desde esa fecha y hasta el 28 de junio de 2008.

⁸⁷ De acuerdo con el Artículo Décimo Segundo Transitorio de la Ley del Seguro Social que entró en vigor el primero de julio de 1997, “Estarán a cargo del Gobierno Federal las pensiones que se encuentren en curso de pago, así como las prestaciones o pensiones de aquellos sujetos que se encuentren en periodo de conservación de derechos y las pensiones que se otorguen a los asegurados que opten por el esquema establecido por la Ley que se deroga.”

⁸⁸ En el año 2008, la nómina del RJP ascendió a 34,107 millones de pesos, de los cuales el IMSS-Asegurador aportó 5,727, las contribuciones de los trabajadores activos sumaron 1,647 millones, y el IMSS-Patrón cubrió la diferencia por 26,733 millones de pesos.

⁸⁹ Las cifras corresponden al presupuesto aprobado por el H. Consejo Técnico.

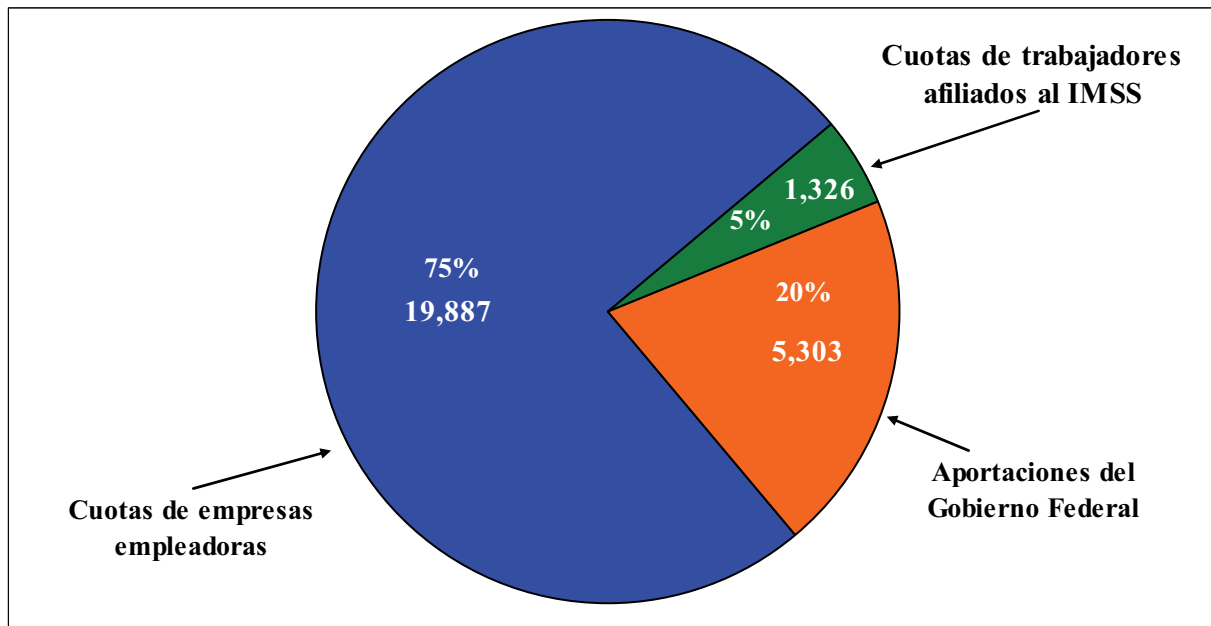
Gráfica V.14.
Fuentes de Financiamiento del Gasto Total en el RJP, 2009
(millones de pesos)



Nota: CERJPSI: Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, Subcuenta 1 del FCOLCLC.
Fuente: IMSS.

Los recursos que el IMSS-Patrón canaliza al RJP provienen de las aportaciones tripartitas al Seguro Social, que son las fuentes de ingreso del Instituto conforme a la Ley. En la actualidad, de acuerdo con el presupuesto de 2009, los más de 12 millones de trabajadores afiliados al Instituto y las más de 800,000 empresas que los emplean contribuirán con cuotas obrero-patronales que representarán 75 por ciento de los ingresos del IMSS, mientras que las aportaciones del Gobierno Federal a los ramos de aseguramiento significarán el restante 20 por ciento. La gráfica V.15 muestra que, aplicando estos porcentajes a los 26,516 millones de pesos del IMSS-Patrón que se canalizarán al RJP en el 2009, los trabajadores y empresas afiliadas al Seguro Social financiarán a partir de sus cuotas obrero-patronales 21,213 millones, mientras que de las contribuciones que el Gobierno Federal hará a los ramos de aseguramiento se financiarán los 5,303 millones de pesos restantes.

Gráfica V.15.
Fuentes de los Recursos del IMSS-Patrón para el RJP, 2009
(millones de pesos)



Fuente: IMSS.

CAPÍTULO VI

ESTADO DE RESULTADOS Y BALANCE GENERAL

VI. ESTADO DE RESULTADOS Y BALANCE GENERAL

VI.1. Introducción

En este capítulo se presentan los Estados Financieros del Instituto dictaminados por el auditor externo al 31 de diciembre de 2008, que son elaborados de conformidad con las instrucciones sobre forma y términos en que las entidades federales deben llevar su contabilidad y que se contienen en las Normas de Información Financiera Gubernamentales (NIFG), emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), conforme a lo dispuesto por la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Asimismo, son presentados los estados financieros que registran los pasivos laborales totales, en virtud de que el Instituto tiene establecido un Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y un plan de prima de antigüedad para sus trabajadores, cuya reserva y aportación son calculadas de acuerdo con la Norma de Información Financiera (NIF D-3) “Beneficios a los Empleados” emitida por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera (CINIF).

La presentación de ambas versiones de estados financieros, con y sin registro pleno del costo laboral, obedece a que algunas de las reglas contables contenidas en las NIFG, difieren de las NIF emitidas por el CINIF. Concretamente, las disposiciones de la Norma Específica de Información Financiera Gubernamental para el Sector Paraestatal (NEIFGSP-08) “Reconocimiento de las obligaciones laborales al retiro de los trabajadores de las entidades del sector paraestatal”, no coinciden con las reglas establecidas en la NIF D-3 “Beneficios a los Empleados”, en tanto que, en esta última, el reconocimiento total del costo neto del periodo en los resultados del ejercicio es de aplicación obligatoria; mientras que bajo la NEIFGSP-08, sólo es de aplicación obligatoria siempre y cuando no implique la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable, por lo que la contabilidad institucional sólo reconoce una parte del costo total de las obligaciones laborales y el auditor externo revela en su dictamen y en las notas a los estados financieros, los montos de los pasivos laborales con la aplicación estricta de la NIF D-3.

Adicionalmente, se presentan los estados de ingresos y gastos por ramo de seguro para el ejercicio 2008, de conformidad con el Artículo 277 E de la LSS, en el sentido de registrar por separado en la contabilidad los ingresos y gastos de cada uno de los seguros.

VI.2. Estado de Resultados

VI.2.1. Estado de resultados global

Los ingresos de operación del ejercicio 2008 ascendieron a 215,694 millones de pesos⁹⁰. Por su parte, el gasto de operación fue de 215,469 millones de pesos, por lo que se obtuvo, sin considerar el registro total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales, un excedente de operación o devengado de 226 millones de pesos.

Los ingresos del Instituto provienen principalmente de tres fuentes: i) de las aportaciones tripartitas que el Instituto recibe por parte de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal, incluidas las multas, recargos y actualizaciones; ii) de los intereses y rendimientos obtenidos de la inversión de sus reservas y disponibilidades; y, iii) de ingresos derivados de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales y velatorios. De los 215,694 millones de pesos de ingresos totales, 72.2 por ciento corresponden a las cuotas obrero-patronales, 21.2 por ciento a las contribuciones a cargo del Gobierno Federal y 6.6 por ciento restante a productos de inversiones y otros ingresos.

El gasto de operación comprende todas aquellas erogaciones que el Instituto realiza para llevar a cabo la prestación de sus servicios. Ello incluye el pago de la nómina a trabajadores del Instituto; las prestaciones económicas a los derechohabientes (subsidios, ayudas y sumas aseguradas); el consumo de medicamentos, materiales de curación, servicios integrales y otros; el gasto por mantenimiento y conservación de los bienes muebles e inmuebles; el gasto en los servicios generales y subrogación de servicios; el pago de la nómina al personal jubilado y las provisiones de gasto constituidas durante el ejercicio para la reserva contable del RJP con base en la NEIFGSP-08; los pasivos de las reservas financieras y actuariales⁹¹, así como otros gastos⁹².

La composición del gasto de operación se puede apreciar en el cuadro VI.1, que muestra el estado de resultados por el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2008. Del total del gasto, que ascendió a 215,469 millones de pesos, se destinaron para servicios de personal 99,207

⁹⁰ Los ingresos de operación incluyen las cuotas obrero-patronales que el Instituto debe pagar en su calidad de patrón. Quedan excluidos de estos ingresos los flujos por transferencias del Gobierno Federal para las pensiones en curso de pago, en virtud de que con la LSS, a partir del 1° de julio de 1997, el Gobierno Federal asumió ese pasivo y el Instituto sólo actúa como pagador de las pensiones por cuenta y orden del mismo.

⁹¹ A partir de diciembre de 2008 el registro contable de las cuentas de inversiones y de los pasivos relacionados con las reservas operativas se efectúa en el excedente de ingresos sobre gastos del ejercicio.

⁹² El concepto de otros gastos incluye intereses financieros, castigos, depreciaciones y reversión de cuotas. Excluye el gasto de las pensiones en curso de pago, que constituyen un pasivo del Gobierno Federal.

millones de pesos por el consumo de medicamentos, materiales de curación, servicios integrales y otros; 28,049 millones de pesos para el conjunto de gastos que agrupan el mantenimiento y conservación de los bienes muebles e inmuebles; para los servicios generales y subrogación de servicios se erogaron 19,491 millones de pesos; para el pago de las prestaciones económicas 16,611 millones de pesos; para otros gastos 5,039 millones de pesos; 8,218 millones de pesos para la provisión de las reservas financieras y actuariales; 26,307 millones de pesos correspondientes al pago de la nómina asociada al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, es decir, por concepto de los pagos de pensiones, jubilaciones y primas de antigüedad a favor del personal retirado del Instituto y 12,546 millones de pesos de la provisión constituida durante el ejercicio para la reserva contable del RJP con base en la NEIFGSP-08⁹³; estas dos últimas cifras integran el costo de las obligaciones laborales reconocidas en el periodo.

De acuerdo con los resultados del Reporte de la Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto bajo la metodología de la NIF D-3, el costo neto del periodo para el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2008 ascendió a 513,402 millones de pesos⁹⁴. El efecto de registrar en la contabilidad institucional el total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales implicaría la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable por 470,454 millones de pesos, en contravención a la NEIFGSP-08, como lo muestra el cuadro VI.2.

⁹³ Para efectos de reconocer en la contabilidad el mayor monto posible del costo neto del periodo.

⁹⁴ Los principales cambios de la NIF D-3 con respecto a la metodología del Boletín D-3, para la valuación de pasivos laborales, se describen en la Sección V.2.1.

Cuadro VI.1.
Estado de Ingresos y Gastos Dictaminado por los Años Terminados al
31 de Diciembre de 2008 y 2007
(Millones de pesos)

	2008	2007
INGRESOS		
Cuotas obrero-patronales	155,659	146,550
Contribución federal	45,746	43,168
Productos de inversiones y otros ingresos	14,290	13,108
Total de ingresos	215,694	202,826
GASTOS		
Servicios de personal	99,207	95,118
Pagos al personal jubilado	26,307	22,340
Costo de obligaciones laborales	12,546	3,114
Prestaciones en dinero	16,611	14,923
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	28,049	22,890
Mantenimiento	2,591	2,551
Servicios generales y subrogación de servicios	16,900	19,436
Intereses financieros y actuariales	487	731
Castigos y depreciaciones	3,646	4,187
Reversión de cuotas obrero-patronales	906	863
Reservas financieras y actuariales ^{1/}	8,218	16,469
Total de gastos	215,469	202,623
Excedente neto de ingresos sobre gastos	226	203

^{1/} A partir de diciembre de 2008, el Instituto cambió su política de registro de los pasivos de las reservas financieras y actuariales, registrando el incremento de dichos pasivos en el excedente de ingresos sobre gastos del ejercicio; dichas cifras derivadas del cambio, fueron reclasificadas y ajustadas retrospectivamente en los estados financieros del Instituto por los ejercicios terminados del 31 de diciembre de 2004 a 2007.

Fuente: Estados Financieros Dictaminados al 31 de diciembre de 2008 y 2007.

Cuadro VI.2.
Estado de Ingresos y Gastos por los Años Terminados al 31 de Diciembre de 2008-2007,
con el Registro Pleno del Costo Neto del Periodo
(Millones de pesos)

	2008	2007
INGRESOS		
Cuotas obrero-patronales	155,659	146,550
Contribución federal	45,746	43,168
Productos de inversiones y otros ingresos	14,290	13,108
Total de ingresos	215,694	202,826
GASTOS		
Servicios de personal ^{1/}	95,339	91,889
Costo de obligaciones laborales ^{2/}	513,402	118,205
Prestaciones en dinero	16,611	14,923
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	28,049	22,890
Mantenimiento	2,591	2,551
Servicios generales y subrogación de servicios	16,900	19,436
Intereses financieros y actuariales	487	731
Castigos y depreciaciones	3,646	4,187
Reversión de cuotas obrero-patronales	906	863
Reservas financieras y actuariales	8,218	16,469
Total de gastos	686,149	292,144
Excedente neto de ingresos sobre gastos	-470,454	-89,319

^{1/} El costo total por 95,338 millones de pesos en los servicios de personal no incluye 3,868 millones de pesos de pagos por prima de antigüedad, cláusulas contractuales y aportación del Instituto al RJP, ya que están considerados en el reporte de la valuación actuarial como parte del costo neto del periodo

^{2/} Incluye el pago de la nómina de pensionados y prestaciones del RJP por 26,307 millones de pesos, los pagos por prima de antigüedad y cláusulas contractuales por 3,212 millones, así como las aportaciones del Instituto al RJP por 656 millones de pesos y la provisión constituida durante el ejercicio para la reserva contable del RJP por 12,546 millones de pesos.

Fuente: IMSS, a partir de los Estados Financieros Dictaminados al 31 de diciembre de 2008 y 2007 y al Reporte de la Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la metodología de la NIF D-3 al 31 de diciembre de 2008.

VI.2.2. Estado de resultados por ramo de seguro

De conformidad con lo que establece el Artículo 277 E de la LSS, los ingresos y gastos de cada uno de los seguros se deben registrar contablemente por separado y los gastos indirectos comunes se deberán sujetar a las reglas de carácter general para la distribución de gastos, de acuerdo con las bases metodológicas establecidas por el Instituto⁹⁵.

En cumplimiento del precepto anterior, en los siguientes cuadros se presentan los estados de ingresos y gastos por ramo de seguro del ejercicio que terminó el 31 de diciembre 2008; en el cuadro VI.3, con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales de acuerdo con la NEIFGSP-08, y en el cuadro VI.4 con el efecto de su total reconocimiento bajo la metodología de la NIF D-3.

En el cuadro VI.3 se aprecia que los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida tuvieron excedentes de operación. Por otra parte, se observa que los Seguros de Enfermedades y Maternidad, Guarderías y Prestaciones Sociales, y el de Salud para la Familia fueron deficitarios, aun sin incluir en su resultado el total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales.

En el cuadro VI.4 se observa que el efecto en resultados de un mayor reconocimiento de las obligaciones laborales arroja un resultado deficitario de 470,454 millones de pesos. Con este reparto, los Seguros de Enfermedades y Maternidad, Guarderías y Prestaciones Sociales, y el de Salud para la Familia arrojan un mayor déficit, mientras que el Seguro de Riesgos de Trabajo se vuelve deficitario y el Seguro de Invalidez y Vida disminuye su excedente de ingresos sobre gastos.

⁹⁵ A partir del ejercicio 2005 se aplica una nueva metodología para distribuir los gastos por seguro y ramo, de acuerdo con las Reglas de Carácter General para la Distribución de Gastos, documento aprobado por el H. Consejo Técnico del IMSS en la sesión celebrada el 25 de enero de 2006, mediante Acuerdo 20/2006.

Cuadro VI.3.
Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro
por el Año Terminado el 31 de Diciembre de 2008
(Millones de pesos)

	Riesgos de Trabajo	Enfermedades y Maternidad	Invalidez y Vida	Guarderías y Prestaciones Sociales	Salud para la Familia	Total
Ingresos						
Cuotas obrero-patronales y contribución federal	21,535	137,615	29,286	11,594	1,376	201,405
Productos de inversiones y otros ingresos	4,510	2,136	7,199	391	53	14,290
Total de ingresos	26,045	139,751	36,485	11,985	1,429	215,694
Gastos						
Servicios de personal	4,675	87,620	672	3,283	2,957	99,207
Pagos al personal jubilado	1,241	23,232	180	870	784	26,307
Costo de obligaciones laborales	414	11,421	-224	553	382	12,546
Consumos	1,202	25,725	9	167	946	28,049
Mantenimiento	103	2,227	3	178	81	2,591
Servicios generales	415	9,050	244	6,866	326	16,900
Prestaciones económicas	4,130	7,066	5,414	0	0	16,611
Intereses financieros y actuariales	61	182	225	12	6.4	487
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	256	1,081	326	137	0	1,801
Depreciaciones	0	1,300	525	20	0	1,845
Reversión de cuotas	82	824	0	0	0	906
Traslado de la depreciación	212	2	-456	214	28	0
Reservas financieras y actuariales	3,758	35	4,424	0	0	8,218
Total de gastos	16,549	169,767	11,342	12,301	5,510	215,469
Excedente neto de ingresos sobre gastos	9,496	-30,015	25,143	-317	-4,081	226

Fuente: IMSS a partir de los Estados Financieros Dictaminados al 31 de diciembre de 2008 y 2007.

Cuadro VI.4.
Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro con el Registro Pleno del Costo Neto del Periodo
por el Año Terminado el 31 de Diciembre de 2008
(Millones de pesos)

	Riesgos de Trabajo	Enfermedades y Maternidad	Invalidez y Vida	Guarderías y Prestaciones Sociales	Salud para la Familia	Total
Ingresos						
Cuotas obrero-patronales y contribución federal	21,535	137,615	29,286	11,594	1,376	201,405
Productos de inversiones y otros ingresos	4,510	2,136	7,199	391	53	14,290
Total de ingresos	26,045	139,751	36,485	11,985	1,429	215,694
Gastos						
Servicios de personal ^{1/}	4,503	84,164	668	3,165	2,839	95,339
Costo de obligaciones laborales ^{2/}	24,192	453,439	3,478	16,990	15,303	513,402
Consumos	1,202	25,725	9	167	946	28,049
Mantenimiento	103	2,227	3	178	81	2,591
Servicios generales	415	9,050	244	6,866	326	16,900
Prestaciones económicas	4,130	7,066	5,414	0	0	16,611
Intereses financieros y actuariales	61	182	225	12	6	487
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	256	1,081	326	137	0	1,801
Depreciaciones	0	1,300	525	20	0	1,845
Reversión de cuotas	82	824	0	0	0	906
Traslado de la depreciación	212	2	-456	214	28	0
Reservas financieras y actuariales	3,758	35	4,424	0	0	8,218
Total de gastos	38,915	585,096	14,859	27,750	19,529	686,149
Excedente neto de ingresos sobre gastos	-12,870	-445,345	21,626	-15,765	-18,100	-470,454

^{1/} El costo total por 95,338 millones de pesos en los servicios de personal no incluye 3,868 millones de pesos de pagos por prima de antigüedad, cláusulas contractuales y aportación del Instituto al RJP, ya que están considerados en el reporte de la valuación actuarial como parte del costo neto del periodo.

^{2/} Incluye el pago de la nómina de pensionados y prestaciones del RJP por 26,307 millones de pesos, los pagos por prima de antigüedad y cláusulas contractuales por 3,212 millones, así como las aportaciones del Instituto al RJP por 656 millones de pesos y la provisión constituida durante el ejercicio para la reserva contable del RJP por 12,546 millones de pesos.

Fuente: IMSS, a partir de los Estados Financieros Dictaminados al 31 de diciembre de 2008 y 2007 y al Reporte de la Valuación Actuarial de las Obligaciones Laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la metodología de la NIF D-3 al 31 de diciembre de 2008.

VI.3. Balance General

Al 31 de diciembre de 2008, el Balance General del Instituto, como se muestra en el cuadro VI.5, refleja un activo total de 273,462 millones de pesos, conformado por las inversiones físicas y en valores financieros, por el activo circulante y por otros activos. El activo en inversiones ascendió a 222,617 millones de pesos y está integrado por instrumentos financieros, bienes inmuebles, mobiliario y equipo, así como créditos hipotecarios y préstamos al personal. El activo circulante suma 50,230 millones de pesos, que incluyen efectivo y equivalentes, cuentas y documentos por cobrar e inventarios, y se tienen 370 millones de pesos en otros activos.

El patrimonio del Instituto ascendió a 74,601 millones de pesos y está constituido por 226 millones de pesos de excedentes de ingresos sobre gastos y por 74,375 millones de pesos de superávit por revalorización, donaciones y resultado de ejercicios anteriores. El pasivo ascendió a 198,861 millones de pesos y se desagrega en 21,166 millones de pesos de pasivo circulante, 84,876 millones de pesos del costo de las obligaciones laborales registradas, 4,462 millones de pesos de retenciones para jubilaciones, 87,333 millones de pesos de las reservas financieras y actuariales y 1,024 millones de pesos del fondo de reserva constituido para cumplimiento del Programa de Primer Empleo con base en el Decreto emitido por el Poder Ejecutivo en enero de 2008. Desde el ejercicio de 2003 y como resultado de la recomendación del auditor en interpretación al contenido del Artículo 278 de la LSS, el pasivo correspondiente a las diferentes reservas financieras y actuariales se constituía considerando recursos del patrimonio; sin embargo, el Instituto rectificó la práctica contable utilizada mediante reclasificaciones contables retrospectivas por el periodo 2004-2007, en apego a la LSS y normas contables correspondientes, provisionando el pasivo correspondiente mediante su reconocimiento en los resultados del ejercicio.

El cuadro VI.6 muestra el Balance General del Instituto al 31 de diciembre de 2008 con el reconocimiento pleno de las obligaciones laborales bajo la metodología de la NIFD-3. Los 1'199,606 millones de pesos que aparecen en el rubro de Obligaciones Laborales, corresponden al valor presente de la Obligación por Beneficios Definidos (OBD), compuesto por 1'114,730 millones de pesos de OBD no registrados por el Instituto y por 84,876 millones de pesos que corresponden a la reserva constituida por concepto de Obligaciones Laborales.

Como se observa en el cuadro VI.6, si se registra en su totalidad el pasivo laboral ya devengado en 2008, el patrimonio del Instituto sería de menos 1'040,129 millones de pesos. Esto significa que con el registro de la totalidad del pasivo ya devengado se absorbería todo el patrimonio del Instituto; sin embargo, la cantidad obtenida no sería suficiente para cubrir los pasivos derivados de las obligaciones laborales asociadas al RJP.

Cuadro VI.5.
Balance General Dictaminado al 31 de Diciembre de 2008 y 2007
(Millones de pesos)

ACTIVO	2008	2007	PATRIMONIO	2008	2007
<i>INVERSIONES</i>					
Instrumentos financieros	129,328	112,672	<i>EXCEDENTES DE INGRESOS SOBRE GASTOS</i>		
Inmuebles de dominio público de la federación, neto	77,147	75,731	Del ejercicio	226	203
Mobiliario y equipo, neto	4,337	4,409	De ejercicios anteriores	6,875	6,477
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	11,451	10,907	Donaciones	1,182	857
Acciones Afore XXI, S.A. de C.V.	354	352	Superávit por revaluación	66,318	66,318
Total inversiones	222,617	204,071	Total Patrimonio	74,601	73,855
<i>PASIVO</i>					
<i>ACTIVO CIRCULANTE</i>					
Efectivo y equivalentes	11,182	9,377	<i>PASIVO CIRCULANTE</i>		
Cuotas obrero-patronales por cobrar, neto	18,900	18,504	Cuentas por pagar a proveedores, contratistas y otros	12,358	11,149
Contribución federal por cobrar, neto	3552	1,894	Gastos acumulados y retenciones por pagar	8,808	9,930
Documentos y otras cuentas por cobrar, neto	12,489	11,515	Total pasivo circulante	21,166	21,079
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros, neto	4,107	4,025	<i>OBLIGACIONES LABORALES</i>	84,876	72,330
Total activo circulante	50,230	45,315	<i>RETENCIONES PARA JUBILACIONES</i>	4,462	2,186
<i>OTROS ACTIVOS, neto</i>					
	615	370	<i>RESERVAS FINANCIERAS Y ACTUARIALES</i>	87,333	79,309
			<i>RESERVAS DEL PROGRAMA DEL PRIMER EMPLEO</i>	1,024	997
			Total del Pasivo	198,861	175,901
Total Activo	273,462	249,756	Total Patrimonio y Pasivo	273,462	249,756

Fuente: IMSS, a partir de los Estados Financieros Dictaminados al 31 de diciembre de 2008 y 2007.

Cuadro VI.6.
Balance General al 31 de Diciembre de 2008 y 2007, con el Registro Pleno de las Obligaciones Totales
(Millones de pesos)

ACTIVO	2008	2007	PATRIMONIO	2008	2007
<i>INVERSIONES</i>			<i>EXCEDENTES DE INGRESOS SOBRE GASTOS</i>		
Instrumentos financieros	129,328	112,672	Del ejercicio	-470,454	-89,319
Inmuebles de dominio público de la federación, neto	77,147	75,731	De ejercicios anteriores por pasivo laboral	-644,050	-516,953
Mobiliario y equipo, neto	4,337	4,409	De ejercicios anteriores	6,875	6,477
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	11,451	10,907	Donaciones	1,182	857
Acciones Afore XXI, S.A. de C.V.	354	352	Superávit por revaluación	66,318	66,318
Total inversiones	222,617	204,071	Total Patrimonio	-1,040,129	-532,620
<i>ACTIVO CIRCULANTE</i>			PASIVO		
Efectivo y equivalentes	11,182	9,377	<i>PASIVO CIRCULANTE</i>		
Cuotas obrero-patronales por cobrar, neto	18,900	18,504	Cuentas por pagar a proveedores, contratistas y otros	12,358	11,149
Contribución federal por cobrar, neto	3552	1,894	Gastos acumulados y retenciones por pagar	8,808	9,930
Documentos y otras cuentas por cobrar, neto	12,489	11,515	Total pasivo circulante	21,166	21,079
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros, neto	4,107	4,025	<i>OBLIGACIONES LABORALES ^{1/}</i>	1,199,606	678,805
Total activo circulante	50,230	45,315	<i>RETENCIONES PARA JUBILACIONES</i>	4,462	2,186
<i>OTROS ACTIVOS, neto</i>	615	370	<i>RESERVAS FINANCIERAS Y ACTUARIALES</i>	87,333	79,309
			<i>RESERVAS DEL PROGRAMA DEL PRIMER EMPLEO</i>	1,024	997
			Total del Pasivo	1,313,591	782,376
Total Activo	273,462	249,756	Total Patrimonio y Pasivo	273,462	249,756

^{1/} A partir del 1° de enero de 2008 entraron en vigor las disposiciones de la NIFD-3 “Beneficios a los Empleados”, quedando sin efecto el Boletín D-3 “Obligaciones Laborales”; mientras que en este último si existía un pasivo adicional, se permitía el registro de sus contrapartidas de activo intangible y otra partida integral; en la primera, estos efectos deben eliminarse de los estados financieros. Por lo anterior, se realizaron algunas reclasificaciones en el ejercicio de 2007 para efectos de su comparabilidad con el ejercicio 2008.

Fuente: IMSS, a partir de los Estados Financieros Dictaminados al 31 de diciembre de 2008 y 2007.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS DE CORTO PLAZO

VII. RESULTADOS DE CORTO PLAZO

VII.1. Introducción

De acuerdo con las fracciones I y II, del Artículo 273 de la Ley del Seguro Social (LSS), en esta sección se señalan los elementos que afectan la situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto, así como de los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se están tomando en cada seguro y la capacidad financiera para responder a ellos en función de sus ingresos y reservas disponibles. Este capítulo presenta una perspectiva de corto plazo para complementar los resultados de los capítulos III y IV.

Para precisar las expectativas financieras globales y para cada ramo de seguro, se presenta el Estado de Ingresos y Gastos al cierre de 2008, así como las proyecciones financieras de ingresos, gastos, excedentes y fondeo de reservas de 2009 a 2011 de manera consolidada y por ramo de seguro.

A partir del tercer trimestre de 2008, el entorno financiero mundial se deterioró significativamente por una contracción generalizada del crédito, producto de la crisis hipotecaria en los Estados Unidos de América, lo que originó en este periodo y para 2009, la desaceleración de la actividad económica mundial, a la cual México no fue ajeno.

En 2008, los ingresos propios de flujo de efectivo resultaron inferiores a lo presupuestado en 797 millones de pesos, también, fue necesario solicitar al H. Consejo Técnico autorización para utilizar 6,150 millones de pesos de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF), de conformidad con el Artículo 283 de la Ley del Seguro Social (LSS), con la finalidad de apoyar a las Reservas Operativas (RO) para cubrir el gasto de operación y las Pensiones en Curso de Pago (PCP) del mes de enero de 2009, que el Instituto realiza por cuenta y orden del Gobierno Federal. El importe total del préstamo más sus costos financieros se reintegraron durante el primer trimestre de 2009.

Derivado de la crisis financiera antes citada y su impacto en la economía nacional y, por ende, en la afectación a la generación de empleo, la Ley de Ingresos de la Federación, para el ejercicio fiscal 2009, consideró una disminución de 2,131 millones de pesos en el monto de los ingresos y en la meta de reservas y fondos del IMSS. Al mes de marzo de 2009 se registra una caída aproximada de 238 mil cotizantes permanentes respecto a diciembre de 2008.

Por lo anterior, las proyecciones muestran una situación financiera complicada para el Instituto; en los próximos dos años se utilizarán recursos de la ROCF en los términos y plazos

determinados en los Artículos 277 A⁹⁶ y 283⁹⁷ de la LSS y de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC).

Los Seguros de Riesgos de Trabajo y el de Invalidez y Vida registran excedentes de operación desde 2002, mientras que los de Enfermedades y Maternidad, de Guarderías y Prestaciones Sociales y el de Salud para la Familia experimentan pérdidas. Los seguros deficitarios han requerido financiamiento de la ROCF; la liquidación de dichos préstamos se ha realizado con recursos disponibles de las RO, previa autorización del H. Consejo Técnico y con la finalidad de cumplir con el Artículo 2 de la LSS que establece que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

El comportamiento de los ingresos y gastos de los Seguros antes citados hace evidente que aquellos que registran pérdidas continuarán incrementando su déficit en 2009, 2010 y 2011, por lo que, para prolongar el esquema que les ha permitido operar, deberán revisarse diversos ordenamientos de la LSS, como los Artículos 281, 283 y tercer párrafo del 277 E. El primero establece la obligación de una RO para cada uno de los seguros, el segundo la forma y límites con los cuales la ROCF podrá financiar a las RO y el último, que los recursos de cada ramo de seguro sólo podrán utilizarse para cubrir las prestaciones y pago de beneficios y constitución de reservas que correspondan a cada uno de ellos.

Los supuestos utilizados para las proyecciones se presentan en el cuadro VII.1. El crecimiento de los asegurados y de los salarios incide en forma significativa en el resultado de las mismas. Los asegurados son la fuente de ingreso y el origen del gasto, mientras que el crecimiento de los salarios reales permite mayores recursos que se pueden destinar a mejorar la atención actual o mayor inversión que redunde en beneficios futuros.

⁹⁶ Artículo 277 A de la Ley: “Si los ajustes a la baja indicados no fueren suficientes, el Instituto podrá disponer de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento a que hace mención el artículo 280 de esta Ley, previa autorización del H. Consejo Técnico, debiendo informar de tales ajustes al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público...”

⁹⁷ Artículo 283 de la Ley: “La Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, se constituirá, incrementará o reconstituirá hasta representar sesenta días de ingreso promedio global del año anterior del Instituto, con el objetivo de proveer estabilidad y certidumbre a la operación cotidiana del propio Instituto y facilitar la planeación de mediano plazo de las operaciones de los distintos Seguros que se establecen en esta Ley. A dicha Reserva podrán afectarse además de los ingresos ordinarios, los recursos que de manera extraordinaria obtenga el Instituto, caso en que podrá exceder el límite señalado en el párrafo anterior hasta por el total de estas afectaciones extraordinarias.”

Cuadro VII.1.
Supuestos 2009-2011 para la Proyección del Estado de Ingresos y Gastos
 (porcentaje)

Concepto	2009	2010	2011
Incremento de asegurados %	1.58	1.68	1.75
Inflación (dic-dic) %	4.00	4.00	4.00
Inflación promedio %	5.76	4.01	4.00
Crecimiento salarios reales %	1.40	1.40	1.40
Incremento gasto de personal IMSS %	12.35	4.04	4.34
Incremento gasto en suministros %	26.96	7.22	7.30
Incremento en inversión física %	235.73	(9.78)	24.42
Incremento gasto en guarderías %	24.02	7.22	7.30
Incremento gasto en sumas aseguradas %	17.84	9.60	9.63
Incremento gastos en subsidios y ayudas %	13.55	8.77	11.25
Crecimiento de pensionados del RJP %	8.05	7.48	6.99

Fuente: IMSS.

Las proyecciones suponen que el aumento de los asegurados permanentes será de 1.67 por ciento, en promedio, en los próximos dos años. El decremento de asegurados permanentes de diciembre de 2007 a diciembre de 2008 fue de 0.47 por ciento, mientras que al considerar a los trabajadores temporales el decremento fue de 0.27 por ciento. El crecimiento de los salarios reales es una variable de gran relevancia para los ingresos del Instituto.

Con relación a los demás supuestos destaca el crecimiento en el rubro de inversión física con un monto de 23,893 millones de pesos para el periodo 2008-2011 autorizado con Acuerdo ACDO-AS3.HCT.250209/30.R.DF del H. Consejo Técnico, el cual para efectos de la proyección, se distribuyó de la forma siguiente: 6,121 millones de pesos de presupuesto autorizado en 2009 más 1,070 millones de pesos correspondientes a compromisos devengados, contabilizados y validados contra presupuesto 2008, que fueron pagados en 2009; 6,488 millones de pesos de presupuesto autorizado en 2010 y 6,846 millones de pesos de presupuesto autorizado en 2011, más 1,225 millones de pesos de subejercicio⁹⁸.

Se espera un crecimiento anual en el número de pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) de 8.05, 7.48 y 6.99 por ciento, aproximadamente, durante los ejercicios 2009, 2010 y 2011, respectivamente. En lo que se refiere a las sumas aseguradas, el gasto proyectado de 7,061 millones de pesos para 2009 representa un crecimiento de 17.84 por ciento con relación a lo erogado en 2008; para 2010 y 2011 se presentarán crecimientos de 9.60 y 9.63 por ciento para ambos años, como resultado de continuar la aplicación del “Programa de actualización de las

⁹⁸ Referencias sobre las variaciones en los supuestos y las proyecciones del presente Informe con respecto al anterior, se detallan en la sección XIII.1.2.1.

pensiones temporales y provisionales”, para renovar los procesos de dictaminación y otorgamiento de estas pensiones. Respecto a los subsidios y ayudas el incremento se debe a la puesta en marcha del Programa de Regularización de los Subsidios por Riesgos de Trabajo, el cual permitirá atender aquellos casos que por diversos problemas administrativos imputables al beneficiario o la empresa donde labora, los subsidios se clasificaban en el Seguro de Enfermedades y Maternidad, el cual otorga al beneficiario 60 por ciento del Salario Base de Cotización, mientras que en el Seguro de Riesgos de Trabajo la prestación se otorga sobre 100 por ciento.

El Artículo 280 de la LSS contempla cuatro tipos de reservas: las RO, la ROCF, las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) y la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA). En el capítulo IX de este Informe se describen a detalle la naturaleza y los fines de estas reservas. Es importante señalar que en el presente las RO reciben el total de los ingresos derivados de cuotas y aportaciones de cada seguro o cobertura y esos recursos se utilizan para financiar las prestaciones y gastos administrativos, así como la constitución de las RFA, la RGFA y la ROCF correspondientes a cada seguro. Adicionalmente, en el FCOLCLC se acumulan recursos para enfrentar los pasivos derivados del RJP.

Con base en los Artículos 272 y 275, fracción VIII de la LSS, en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF) de cada año se establece una meta global de acumulación de reservas para RFA, RGFA y FCOLCLC.

Cabe señalar que para el ejercicio 2009, el Presupuesto de Egresos del IMSS fue disminuido en 5,973 millones de pesos respecto al Anteproyecto de Presupuesto, aplicando la reducción en la asignación del RJP del IMSS en el mismo monto, por lo que se consideró en el Programa Anual de Administración y Constitución y Reservas (PAACR) de 2009 el uso de 2,713 y 3,260 millones de pesos correspondientes a los intereses cobrados y capital de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, respectivamente.

VII.2. Panorama General de la Situación Financiera

El cuadro VII.2 muestra el flujo de efectivo en pesos corrientes para 2008, así como las proyecciones para el periodo 2009-2011, donde se observan ingresos por 287,026 millones de pesos, con un crecimiento de 5.79 por ciento respecto a 2007, debido a que se efectuaron traspasos de recursos de la ROCF a las RO para solventar los gastos de 268,592 millones de pesos, 7.04 por ciento de más en relación con el año anterior.

Para 2009 los ingresos crecerán 5.81 por ciento respecto a 2008, mientras que los egresos estimados reflejan un crecimiento de 14.48 por ciento. Para los ejercicios de 2010 y 2011 las proyecciones presentan un escenario con mayor equilibrio en el crecimiento de los ingresos y gastos.

Cuadro VII.2.
Flujo de Efectivo 2008 y Proyección 2009-2011
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2008	2009	2010	2011
Total de Ingresos	287,026	303,695	325,260	351,159
Crecimiento (%)	5.79	5.81	7.10	7.96
Total de Egresos	268,592	307,486	328,687	355,890
Crecimiento (%)	7.04	14.48	6.90	8.28

Fuente: IMSS.

El cuadro VII. 3 muestra el flujo de efectivo en términos reales. Se estima un crecimiento en los ingresos de 0.05, 2.98 y 3.81 por ciento para 2009, 2010 y 2011, respectivamente. La baja tasa de crecimiento del ingreso de 2009 respecto a 2008 se debe básicamente a la situación económica del país por la crisis global; mientras que el gasto se incrementará en 8.25, 2.78 y 4.11 por ciento para 2009, 2010 y 2011, respectivamente.

Cuadro VII.3.
Flujo de Efectivo 2008 y Proyección 2009-2011
(millones de pesos constantes)

Concepto	2008	2009	2010	2011
Total de Ingresos	303,550	303,695	312,733	324,648
Crecimiento real (%)	0.63	0.05	2.98	3.81
Total de Egresos	284,054	307,486	316,028	329,022
Crecimiento real (%)	1.82	8.25	2.78	4.11

Fuente: IMSS.

El cuadro VII.4 contiene el saldo en flujo de efectivo registrado en 2008, detallando los principales conceptos de egresos y el uso de las reservas, así como las proyecciones para 2009, 2010 y 2011.

Entre algunos rubros con incrementos significativos en los egresos respecto a 2007, se registra el pago corriente del RJP con 18.02 por ciento. En las proyecciones de 2009, la inversión física muestra un crecimiento de 235.73 por ciento con respecto a 2008, con el fin de cubrir los requerimientos de equipamiento y expansión de la capacidad de las unidades hospitalarias, mientras que los servicios de personal se incrementaron en 12.35 por ciento. En la proyección 2010 el rubro con mayor crecimiento después del RJP es Sumas Aseguradas con 9.6 por ciento.

Cuadro VII.4.
Flujo de Efectivo 2008 y Proyección 2009-2011
(millones de pesos corrientes)

	2008	2009	2010	2011
Saldo Inicial de Reservas Operativas	9,377	8,124	0	0
Ingresos ⁽¹⁾	287,026	303,695	325,260	351,159
Egresos ⁽²⁾	268,592	307,486	328,687	355,890
Servicios de personal	98,062	110,170	114,625	119,604
RJP ^(2a)	27,067	29,776	33,537	37,675
Subsidios y ayudas, y pensiones temporales y provisionales	10,655	12,109	13,297	14,907
Sumas aseguradas	5,992	7,061	7,739	8,484
Inversión física ^(2b)	2,142	7,191	6,488	8,072
Materiales y suministros ^(2c)	25,358	32,193	34,519	37,040
Servicios generales ^(2c)	19,927	24,368	25,855	27,454
Operaciones ajenas	106	1,011	1,051	1,093
Productos financieros	(697)	-	-	-
Pensiones en curso de pago y pensiones mínimas garantizadas	79,981	83,607	91,576	101,561
Excedente (Déficit) del año	18,435	(3,791)	(3,427)	(4,731)
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC ⁽³⁾	11,928	5,032	10,054	11,060
Excedente (Déficit) del año después de la creación de las reservas	6,506	(8,823)	(13,480)	(15,792)
Movimientos de la ROCF ⁽⁴⁾	(10,852)	(7,186)	(937)	(1,263)
Utilización de la ROCF ⁽⁵⁾	6,150	1,912	-	-
Utilización del FCOLCLC ⁽⁶⁾	-	5,973	14,417	17,054
Transferencia neta entre reservas	(4,702)	699	13,480	15,792
Saldo del año en RO después de transferencias	1,804	(8,124)	(0)	0
Saldo final de RO	11,182	0	0	0
Disponibilidad de las Reservas Operativas ⁽⁷⁾	8,124	-	-	-

⁽¹⁾ Los Ingresos Autorizados en el Presupuesto del IMSS 2009 registran un importe por \$305,017 millones que *versus* los \$303,695 millones de la proyección para el mismo ejercicio, muestran una variación de \$1,322 millones, la cual se integra por menos \$1,659 millones de pesos correspondiente a la Aportación de los Trabajadores al Fondo de Jubilación y más \$337 millones correspondiente a los Productos Financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.

⁽²⁾ Los Egresos Autorizados en el Presupuesto del IMSS 2009 registran un importe por \$299,000 millones que *versus* los \$307,486 millones de la proyección para el mismo ejercicio, muestran una variación de \$8,486 millones, la cual se integra por \$337 millones de más en Operaciones Ajenas (Productos Financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC), así como variaciones en el RJP, Inversión Física, Materiales y Suministros, y Servicios Generales (ver notas 2a, 2b y 2c).

^(2a) El Presupuesto Autorizado 2009, es de \$25,462 millones, menos la Aportación de los Trabajadores al Fondo de Jubilación por \$1,659 millones, más el uso de \$5,973 millones de la Subcuenta 1 del FCOLCLC.

^(2b) Para 2009 se considera un monto de \$7,191 millones, que se integra por \$6,121 millones de presupuesto autorizado, más \$1,070 millones que fueron devengados, contabilizados y validados contra presupuesto 2008 y pagados en 2009; las cifras de 2008 a 2011 reflejan un total de \$23,893 millones autorizados con el Acuerdo ACDO-AS3.HCT.250209/30.R.DF.

^(2c) El presupuesto autorizado en 2009 es de \$30,645 millones para Materiales y Suministros y \$23,151 millones para Servicios Generales, a los cuales se adicionan \$1,548 y \$1,217 millones respectivamente, que fueron devengados, contabilizados y validados contra presupuesto 2008 y pagados en 2009. La presión de estos \$2,765 millones, en caso de ser necesario, se someterá a la autorización del H. Consejo Técnico para su incremento.

⁽³⁾ Los ejercicios 2008 y 2009 consideran los montos establecidos en el DPEF y por acuerdo del H. Consejo Técnico. Los ejercicios 2010 y 2011 consideran incremento sólo por la acumulación de productos financieros y aportaciones de los trabajadores a la Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

⁽⁴⁾ Préstamo solicitado a la ROCF por \$6,150 millones para apoyar temporalmente la liquidez del Instituto para pago de compromisos institucionales y para el fondeo de las PCP correspondientes al mes de enero de 2009, que el Instituto realiza por cuenta y orden del Gobierno Federal. (El total del préstamo se liquidó durante los meses de enero a marzo de 2009, reintegrándose de la siguiente forma: \$2,000, \$2,150 y \$2,000 millones, respectivamente). Costos financieros totales por \$51 millones y \$985 millones estimados por productos financieros de 2009.

⁽⁵⁾ Uso de la ROCF de conformidad con el Artículo 277 A de la LSS, por \$1,912 millones.

⁽⁶⁾ Durante 2009 se tiene programado hacer uso de \$5,973 millones de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, a fin de cubrir el gasto del RJP. Asimismo, para los ejercicios 2010 y 2011 se consideran los importes de \$14,417 y \$17,054 millones de pesos, respectivamente.

⁽⁷⁾ Fondos disponibles de las RO al cierre del ejercicio; a esta cifra se le disminuyeron \$3,058 millones que corresponden a partidas comprometidas del IMSS.

Fuente: IMSS.

En 2009 la ROCF registró movimientos por un importe total de 7,186 millones de pesos, de los cuales 6,150 millones de pesos corresponden al préstamo solicitado en diciembre de 2008, más sus respectivos costos financieros por 51 millones de pesos y 985 millones de pesos a los productos financieros esperados de 2009.

Una vez cubierta la meta establecida de 5,032 millones de pesos, se estima que los recursos faltantes ascenderán a 8,124 millones de pesos. Dicha cifra podría reducirse en caso de que el Gobierno Federal liquidara 6,093 millones de pesos por adeudos pendientes –al 31 de diciembre de 2008– por concepto de gastos de administración de las Pensiones en Curso de Pago que ascienden a 2,338 millones de pesos por el periodo de 2005 a 2008; así como 3,755 millones de pesos que se integran por Subsidio de 5 por ciento (2008-2009), Pensiones en Curso de Pago, Pensiones Garantizadas y Contribución Estatal al Régimen Obligatorio, estos rubros correspondientes al ejercicio 2008. Asimismo, este faltante podría ser mayor en caso de continuar la desaceleración económica, cuya repercusión afecta directamente la recaudación de cuotas obrero-patronales.

Para 2010 y 2011 se estima un déficit después de la creación de reservas y fondos por 13,480 y 15,792 millones de pesos, debido a la evolución de la nómina del RJP, la cual, en 2009 se incrementa 10.01 por ciento respecto a 2008, y 12.63 por ciento en 2010 respecto a 2009, lo que representa una presión de gasto por 2,709 millones de pesos adicionales en el primer año, y de 3,761 millones de pesos para el segundo. La acumulación de reservas y fondos proyectados para 2010 y 2011 de las RFA, de la RGFA y el FCOLCLC, sólo se constituirán con los intereses generados y las aportaciones de los trabajadores a la Subcuenta 2, cifra que se estima en 10,054 y 11,060 millones de pesos, respectivamente. Es importante señalar que en los años 2010 y 2011 se continuará utilizando recursos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, con el fin de cubrir el gasto total esperado del RJP.

A continuación se muestra en el cuadro VII.5 el Estado de Ingresos, Gastos y de Cambios en la Situación Financiera con reconocimiento pleno del Costo Neto del Periodo (CNP) y del RJP⁹⁹ esperados para los años 2009-2011, así como el cierre de 2008. Es importante mencionar que el renglón de Gastos Directos refleja la erogación en efectivo del Instituto, mientras que en

⁹⁹ Bajo la metodología del NIF D-3, que entró en vigor a partir de enero de 2008, el CNP del RJP proyectado por el despacho actuarial externo para el periodo 2009 es de \$690,889 millones. A esta última cifra se le disminuyen \$23,803 millones del RJP que se encuentra incluidos en los Gastos Directos y se adicionan \$5,659 millones correspondientes a Gastos No Distribuibles, obteniendo como resultado \$672,745 millones.

Otros Gastos se registra el CNP, el cual reconoce las obligaciones laborales al retiro de los trabajadores.

Cuadro VII.5.
Estado de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera
Resultado 2008 y Proyección 2009-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2008 ⁽¹⁾	2009	2010	2011
Total de Ingresos	215,694	226,595	240,596	256,999
Gastos Directos	185,797	207,604	220,593	235,184
Otros Gastos	500,352	672,745	194,028	190,857
Total de Gastos	686,149	880,349	414,621	426,041
Excedente (Déficit) Neto	(470,454)	(653,754)	(174,025)	(169,043)
Partidas que No Requieren Utilización de Recursos	487,095	667,086	188,043	184,524
Efectivo Generado por la Operación	16,640	13,332	14,018	15,481
Recursos Utilizados para Inversión	15,466	13,208	17,479	20,395
ROCF	1,396	985	937	1,263
RFA, RGFA y FCOLCLC ⁽²⁾	11,928	5,032	10,054	11,060
Inversión física	2,142	7,191	6,488	8,072
Recursos Utilizados en Financiamiento	3,306	(1,684)	(14,417)	(17,054)
Movimientos de la ROCF	9,456	6,201	-	-
Utilización de la ROCF a las RO	(6,150)	(1,912)	-	-
Uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC		(5,973)	(14,417)	(17,054)
Sobrante o Faltante Neto de Efectivo	(2,132)	1,808	10,957	12,141
ROCF Acumulada	13,518	18,791	19,728	20,991
RFA, RGFA y FCOLCLC Acumuladas	114,774	116,547	112,183	106,189

⁽¹⁾ Se refiere a lo ya realizado. Difiere de los Estados Financieros Dictaminados al incluir el registro pleno del CNP de las obligaciones laborales por \$513,402 millones. Para los Estados Financieros Dictaminados por el auditor externo, el IMSS se debe apegar a la NIF-08 Bis de la SHCP y la SFP, que establece que el reconocimiento de las obligaciones laborales al retiro de los trabajadores de las entidades del sector paraestatal no debe implicar que reporten pérdidas.

⁽²⁾ El importe corresponde a la meta establecida en el DPEF para el incremento de las Reservas y Fondo Laboral en 2008 y 2009. Para los años subsecuentes consideran el incremento sólo por la acumulación de productos financieros y aportaciones de los trabajadores a la Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

Fuente: IMSS.

Por lo que se refiere al reconocimiento de las obligaciones laborales al retiro de los trabajadores en las entidades paraestatales, de acuerdo con las prácticas contables del Instituto, las cuales se apegan a la metodología de la NIF-08 Bis emitida por las Secretarías de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y de la Función Pública, el registro de las obligaciones laborales en los Estados Financieros Dictaminados de 2008 se realiza de manera parcial, toda vez que dicha norma no establece como obligatorio su reconocimiento cuando el resultado del ejercicio es de naturaleza desfavorable.

No obstante lo anterior y dada la importancia del RJP en la situación financiera del Instituto, éste contrata los servicios de un despacho externo para que realice un estudio actuarial del impacto del RJP, ajustándose a las reglas de la NIF D-3.

Por otra parte, la sustitución del Boletín D-3 por la NIF D-3 que entró en vigor a partir del 1° de enero de 2008, emitida por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera, A. C., en la cual se consideran criterios establecidos en las Normas Internacionales de Información Financiera y Normas de Contabilidad Financiera de los Estados Unidos, con el fin de cuantificar en los Estados Financieros el pasivo laboral, el CNP y establecer las reglas de reconocimiento y revelación de este último, tiene un impacto relevante.

Lo anterior, debido a que en el cálculo del CNP bajo la metodología NIF D-3 se considera lo siguiente: i) se incluye el concepto de “Escalas Salariales”, el cual se refiere a los tabuladores y escalafones de nivel de ingreso que se espera que un empleado tenga a lo largo de su vida laboral en el Instituto; ii) amortización en un periodo menor de pérdidas o ganancias actuariales; iii) hipótesis económicas y financieras (tasas de interés e incremento en sueldos y salarios), lo que significa que las tasas nominales sustituyen a las tasas reales; iv) ausencias compensadas, en lo que se refiere a vacaciones diferidas, licencias, entre otros; y, v) reserva o pasivo neto proyectado, que deberá ser, al menos, equivalente a la obligación por beneficios definidos.

Las proyecciones de los resultados de operación mostradas en el cuadro VII.5 presentan un panorama complejo, porque consideran gastos devengados que son obligaciones futuras del Instituto y que no se incluyen en el flujo de efectivo.

En el ejercicio 2008, el Instituto obtuvo ingresos de operación por 215,694 millones de pesos y realizó gastos totales por 686,149 millones de pesos; los gastos directos fueron de 185,797 millones de pesos y los otros gastos de 500,352 millones de pesos. El déficit del año ascendió a 470,454 millones de pesos, mientras que el efectivo generado por la operación fue de 16,640 millones de pesos¹⁰⁰; estos recursos se destinaron para restituir la ROCF en 1,396 millones de pesos, incrementar la RFA, la RGFA y el FCOLCLC por un monto de 11,928 millones de pesos, cumpliendo la meta que estipuló la H. Cámara de Diputados en el DPEF de 2008 y para sufragar los gastos del Programa de Inversión Física por 2,142 millones de pesos.

Las proyecciones para 2009 indican un deterioro notable en la situación financiera del Instituto respecto a 2008; los ingresos de operación serán de 226,595 millones de pesos, mientras

¹⁰⁰ El efectivo generado o utilizado por la operación resulta de adicionar o disminuir al excedente de ingresos/gastos los conceptos de depreciaciones y amortizaciones y el registro del CNP, así como los incrementos o reducciones en las diferentes partidas de balance relacionadas directamente con la operación, como son inventarios, cuentas por pagar a proveedores, contratistas, impuestos por pagar y otras cuentas por pagar o cobrar relacionadas con la operación.

que el total de gastos será de 880,349 millones de pesos, lo que arroja un déficit de operación de 653,754 millones de pesos.

Las proyecciones para 2010 y 2011 muestran el total de gastos estimados en 414,621 y 426,041 millones de pesos respectivamente y se prevé que el efectivo generado por la operación se ubique en 14,018 millones de pesos en 2010 y 15,481 millones de pesos en 2011. El sobrante neto de efectivo esperado para 2010-2011 será de 10,957 y 12,141 millones de pesos, respectivamente.

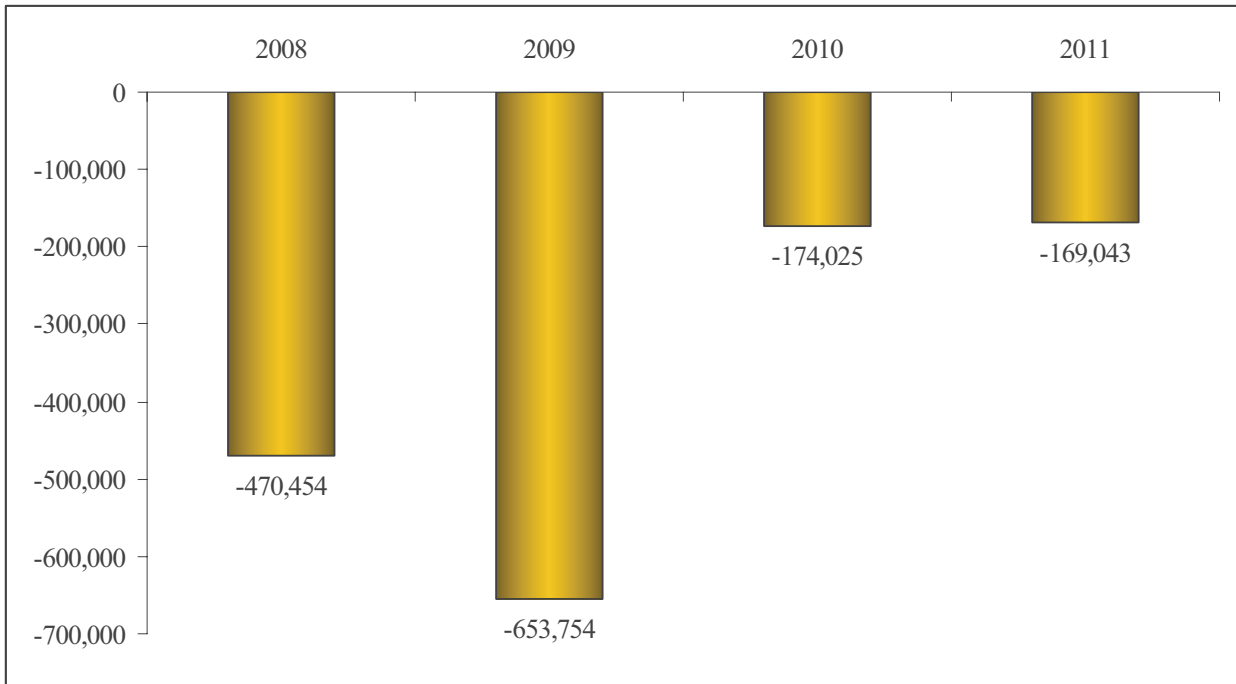
Es importante mencionar el esfuerzo significativo que el Instituto realizará para fortalecer la acumulación de reservas y el Fondo Laboral en 2009, toda vez que al cierre de 2008 el saldo de las RFA, la RGFA y el FCOLCLC ascendió a 114,774 millones de pesos y la ROCF a 13,518 millones de pesos¹⁰¹. Después del préstamo de 6,150 millones de pesos, se estima cerrar en dicho año con 116,547 millones de pesos en las reservas y Fondo Laboral y 18,791 millones de pesos en la ROCF.

La diferencia entre las cifras del cuadro VII.5 y las del cuadro VII.4 radica en que el primero no incluye el reconocimiento pleno del CNP y en los rubros de ingresos y de gastos directos el monto de las PCP (de más de 72,000 millones de pesos en 2008), que son obligaciones del Gobierno Federal y en las que el Instituto actúa como administrador de dichos recursos, por lo que no forman parte del resultado de operación, además de otros conceptos como son ingresos y gastos virtuales del IMSS como patrón (alrededor de 6,000 millones de pesos), y estimación de intereses y multas por incobrabilidades.

En el cuadro VII.5 los resultados de operación para 2008 y los proyectados para 2009-2011 presentan déficit para todos los años, tal como se muestra en la gráfica VII.1.

¹⁰¹ El saldo financiero acumulado al cierre de 2008 fue de 19,668 millones de pesos, que incluye el préstamo otorgado a las RO por 6,150 millones de pesos en diciembre del mismo año.

Gráfica VII.1.
Excedente (Déficit) de Operación 2008-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)



Fuente: IMSS.

En el cuadro VII.6 se presentan los rubros más importantes de gasto devengado y reconocimiento del CNP, con relación al total de los ingresos para los años 2009-2011; los gastos directos representarán en 2009, 91.62 por ciento de los ingresos y para 2010 y 2011 será de 91.69 y 91.51 por ciento, respectivamente. Se prevé que la proporción del rubro de otros gastos, que representa principalmente el CNP del RJP, se ubique en un promedio de alrededor de 146.53 por ciento de los ingresos del Instituto en los próximos tres años y que el déficit de operación disminuya de 284.51 a 68.34 por ciento de los ingresos en 2009 y 2010, respectivamente, derivado del reconocimiento 2009, apoyado en la nueva metodología de la NIF D-3.

Cuadro VII.6.
Resultados de Operación 2008-2011 con Relación al Total de Ingresos,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
 (porcentaje)

Concepto	2008	2009	2010	2011
Total de Ingresos	100.00	100.00	100.00	100.00
Gastos Directos	86.14	91.62	91.69	91.51
Otros Gastos	226.16	292.89	76.66	70.03
Total de Gastos	312.29	384.51	168.34	161.54
Excedente (Déficit) Neto	(212.29)	(284.51)	(68.34)	(61.54)

Fuente: IMSS.

En síntesis, las perspectivas de corto plazo son desfavorables. El efecto del pasivo laboral, el aumento en el gasto en servicios de personal y en el RJP, aunados al incremento proyectado del nivel de la RFA, de la RGFA y de las aportaciones al Fondo Laboral, llevarían al Instituto a una situación de insuficiencia en la disponibilidad de flujo de efectivo en sus RO a partir de 2009. Adicionalmente, los pasivos que anualmente se toman, particularmente los del RJP, son mayores en varios tantos a los fondos que se reservan para enfrentarlos, lo que significará presiones financieras todavía más fuertes en el mediano plazo.

VII.3. Resultados para los Ramos de Aseguramiento

En el cuadro VII.7 y la gráfica VII.2 se presenta el comportamiento de los ingresos y los gastos por ramo de seguro, así como el resultado de operación por año, de 2002 a 2008.

Cuadro VII.7.
Remanente por Ramo de Seguro, 2002-2008
(miles de pesos corrientes)

Año	Riesgo de Trabajo	Enfermedades y Maternidad	Invalidez y Vida	Guarderías y Prestaciones Sociales	Salud para la Familia	Total
Ingresos						
2002	14,794,966	96,468,987	18,586,124	7,644,191	1,003,716	138,497,984
2003	16,803,587	104,770,771	21,895,282	8,353,915	1,172,079	152,995,634
2004	18,387,713	111,036,873	23,710,496	8,854,875	1,380,943	163,370,900
2005	20,526,705	119,675,016	26,662,441	9,297,583	1,556,628	177,718,373
2006	20,528,898	118,672,701	27,842,961	9,927,733	1,648,211	178,620,504
2007	22,773,092	132,760,906	34,436,447	11,100,772	1,754,445	202,825,660
2008	26,044,969	139,751,245	36,484,864	11,984,726	1,428,654	215,694,458
Egresos						
2002	9,854,296	104,762,289	12,804,818	9,247,576	1,766,311	138,435,290
2003	10,363,234	118,893,145	10,897,355	10,796,901	1,997,159	152,947,794
2004	11,494,921	125,307,274	11,002,567	11,840,468	3,484,360	163,129,590
2005	9,241,252	134,756,372	20,010,261	9,140,350	4,369,641	177,517,876
2006	10,906,788	143,998,300	8,545,795	10,177,701	4,720,618	178,349,202
2007	12,430,144	166,199,331	6,940,711	11,634,006	5,418,747	202,622,940
2008	16,549,378	169,766,642	11,341,618	12,301,473	5,509,770	215,468,881
Excedente Neto de Ingresos sobre Gastos						
2002	4,940,670	(8,293,302)	5,781,306	(1,603,385)	(762,595)	62,694
2003	6,440,353	(14,122,374)	10,997,927	(2,442,986)	(825,080)	47,840
2004	6,892,792	(14,270,401)	12,707,929	(2,985,593)	(2,103,417)	241,310
2005	11,285,453	(15,081,356)	6,652,180	157,233	(2,813,013)	200,497
2006	9,622,110	(25,325,599)	19,297,166	(249,968)	(3,072,407)	271,302
2007	10,342,948	(33,438,425)	27,495,735	(533,234)	(3,664,303)	202,721
2008	9,495,591	(30,015,397)	25,143,246	(316,747)	(4,081,116)	225,577

Fuente: Estados Financieros Dictaminados.

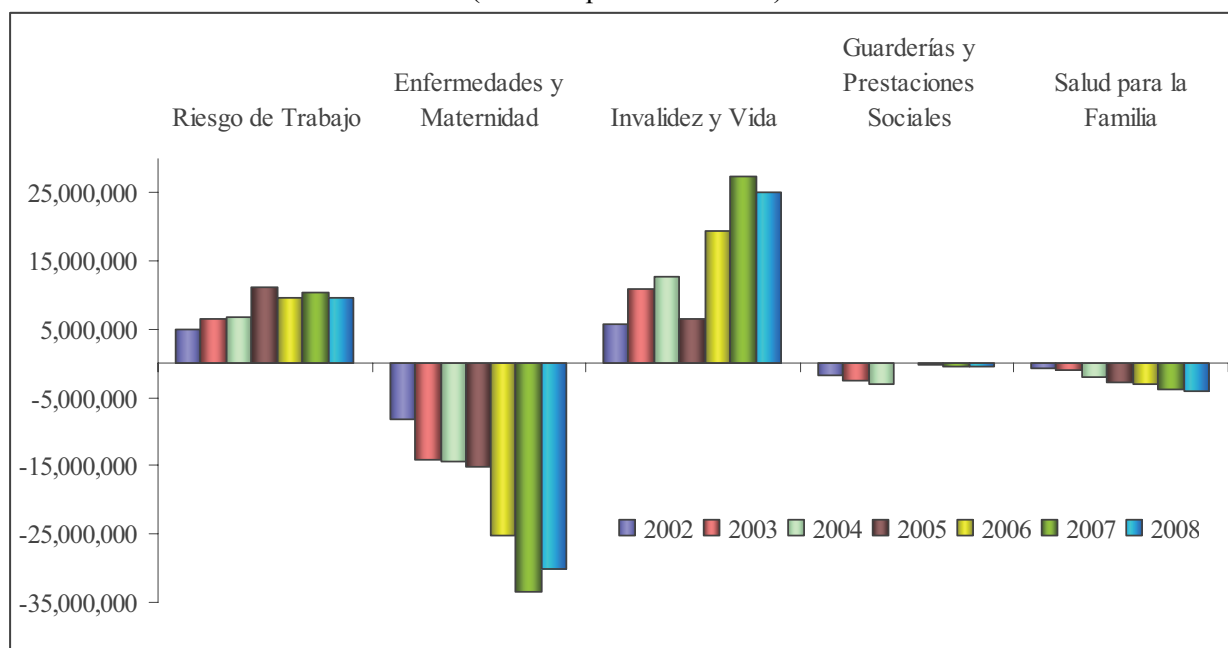
Los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida tienen excedentes de operación desde 2002, mientras que el de Guarderías y Prestaciones Sociales sólo registró superávit en 2005; los Seguros de Enfermedades y Maternidad y el de Salud para la Familia, por otro lado, han registrado déficit de 2002 a 2008.

En virtud de que el espíritu de la seguridad social es garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, las RO han financiado a los seguros deficitarios, y la liquidación de los préstamos se ha realizado con la disponibilidad de efectivo de la misma, más los costos financieros correspondientes.

Con el cambio de la metodología de distribución de gasto del IMSS aplicada en 2006, el excedente registrado en 2008 en los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida disminuyó en 8.19 y 8.55 por ciento, respecto al registrado en 2007, en tanto que el Seguro de Salud para la Familia mantiene la tendencia deficitaria desde el cambio de metodología.

Por otro lado, la situación financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad continuó deteriorándose debido al crecimiento acelerado de la población de mayores de 60 años de edad y en particular a la presión que se ejerce sobre los gastos médicos por el aumento en la esperanza de vida y el alto costo que implica el tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas, además de que a este Seguro le afecta desproporcionadamente el gasto del RJP, por emplear a una fracción importante del personal institucional. En el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales las nuevas reglas para la distribución del gasto entre los seguros no modificaron la tendencia con relación a la diferencia ingreso/gasto.

Gráfica VII.2.
Resultado de Ingreso/Gasto por Ramo de Seguro, 2002-2008
(miles de pesos corrientes)



Fuente: IMSS.

El cuadro VII.8 muestra el Estado de Resultados 2008 con el registro pleno del costo laboral; a partir de esas cifras se realizaron las proyecciones para 2009-2011.

Cuadro VII.8.
Estado de Resultados 2008 por Ramo de Seguro,
con Registro Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos)

Concepto	Total	Riesgos de Trabajo	Enfermedades y Maternidad	Invalidez y Vida	Guarderías y Prestaciones Sociales	Salud para la Familia
Total de Ingresos	215,694	26,045	139,751	36,485	11,985	1,429
Total de Gastos	686,149	38,915	585,096	14,859	27,750	19,529
Excedente de Ingresos/Gastos	(470,454)	(12,870)	(445,345)	21,626	(15,765)	(18,100)

Fuente: IMSS.

En 2008 se registra un déficit de 470,454 millones de pesos, originado por el reconocimiento del costo neto de RJP; el Seguro de Enfermedades y Maternidad fue el más afectado con 445,345 millones de pesos, mientras que el de Invalidez y Vida es el único que presenta excedente.

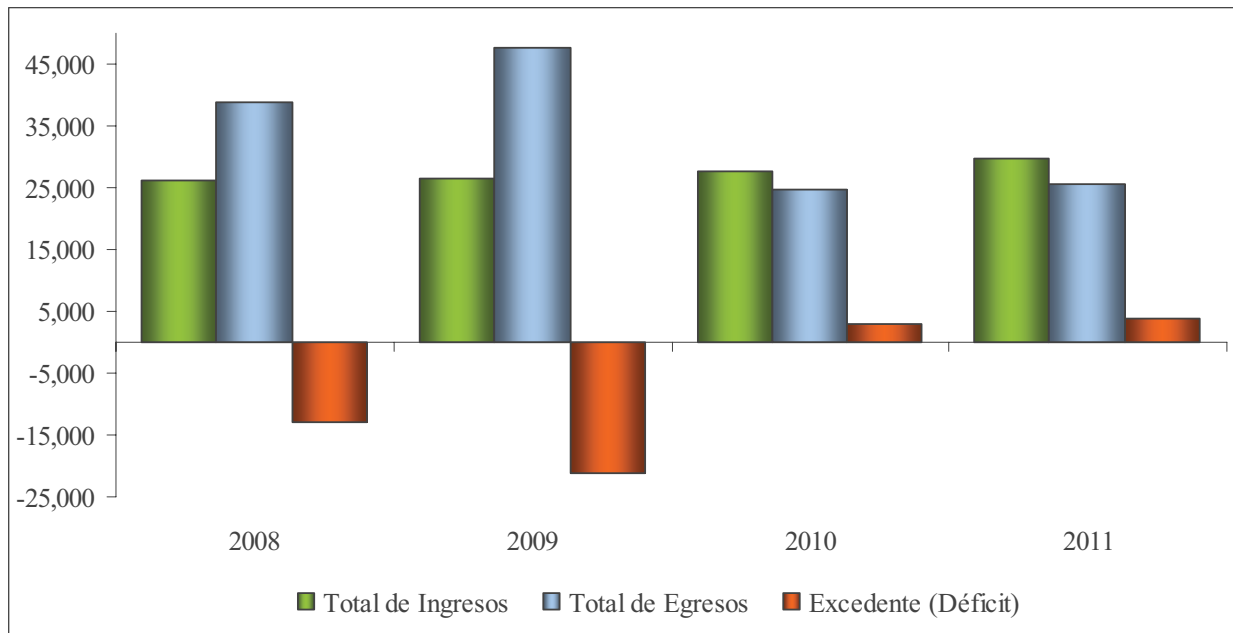
VII.3.1. Seguro de Riesgos de Trabajo

En 2008 este Seguro alcanzó ingresos por 26,045 millones de pesos y gastos totales por 38,915 millones de pesos, que representan 149.41 por ciento de los ingresos totales, con déficit de 12,870 millones de pesos, como se aprecia en el cuadro VII.8.

Para el año 2009, como se muestra en la gráfica VII.3 y en el cuadro VII.9, se proyecta que este Seguro genere ingresos por 26,419 millones de pesos, con gastos que ascenderán a 47,581 millones de pesos. El déficit de operación previsto es de 21,162 millones de pesos, por lo que al sumar las partidas que no requieren utilización de recursos existiría un efectivo generado por la operación de 12,192 millones de pesos.

Se estima que se incrementarán los fondos de este Seguro de la RFA, de la RGFA, del FCOLCLC y los de la de la ROCF e inversión física en 3,682 millones de pesos, incluyendo los rendimientos que generen las mismas reservas durante el periodo. El saldo acumulado previsto en la RFA de Riesgos de Trabajo al cierre de 2009 será de 28,446 millones de pesos, el cual será equivalente a 107.67 por ciento de los ingresos de 2009 de este Seguro.

Gráfica VII.3.
Estado de Resultados del Seguro de Riesgos de Trabajo 2008-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)



Fuente: IMSS.

Para 2010 y 2011 se calcula que los ingresos serán de 27,723 y 29,636 millones de pesos, respectivamente; los gastos ascenderán a 24,647 y 25,671 millones de pesos en cada caso y el superávit de ingresos sobre gastos será de 3,076 millones de pesos para 2010 y de 3,965 millones de pesos para 2011. El efectivo generado por la operación será de 12,478 y 13,191 millones de pesos en cada año.

Por otro lado, en el cuadro VII.9 se presenta una comparación de los resultados para el periodo 2009-2011 del Seguro de Riesgos de Trabajo, sin considerar el gasto de sus compromisos por el RJP. En ese escenario, que permite ponderar la importancia del RJP en el costo operativo de este Seguro, el déficit de ingresos sobre gastos de 2009, inicialmente proyectado en 21,162 millones de pesos, se convertiría a un excedente de 13,382 millones de pesos.

Cuadro VII.9.
Escenario Comparativo de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera
del Seguro de Riesgos de Trabajo 2009-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2009		2010		2011	
	Con	Sin	Con	Sin	Con	Sin
	RJP		RJP		RJP	
Total de Ingresos	26,419	26,419	27,723	27,723	29,636	30,154
Gastos Directos	13,608	12,418	14,589	13,249	15,751	14,245
Otros Gastos	33,974	619	10,058	655	9,920	694
Total de Gastos	47,581	13,037	24,647	13,904	25,671	14,939
Excedente (Déficit) Neto de Ingresos/Gastos	(21,162)	13,382	3,076	13,819	3,965	15,215
Partidas que No Requieren Utilización de Recursos y Generados por la Operación	33,354	-	9,402	-	9,226	-
Efectivo Generado por la Operación	12,192	13,382	12,478	13,819	13,191	15,215
Incremento de Reservas e Inversión Física	3,682	3,682	4,581	4,581	5,300	5,796
Sobrante (Faltante) Neto de Flujo de Efectivo del Año	8,510	9,700	7,898	9,238	7,891	9,419

Fuente: IMSS.

En 2011 la situación con relación a la importancia del RJP sería similar a la de los años 2009 y 2010, debido a que los gastos disminuirían de 25,671 a 14,939 millones de pesos y el excedente de ingresos sobre gastos pasaría de 3,965 a 15,215 millones de pesos.

Por último, cabe señalar que los resultados de corto plazo de este Seguro difieren de los que se presentan en el capítulo III, en virtud de que en este último sólo se contempla la suficiencia de la prima para el financiamiento de los gastos en sus prestaciones económicas. En cambio, en este capítulo se incluyen además del gasto en prestaciones económicas, todos los gastos operativos y el incremento a las RFA, la RGFA y al Fondo Laboral.

VII.3.2. Seguro de Enfermedades y Maternidad

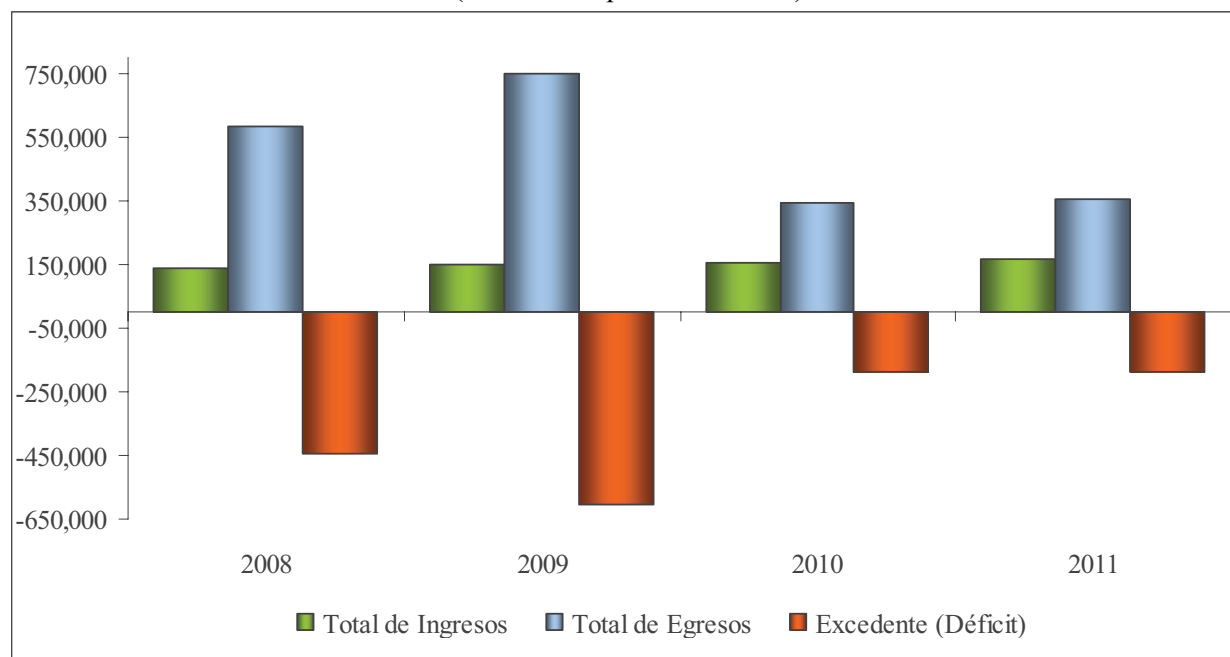
Los ingresos de 2008 de este Seguro fueron de 139,751 millones de pesos y los gastos de 585,096 millones de pesos, que corresponden a 418.67 por ciento del ingreso total de ese año, por lo que este Seguro registró un déficit de 445,345 millones como se aprecia en el cuadro VII.8; se estiman ingresos para 2009 por 147,831 millones de pesos y gastos totales de 751,355 millones de pesos, por lo que se proyecta un déficit de 603,524 millones de pesos. Los ingresos previstos

para 2010 y 2011 son de 157,549 y 168,187 millones de pesos, respectivamente, y los gastos totales ascenderán a 344,865 y 353,294 millones de pesos; en consecuencia, se prevé déficit para los dos años por 187,316 y 185,108 millones de pesos, respectivamente, como se observa en la gráfica VII.4 y en el cuadro VII.10.

El Seguro de Enfermedades y Maternidad representa 67.04 por ciento del total de sus ingresos de cuotas obrero-patronales en 2009, mientras que la participación de los gastos contra el mismo parámetro es de 508.25 por ciento; desde 2002 el comportamiento de los ingresos es menor a los egresos; a pesar de ello, con base en los principios de la seguridad y solidaridad social establecidos en la LSS, el Instituto ha continuado proporcionando los servicios médicos.

Los recursos registrados en esta reserva en 2008 ascienden a 458 millones de pesos y corresponden a la cobertura de Gastos Médicos para Pensionados (GMP) y sólo se incrementa con los intereses generados por el saldo con que se constituyó esta reserva, toda vez que las otras coberturas, por su carácter deficitario, no registran la provisión correspondiente.

Gráfica VII.4.
Estado de Resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad 2008-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)



Fuente: IMSS.

En el cuadro VII.10 se presenta un escenario comparativo de la situación financiera de este Seguro, calibrando el peso de las obligaciones del RJP en los gastos y, en consecuencia, en

los resultados financieros; al eliminar este rubro de gasto de los resultados de operación del Seguro de Enfermedades y Maternidad, el déficit de 603,524 millones de pesos disminuiría a 1,975 millones de pesos en 2009.

Cuadro VII.10.
Escenario Comparativo de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera
del Seguro de Enfermedades y Maternidad 2009-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2009		2010		2011	
	Con	Sin	Con	Sin	Con	Sin
	RJP		RJP		RJP	
Total de Ingresos	147,831	147,831	157,549	157,549	168,187	168,329
Gastos Directos	167,044	145,859	177,090	153,229	188,334	161,530
Otros Gastos	584,312	3,947	167,775	4,177	164,960	4,424
Total de Gastos	751,355	149,806	344,865	157,407	353,294	165,953
Excedente (Déficit) Neto de Ingresos/Gastos	(603,524)	(1,975)	(187,316)	142	(185,108)	2,376
Partidas que No Requieren Utilización de Recursos y Generados por la Operación	580,365	0	163,598	0	160,536	0
Efectivo Generado por la Operación	(23,159)	(1,975)	(23,718)	142	(24,572)	2,376
Incremento de Reservas e Inversión Física	7,333	7,333	7,514	7,514	9,124	9,428
Sobrante (Faltante) Neto de Flujo de Efectivo del Año	(30,493)	(9,308)	(31,233)	(7,372)	(33,696)	(7,052)

Fuente: IMSS.

VII.3.3. Seguro de Invalidez y Vida

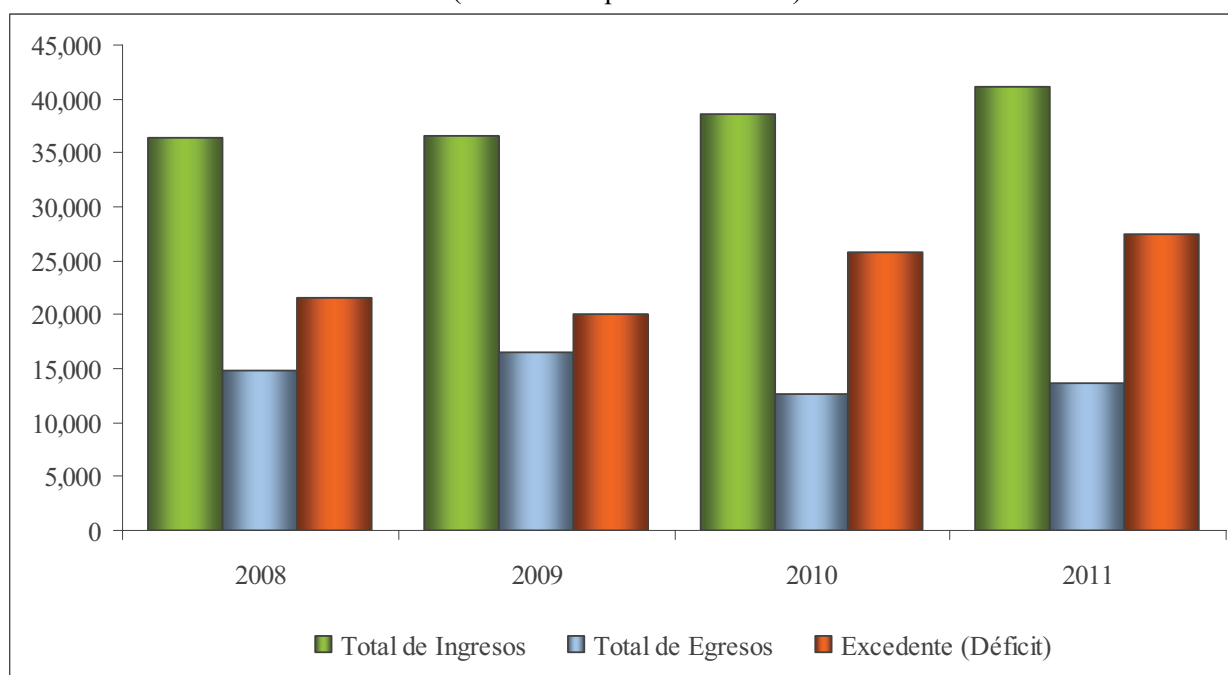
Este Seguro presenta excedentes de operación en 2008, ya que registró ingresos por 36,485 millones de pesos y gastos totales por 14,859 millones de pesos, los que representan 40.73 por ciento de los ingresos, que resulta en un excedente de 21,626 millones de pesos, como se muestra en el cuadro VII.8.

Para 2009 se estiman ingresos por 36,600 millones de pesos y gastos totales por 16,543 millones de pesos, por lo que el excedente del ejercicio sería de 20,056 millones de pesos. La generación de efectivo prevista es de 26,727 millones de pesos, que representan 73.02 por ciento de los ingresos totales de este Seguro; se estima que se incrementarán los fondos de este Seguro de la RFA, de la RGFA, del FCOLCLC e inversión física en 1,984 millones de pesos. El saldo

acumulado previsto en la RFA de Invalidez y Vida al cierre del ejercicio alcanzará 38,871 millones de pesos.

Para el periodo 2010-2011 se esperan ingresos por 38,535 y 41,195 millones de pesos, respectivamente; los gastos se proyectan en 12,689 y 13,727 millones de pesos, con excedentes de 25,846 y 27,468 millones de pesos, que presenta superávit de flujo de efectivo proyectado de 22,680 y 23,726 millones de pesos; por lo anterior, en estos ejercicios se generará efectivo por 27,727 y 29,314 millones de pesos para 2010 y 2011, respectivamente. Los ingresos, gastos totales y excedentes para los años de 2008 a 2011 se presentan en la gráfica VII.5.

Gráfica VII.5.
Estado de Resultados del Seguro de Invalidez y Vida 2008-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)



Fuente: IMSS.

Con relación al impacto del RJP sobre la situación financiera del Seguro de Invalidez y Vida, en el cuadro VII.11 se observa que en 2009 el total de gastos esperados es de 16,543 millones de pesos; al eliminar este concepto registraría 9,634 millones de pesos, es decir, una variación de menos 6,909 millones de pesos. El excedente de ingresos sobre gastos se incrementaría de 20,056 a 26,965 millones de pesos. El sobrante de efectivo en 2009 pasaría de 24,743 a 24,981 millones de pesos. El

efecto del RJP sobre los resultados proyectados para 2010 y 2011 muestra una mejora en la situación financiera equivalente a la descrita para 2008.

Cuadro VII.11.
Escenario Comparativo de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera
del Seguro de Invalidez y Vida 2009-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2009		2010		2011	
	Con	Sin	Con	Sin	Con	Sin
	RJP		RJP		RJP	
Total de Ingresos	36,600	36,600	38,535	38,535	41,195	41,778
Gastos Directos	9,271	9,033	10,173	9,905	11,208	10,907
Otros Gastos	7,272	601	2,516	636	2,519	674
Total de Gastos	16,543	9,634	12,689	10,541	13,727	11,580
Excedente (Déficit) Neto de Ingresos/Gastos	20,056	26,965	25,846	27,995	27,468	30,198
Partidas que No Requieren Utilización de Recursos y Generados por la Operación	6,671	-	1,880	-	1,845	-
Efectivo Generado por la Operación	26,727	26,965	27,727	27,995	29,314	30,198
Incremento de Reservas e Inversión Física	1,984	1,984	5,046	5,046	5,588	5,991
Sobrante (Faltante) Neto de Flujo de Efectivo del Año	24,743	24,981	22,680	22,948	23,726	24,206

Fuente: IMSS.

Cabe hacer mención que, al igual que en el caso del Seguro de Riesgos de Trabajo, los resultados de corto plazo del Seguro de Invalidez y Vida no son comparables con los que se presentan en el capítulo III, dado que en este último sólo se considera la suficiencia de la prima para el financiamiento de los gastos en las prestaciones económicas que otorga. En este capítulo se incluyen, además del gasto en pensiones y subsidios, todos los gastos operativos y el incremento a las RFA, la RGFA y el Fondo Laboral.

VII.3.4. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales

En 2008 este Seguro contó con un ingreso total de 11,985 millones de pesos y erogó 27,750 millones de pesos, por lo que registró un resultado deficitario de 15,765 millones de pesos, como se muestra en el cuadro VII.8. Del total de los ingresos de este Seguro, 96.74 por ciento proviene de las cuotas obrero-patronales y 3.26 por ciento de los ingresos por operación propia de los servicios derivados de las prestaciones sociales.

Los ingresos estimados para 2009 serán de 13,493 millones de pesos y los gastos totales de 39,376 millones de pesos, con un déficit resultante de 25,883 millones de pesos, generando sobrante de efectivo por 606 millones de pesos, como se desprende del cuadro VII.12.

Para los periodos de 2010 y 2011 se prevén ingresos por 14,395 y 15,424 millones de pesos, respectivamente. Los gastos totales ascenderán a 20,975 y 21,656 millones de pesos, por lo que, con base en los supuestos reseñados al inicio del capítulo, se estima un déficit por 6,580 millones de pesos para 2010 y de 6,232 millones de pesos para 2011.

Cuadro VII.12.
Escenario Comparativo de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera
del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales 2009-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)

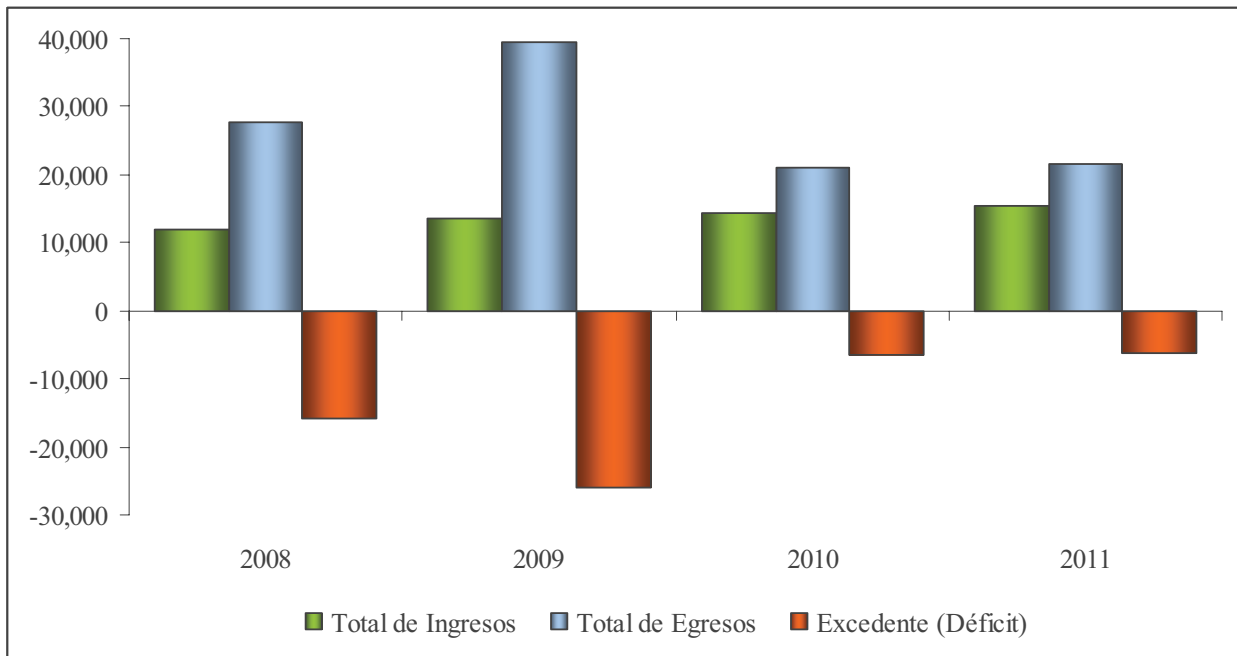
Concepto	2009		2010		2011	
	Con	Sin	Con	Sin	Con	Sin
	RJP		RJP		RJP	
Total de Ingresos	13,493	13,493	14,395	14,395	15,424	15,476
Gastos Directos	12,236	11,760	12,975	12,439	13,772	13,169
Otros Gastos	27,139	456	8,000	479	7,884	503
Total de Gastos	39,376	12,216	20,975	12,918	21,656	13,672
Excedente (Déficit) Neto de Ingresos/Gastos	(25,883)	1,276	(6,580)	1,478	(6,232)	1,804
Partidas que No Requieren Utilización de Recursos y Generados por la Operación	26,683	-	7,522	-	7,381	-
Efectivo Generado por la Operación	800	1,276	941	1,478	1,149	1,804
Incremento de Reservas e Inversión Física	194	194	306	306	349	393
Sobrante (Faltante) Neto de Flujo de Efectivo del Año	606	1,082	636	1,172	801	1,411

Fuente: IMSS.

Es importante mencionar que el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales disminuye considerablemente sus saldos deficitarios en el escenario en que el Instituto no tuviera que pagar los gastos asociados al RJP; por ejemplo, y como se muestra en el cuadro VII.12, los gastos totales para el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales en 2009 sumarían 12,216 millones de pesos sin RJP, cifra inferior en 27,160 millones de pesos respecto a los 39,376 millones de pesos que muestra el escenario base.

La gráfica VII.6 muestra los resultados de operación para los años 2008-2011.

Gráfica VII.6.
Estado de Resultados del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales 2008-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)



Fuente: IMSS.

VII.3.5. Seguro de Salud para la Familia

Los ingresos del Seguro de Salud para la Familia en 2008 fueron de 1,429 millones de pesos y los gastos totales ascendieron a 19,529 millones de pesos, que corresponden a 1,367 por ciento del total de ingresos. Como resultado, se tuvo un déficit de 18,100 millones de pesos, como se muestra en el cuadro VII.8.

Se estima que para 2009 los ingresos asciendan a 2,253 millones de pesos y los gastos totales se calculan en 25,493 millones de pesos, que representan 1,132 por ciento respecto a los ingresos, por lo que se tendrá un déficit de 23,240 millones de pesos, sin la posibilidad de generar efectivo, como muestra el cuadro VII.13.

Cuadro VII.13.
Escenario Comparativo de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera
del Seguro de Salud para la Familia 2009-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)

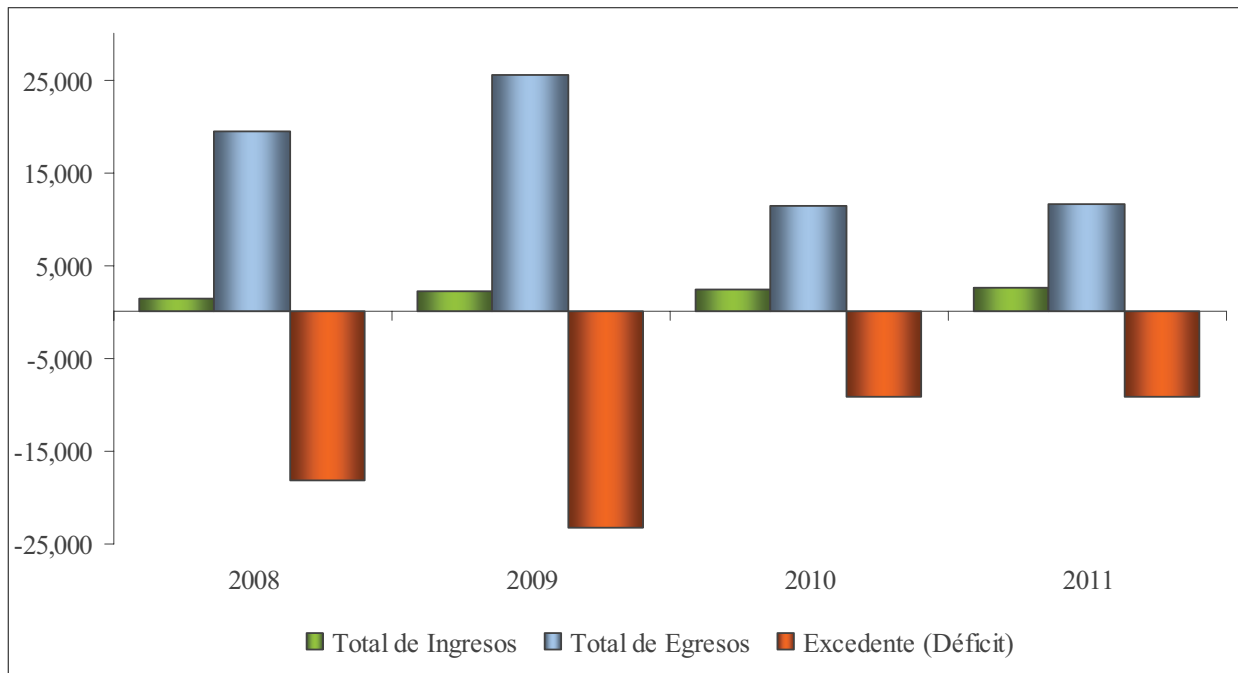
Concepto	2009		2010		2011	
	Con	Sin	Con	Sin	Con	Sin
	RJP		RJP		RJP	
Total de Ingresos	2,253	2,253	2,393	2,393	2,557	2,568
Gastos Directos	5,445	4,731	5,766	4,961	6,119	5,215
Otros Gastos	20,048	36	5,679	37	5,575	39
Total de Gastos	25,493	4,766	11,444	4,999	11,694	5,254
Excedente (Déficit) Neto de Ingresos/Gastos	(23,240)	(2,514)	(9,051)	(2,605)	(9,137)	(2,686)
Partidas que No Requieren Utilización de Recursos y Generados por la Operación	20,013	-	5,641	-	5,536	-
Efectivo Generado por la Operación	(3,228)	(2,514)	(3,410)	(2,605)	(3,601)	(2,686)
Incremento de Reservas e Inversión Física	15	15	32	32	35	41
Sobrante (Faltante) Neto de Flujo de Efectivo del Año	(3,242)	(2,528)	(3,441)	(2,637)	(3,636)	(2,727)

Fuente: IMSS.

Los escenarios para 2010 y 2011 consideran ingresos de 2,393 y 2,557 millones de pesos en cada año; los gastos se proyectan en 11,444 y 11,694 millones de pesos, con un déficit en ambos años de 9,051 y 9,137 millones de pesos, respectivamente. La gráfica VII.7 contiene los ingresos, gastos y déficit para los cuatro años.

Para este ramo de seguro, el Gobierno Federal aportó en 2008 una cuota diaria por cada asegurado, equivalente a 31.10 por ciento de un Salario Mínimo General del Distrito Federal (SMGDF), que se ajusta trimestralmente, de acuerdo con la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). A partir de 2002, las familias que voluntariamente se suman a este Seguro contribuyen anualmente con una cuota que se fija con base en las edades de cada uno de sus miembros; para 2009 esta cifra fluctúa entre 1,222 y 3,211 pesos. Las cuotas son modificadas en febrero de cada año, considerando la variación del INPC del año anterior. Los costos para este Seguro se asignan considerando el número de familias y el costo promedio de atención, medido de acuerdo con la distribución de edades y sexo de las personas protegidas y el costo promedio de atención para cada grupo.

Gráfica VII.7.
Estado de Resultados del Seguro de Salud para la Familia 2008-2011,
con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP
(millones de pesos corrientes)



Fuente: IMSS.

Es evidente la urgencia de revisar el nivel y la estructura de las cuotas que se cobran en este Seguro voluntario, pues es notoria la insuficiencia de los ingresos.

VII.4. Presupuesto Basado en Resultados y Sistema de Evaluación del Desempeño

La estructura programática del Instituto Mexicano del Seguro Social considera prioritario asignar recursos suficientes para garantizar la atención médica, el pago de las prestaciones económicas, el otorgamiento de prestaciones sociales y de los servicios de guardería, de conformidad con lo señalado en la Ley del Seguro Social (LSS). Con el fin de armonizar el Artículo 275, fracción II, de la LSS con la normatividad federal, se utiliza la clasificación programática acorde con la emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la cual a partir de 2008 se modifica en el marco de la reforma hacendaria aprobada en la presente administración.

En el caso de los egresos, esta reforma tiene como pilares el Presupuesto basado en Resultados (PbR) y el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), cuya herramienta

metodológica denominada Matriz de Marco Lógico es utilizada por las Direcciones Normativas del Instituto en la determinación de sus actividades, programas, metas e indicadores, alineando estos elementos programáticos con el Proyecto de Plan Institucional de mediano plazo y el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

El uso de estas nuevas herramientas y metodologías están encaminadas a dar cumplimiento al Artículo 276 de la LSS e incorporar el presupuesto por programas del Instituto al Presupuesto de Egresos de la Federación; además, es necesario para la integración de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

La incorporación al Sistema de Evaluación del Desempeño de la SHCP de los objetivos, metas e indicadores aprobados en el Anteproyecto de Presupuesto 2008 del Instituto se realizó cubriendo la nueva metodología federal con la información disponible. En noviembre de 2007, la SHCP y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) emitieron observaciones a las matrices de indicadores de los programas federales y programas presupuestarios del Instituto incluidos en el PEF 2008, que derivaron en la realización posterior de reuniones de trabajo para la mejora de los mismos, las cuales se llevaron a cabo durante el primer trimestre de 2008, dando como resultado 16 indicadores.

Para el ejercicio 2009, la aplicación de la metodología de Matriz de Marco Lógico arrojó un universo de 81 indicadores estratégicos y de gestión que valorarán los 13 programas sustantivos y actividades sustantivas concertadas con la SHCP y que formarán parte del PbR y del SED del Gobierno Federal. De los 81 indicadores, 52 están relacionados con la función de salud y 29 con la de seguridad social. Asimismo, en conjunto con la SHCP, se eligieron 18 indicadores para su seguimiento por parte de la H. Cámara de Diputados y del Consejo Técnico del Instituto.

CAPÍTULO VIII

INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN DEL IMSS

VIII. INCORPORACIÓN Y RECAUDACIÓN DEL IMSS

Durante 2008 el IMSS continuó realizando esfuerzos para incrementar la recaudación y hacer más eficiente la cobranza. En este capítulo se describen las principales acciones llevadas a cabo para dar cumplimiento a estos objetivos en materia de incorporación y recaudación.

VIII.1. Ingresos Totales y Contribuciones al Seguro Social

VIII.1.1. Los ingresos del IMSS

Los ingresos del IMSS se agrupan en cuotas obrero-patronales, aportaciones del Gobierno Federal, intereses sobre las reservas y otros ingresos. Como se observa en el cuadro VIII.1, durante 2008 estos rubros generaron 300,030.5 millones de pesos, cifra 1.4 por ciento superior en términos reales a la registrada en el año anterior.

Cuadro VIII.1.
Estructura de los Ingresos del IMSS, 2005-2008
(millones de pesos de 2008)

Concepto	2005	2006	2007	2008	2008/2007
Cuotas y Aportaciones	252,942.6	265,672.3	281,127.8	285,288.5	1.5
Cuotas Obrero-Patronales ^{-1/}	195,067.2	206,709.6	216,508.0	219,644.4	1.4
Aportaciones del Gobierno Federal	57,875.4	58,962.7	64,619.8	65,644.1	1.6
Intereses y otros ingresos	13,879.0	13,608.3	14,824.0	14,742.0	-0.6
Intereses sobre las Reservas	7,948.8	7,990.6	8,076.3	9,679.1	19.8
Otros Ingresos ^{-2/}	5,930.2	5,617.8	6,747.7	5,062.9	-25.0
Total	266,821.7	279,280.7	295,951.8	300,030.5	1.4

^{1/} Incluye: Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, IMSS asegurador e IMSS patrón.

^{2/} Incluye: aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación, otros aprovechamientos, capitales constitutivos, actualizaciones, multas, recargos, gastos de ejecución y comisiones por Afore e Infonavit.

Nota: no incluye pagos del Gobierno Federal por adeudos de años anteriores realizados en 2007.

Fuente: IMSS.

Del total de los ingresos captados por el Instituto, 95.1 por ciento corresponde a cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal, las cuales alcanzaron un monto de 285,288.5 millones de pesos en 2008, lo que representó un incremento de 1.5 por ciento en términos reales respecto al año previo. Desde el 2005, estos rubros de ingresos han registrado un incremento de 12.8 por ciento en términos reales.

En el cuadro VIII.2 se presenta el desglose de las contribuciones pagadas al IMSS por régimen de aseguramiento en el periodo 2005 a 2008. Las cuotas del Régimen Obligatorio, que incluye a los Seguros de Enfermedades y Maternidad (SEM), Riesgos de Trabajo (SRT),

Invalidez y Vida (SIV) y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS), concentran 67.9 por ciento de los ingresos del Instituto; las cuotas del Régimen Voluntario, que incluye al Seguro de Estudiantes y al Seguro de Salud para la Familia, representan 0.9 por ciento del total, y el 31.2 por ciento restante corresponde a las contribuciones del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV) administradas por las Afore.

Cuadro VIII.2.
Contribuciones por Régimen de Aseguramiento, 2005-2008
(millones de pesos de 2008)

Concepto	2005	2006	2007	2008	2008/2007
Régimen Obligatorio	175,808.3	183,902.9	192,789.1	193,740.8	0.5
Cuotas IMSS-Asegurador	129,690.8	137,044.1	142,685.3	143,775.6	0.8
Cuotas IMSS-Patrón	6,224.7	6,230.4	6,276.2	6,140.9	-2.2
Aportaciones del Gobierno Federal	39,892.8	40,628.5	43,827.6	43,824.4	0.0
Régimen Voluntario	2,728.7	2,147.7	2,994.5	2,645.2	-11.7
Cuotas IMSS-Asegurador ^{1/}	479.8	470.2	670.2	673.0	0.4
Aportaciones del Gobierno Federal	2,248.9	1,677.4	2,324.3	1,972.3	-15.1
Recursos en Administración de Afore	74,405.6	79,621.7	85,344.2	88,902.4	4.2
Cuotas IMSS-Asegurador	58,672.0	62,964.9	66,876.3	69,055.0	3.3
Aportaciones del Gobierno Federal	15,733.7	16,656.8	18,467.9	19,847.4	7.5
Total	252,942.6	265,672.3	281,127.8	285,288.5	1.5

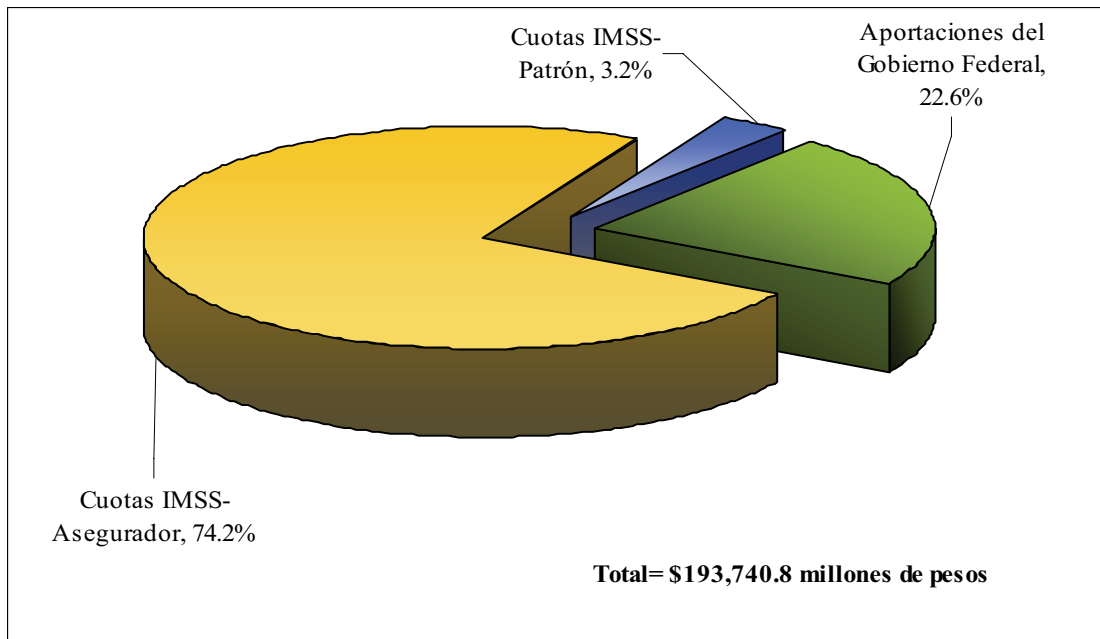
^{1/} Se refiere a aportaciones a los Seguros de Estudiantes y de Salud para la Familia.

Fuente: IMSS.

Durante 2008, los ingresos del IMSS en el Régimen Obligatorio ascendieron a 193,740.8 millones de pesos. Como se muestra en la gráfica VIII.1, la composición de los ingresos fue la siguiente:

- Cuotas obrero-patronales, que concentraron 74.2 por ciento del total, por un monto de 143,775.6 millones de pesos, cifra superior en 0.8 por ciento en términos reales a la registrada en 2007.
- Cuotas de los trabajadores del IMSS, cuya recaudación ascendió a 6,140.9 millones de pesos, lo que representó un decremento real de 2.2 por ciento respecto al monto recaudado en el año anterior.
- Aportaciones del Gobierno Federal, que sumaron 43,824.4 millones de pesos y representaron 22.6 por ciento de las contribuciones al Régimen Obligatorio.

Gráfica VIII.1.
Aportación del Régimen Obligatorio a los Ingresos del IMSS, 2008
 (porcentaje)



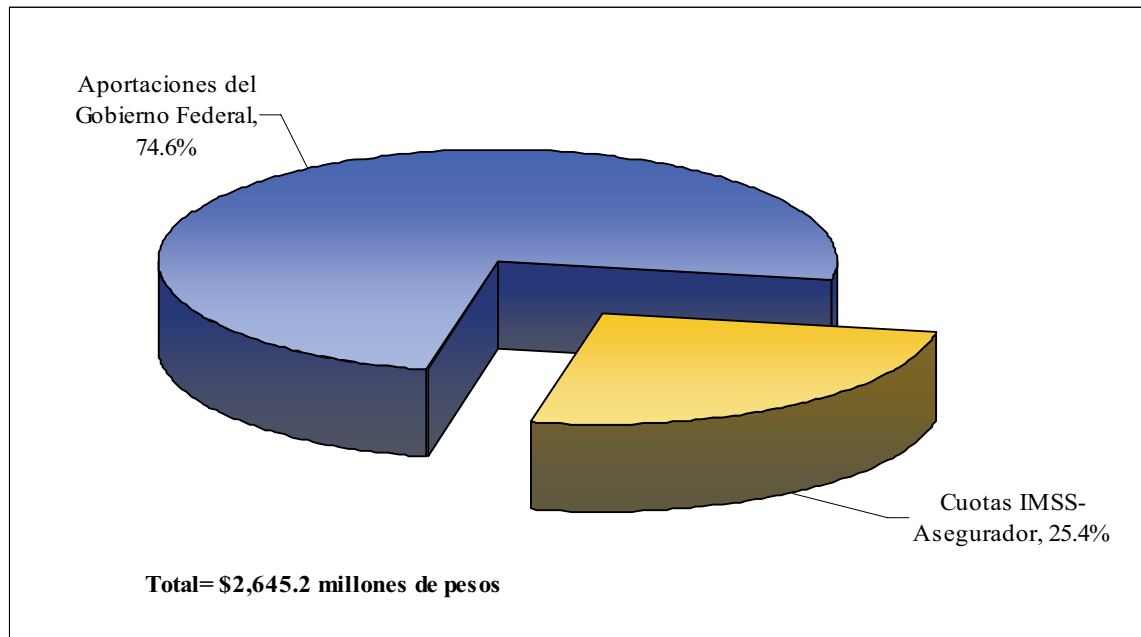
Fuente: IMSS.

Por su parte, los ingresos en el Régimen Voluntario al cierre de 2008 alcanzaron un monto de 2,645.2 millones de pesos, integrados de la siguiente manera:

- Seguro de Salud para la Familia: 1,375.7 millones de pesos, lo que representó una disminución de 23.2 por ciento en términos reales, respecto a 2007.
- Seguro de Estudiantes: 1,269.5 millones de pesos, cifra superior en 5.6 por ciento en términos reales a lo recaudado en el año anterior.

Es importante destacar que en el caso del Seguro de Salud para la Familia, la fuente de financiamiento es bipartita (durante 2008, 48.9 por ciento de lo aportado correspondió a los asegurados y el restante 51.1 por ciento fue aportado por el Gobierno Federal), en tanto que el Seguro de Estudiantes se cubre únicamente con las aportaciones del Gobierno Federal. De este modo, para el Régimen Voluntario en su conjunto la aportación del Gobierno Federal representó 74.6 por ciento del total recaudado y el restante 25.4 por ciento correspondió a aportaciones de los asegurados, como se observa en la gráfica VIII.2.

Gráfica VIII.2.
Aportación del Régimen Voluntario a los Ingresos del IMSS, 2008
 (porcentaje)



Fuente: IMSS.

En el rubro de otros ingresos se agrupan los recursos derivados de los actos de fiscalización, los servicios que el IMSS otorga a las Afore y al INFONAVIT por la emisión de las respectivas cuotas a los patrones, las aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación, y los aprovechamientos¹⁰².

Durante 2008, estos ingresos sumaron 5,062.9 millones de pesos. En todos los rubros se observó una disminución en términos reales, respecto a lo observado en el año de 2007. En el cuadro VIII.3 se presenta su distribución agregada por concepto de ingreso.

¹⁰² En 2008, los aprovechamientos incluyeron principalmente los ingresos provenientes de tiendas, rendimiento de cuentas bancarias, cuotas de recuperación por permisos de uso temporal, centros vacacionales y velatorios, ingresos por prescripciones, atención médica a no derechohabientes y recuperación de guarderías Telmex.

Cuadro VIII.3.
Otros Ingresos del IMSS, 2005-2008
(millones de pesos de 2008)

Concepto	2005	2006	2007	2008	2008/2007
Derivados de Cuotas Obrero-Patronales ^{1/}	3,455.9	2,363.7	2,816.1	2,800.2	-0.6
Aportación de Trabajadores al Fondo de Jubilación	1,689.1	1,864.4	1,711.5	1,676.4	-2.1
Aprovechamientos varios ^{2/}	785.3	1,389.6	2,220.0	586.3	-73.6
Otros Ingresos	5,930.2	5,617.8	6,747.7	5,062.9	-25.0

^{1/} Incluye capitales constitutivos, multas, recargos, actualizaciones, ingresos por ejecución y comisiones por Afore e Infonavit.

^{2/} Incluye renta de espacios, ingresos por prescripciones, venta de bases de licitación, recuperación de guarderías Telmex, cuotas por expedición de constancias, venta de desechos, cuotas de recuperación por uso temporal, tiendas, velatorios, centros vacacionales, atención médica a no derechohabientes, rendimiento de cuentas bancarias, recuperación de seguros, venta de activos fijos, comisión por administración de pensiones y otros conceptos de recaudación.

Fuente: IMSS.

VIII.1.2. Ingresos obrero-patronales

Los ingresos obrero-patronales del Instituto se integran con la recaudación del Régimen Obligatorio y del Voluntario por concepto de cuotas obrero-patronales del IMSS, tanto en su calidad de asegurador como en la de patrón, así como con otros ingresos derivados de cuotas, como son los capitales constitutivos, las actualizaciones y las multas, entre otros rubros.

No obstante que durante noviembre y diciembre de 2008 se registraron tasas anuales negativas en el registro de cotizantes ante el IMSS, derivado del efecto que ha tenido sobre la economía mexicana el entorno recesivo a nivel internacional, los ingresos obrero-patronales registraron un incremento de 0.6 por ciento en términos reales respecto de los observados en 2007, con lo que alcanzaron, durante 2008, un monto de 153,389.6 millones de pesos¹⁰³. Lo anterior se detalla en el cuadro VIII.4.

¹⁰³ Dicho monto no incluye los ingresos por concepto de RCV.

Cuadro VIII.4.
Ingresos Obrero-Patronales, 2005-2008
(millones de pesos de 2008)

Concepto	2005	2006	2007	2008	2008/2007
Cuotas Obrero-Patronales	136,395.3	143,744.7	149,631.7	150,589.4	0.6
Cuotas Obrero-Patronales IMSS-asegurador ^{1/}	130,170.6	137,514.3	143,355.5	144,448.5	0.8
Cuotas Obrero-Patronales IMSS-patrón	6,224.7	6,230.4	6,276.2	6,140.9	-2.2
Otros Ingresos derivados de Cuotas	3,455.9	2,363.7	2,816.1	2,800.2	-0.6
Capitales Constitutivos	142.0	380.0	146.0	151.5	3.8
Actualizaciones	251.8	244.4	139.8	141.2	1.0
Multas	612.3	-1,259.9	704.4	809.9	15.0
Recargos	1,386.3	2,014.7	718.4	696.0	-3.1
Ingresos por ejecución	361.8	339.6	326.7	285.1	-12.7
Comisiones cobradas a las Afore	289.3	289.5	292.2	282.4	-3.3
Comisiones cobradas a Infonavit	412.3	355.5	488.7	434.1	-11.2
Total	139,851.2	146,108.4	152,447.8	153,389.6	0.6

^{1/} Incluye: recaudación por modalidades 10 Trabajadores Permanentes y Eventuales de la Ciudad, 13 Trabajadores Asalariados del Campo y 17 Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios, otras modalidades, reversión de cuotas, recuperación de cartera e ingresos por actos de fiscalización.

Fuente: IMSS.

El componente más importante de los ingresos obrero-patronales lo constituyen las cuotas obrero-patronales del IMSS en su papel de asegurador, las cuales crecieron en 0.6 por ciento en términos reales en 2008. En el monto observado en 2008 se incluye el pago realizado por el Gobierno Federal derivado del Programa de Apoyo a la Economía, instrumentado con el objeto de hacer frente al entorno de desaceleración económica. Entre los diez puntos establecidos en dicho Programa se incluyó un descuento de 5 por ciento de la parte de las cuotas obrero-patronales a cargo de los patrones, causadas del primero de marzo al 31 de diciembre de 2008, con objeto de contribuir de forma directa a una mayor generación de empleos, al reducir el costo de la nómina de las empresas. En el cuadro VIII.5 se observa que hasta el mes de febrero de 2009, el costo del descuento de 5 por ciento sobre la cuota patronal ascendía a 1,885.2 millones de pesos, de los cuales el Gobierno Federal había pagado 1,487.9 millones de pesos al mes de diciembre de 2008.

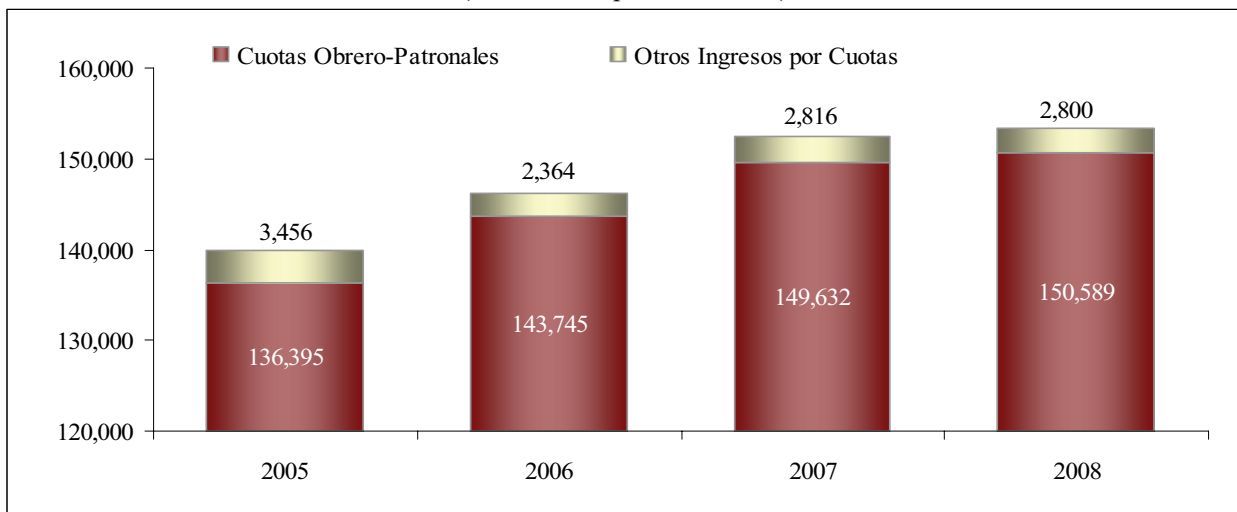
Cuadro VIII.5.
Programa de Apoyo a la Economía
Subsidio de 5 por ciento a la Cuota Patronal
(millones de pesos corrientes)

Año/mes	Importe
2008	
Abril	165.7
Mayo	175.3
Junio	185.0
Julio	173.8
Agosto	172.9
Septiembre	205.2
Octubre	196.5
Noviembre	213.4
Diciembre	211.0
2009	
Enero	161.3
Febrero	25.0
Total	1,885.2

Fuente: IMSS.

Como se puede observar en la gráfica VIII.3, los ingresos obrero-patronales se han incrementado en 9.7 por ciento en términos reales desde el año 2005. Esta evolución favorable de los ingresos recaudados por el Instituto es resultado de un aumento de 10.4 por ciento en las cuotas obrero-patronales, no obstante la reducción de 19 por ciento registrada en el rubro de otros ingresos.

Gráfica VIII.3.
Evolución de los Ingresos Obrero-Patronales, 2005-2008
(millones de pesos de 2008)



Fuente: IMSS.

VIII.1.3. Meta de recaudación de ingresos obrero-patronales

La meta de ingresos obrero-patronales para el ejercicio 2008, publicada en la Ley de Ingresos de la Federación (LIF), fue de 149,678.8 millones de pesos, como se observa en el cuadro VIII.6. Ante la evolución favorable de la recaudación, el H. Consejo Técnico (HCT) aumentó en dos ocasiones la meta originalmente publicada en la LIF. En la segunda modificación, aprobada el 29 de octubre, se incrementó la meta a 152,716.8 millones de pesos, cifra 5.3 por ciento superior al importe recaudado en el año previo. Es de destacar que la recaudación observada al cierre del 2008 fue de 153,389.6 millones de pesos, importe superior en 0.4 por ciento a la meta referida. Este excedente generó ingresos adicionales al Instituto por 3,710.8 millones de pesos, en comparación con la meta originalmente prevista en la Ley de Ingresos.

Cuadro VIII.6.
Meta de Ingresos Obrero-Patronales, 2008
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Observado 2007	2008					
		Ley de Ingresos	Modificación 30 de abril	Modificación 29 de octubre	Incremento meta	Observado 2008	Cumplimiento Meta
	(1)	(2)	(3)	(4)	(4)/(1)	(5)	(5)/(4)
Cuotas Obrero-Patronales	142,336.9	147,004.5	148,395.4	149,979.4	5.4	150,589.4	100.4
IMSS-asegurador ^{1/}	136,366.7	139,689.0	141,080.0	142,664.0	4.6	144,448.5	101.3
IMSS-patrón	5,970.2	7,315.5	7,315.5	7,315.5	22.5	6,140.9	83.9
Otros Ingresos por Cuotas^{2/}	2,678.8	2,674.3	2,483.3	2,737.4	2.2	2,800.2	102.3
Total	145,015.7	149,678.8	150,878.8	152,716.8	5.3	153,389.6	100.4

^{1/} Incluye: recaudación por modalidades 10, 13 y 17, otras modalidades, reversión de cuotas, recuperación de cartera e ingresos por actos de fiscalización.

^{2/} Incluye capitales constitutivos, multas, recargos, actualizaciones, ingresos por ejecución y comisiones a Afore e Infonavit.

Fuente: IMSS.

VIII.2. Ampliación de la Cobertura

Entre los efectos adversos que ha tenido en la economía mexicana la crisis financiera internacional, se encuentra el impacto en la capacidad de las empresas para sostener sus niveles de producción y empleo. No obstante lo anterior, entre el 31 de diciembre de 2007 y el mismo periodo de 2008, el número de personas aseguradas en el IMSS se incrementó en 144,880 personas, lo que se debió principalmente a los esfuerzos institucionales por ampliar el nivel de cobertura y a la incorporación de personas al Régimen Voluntario.

VIII.2.1. Población derechohabiente

En el cuadro VIII.7 se presentan las cifras de la población derechohabiente del IMSS¹⁰⁴ en el lapso 2007 a 2008. Como se puede observar, al 31 de diciembre de 2008 se habían registrado ante el IMSS 259,183 nuevos derechohabientes respecto al cierre de 2007, lo que significó un incremento anual de 0.5 por ciento. Así, la protección de la seguridad social que brinda el IMSS cubrió a 48'909,710 personas, es decir, 45.8 por ciento de los habitantes del país¹⁰⁵.

El mayor incremento de derechohabientes se registró en los asegurados, pensionados y en los familiares de estos, al sumar 144,880, 76,895 y 60,585 personas adicionales, respectivamente.

Cuadro VIII.7.
Población Derechohabiente del IMSS, 2007-2008^{1/}
(cifras al 31 de diciembre de cada año)

Tipo de afiliación	2007	2008	Diferencia absoluta	Var. %
TOTAL	48,650,527	48,909,710	259,183	0.5
Asegurados	18,605,440	18,750,320	144,880	0.8
Asegurados Directos	14,207,706	14,178,117	-29,589	-0.2
Permanentes	12,628,392	12,569,068	-59,324	-0.5
Eventuales urbanos	1,471,695	1,493,484	21,789	1.5
Jornaleros agrícolas	107,619	115,565	7,946	7.4
Seguros Facultativos ^{2/}	3,982,121	4,146,336	164,215	4.1
Familias	123,503	124,980	1,477	1.2
Estudiantes	3,858,618	4,021,356	162,738	4.2
Otros ^{3/}	415,613	425,867	10,254	2.5
Familiares de Asegurados	25,459,949	25,436,772	-23,177	-0.1
Pensionados	2,491,100	2,567,995	76,895	3.1
En curso de pago ^{4/}	2,326,000	2,391,436	65,436	2.8
Por renta vitalicia	165,100	176,559	11,459	6.9
Familiares de Pensionados	2,094,038	2,154,623	60,585	2.9

^{1/} A partir del 30 de abril de 2008 se emplea una nueva metodología para calcular el número de afiliados. Ésta no aplica para pensionados ni familiares de pensionados.

^{2/} Incluye estudiantes, familiares de los trabajadores IMSS y familiares de los trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad.

^{3/} Seguro de Salud para la Familia y Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio.

^{4/} Incluye provisionales, temporales, derivadas y garantizadas. Ley 1997.

Fuente: IMSS.

¹⁰⁴ Derechohabiente es el asegurado, el pensionado y los beneficiarios de ambos, que en los términos de la Ley del Seguro Social tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto.

¹⁰⁵ No incluye a las personas protegidas por los servicios que brinda IMSS-Oportunidades.

VIII.2.2. Evolución de los asegurados

Con relación a la evolución de la población asegurada, al 31 de diciembre de 2008 se encontraban registrados 18'750,320 asegurados¹⁰⁶ en el IMSS, lo que representó un crecimiento de 0.8 por ciento con respecto al mismo periodo del año anterior. Como se presenta en el cuadro VIII.8, este incremento se sustentó en las 170,980 personas adicionales aseguradas en el Régimen Voluntario, lo que compensó la disminución de 26,100 personas en el Régimen Obligatorio, originada principalmente por la caída de los trabajadores permanentes urbanos. Con ello, la proporción de asegurados en el Régimen Obligatorio pasó de 76.7 por ciento en 2007 a 76 por ciento al cierre de 2008, en tanto que la proporción de asegurados en el Régimen Voluntario se incrementó en 0.7 por ciento, al pasar de 23.3 a 24 por ciento del total, en el lapso señalado.

Cuadro VIII.8.
Asegurados por Régimen de Aseguramiento, 2007-2008
(cifras al 31 de diciembre de cada año)

Régimen de Aseguramiento	2007	2008	Estructura Porcentual 2008	Variación	
	(1)	(2)		absoluta (2) - (1)	relativa (2) / (1)
Obligatorio	14,271,225	14,245,125	76.0	-26,100	-0.2
Ámbito urbano (a)	13,884,968	13,849,847	73.9	-35,121	-0.3
Permanente	12,413,273	12,356,363	65.9	-56,910	-0.5
Eventual	1,471,695	1,493,484	8.0	21,789	1.5
Ámbito del campo	322,738	328,270	1.8	5,532	1.7
Permanente (b)	215,119	212,705	1.1	-2,414	-1.1
Eventual	107,619	115,565	0.6	7,946	7.4
Cont. Voluntaria en el Régimen Obligatorio (Mod. 40) ^{-1/}	63,519	67,008	0.4	3,489	5.5
Suma de Permanentes y Eventuales Urbanos (a + b)	14,100,087	14,062,552	75.0	-37,535	-0.3
Voluntario	4,334,215	4,505,195	24.0	170,980	3.9
Seguro para Estudiantes y Facultativo (modalidad 32)	3,982,121	4,146,336	22.1	164,215	4.1
Seguro de Salud para la Familia (modalidad 33) ^{-2/}	352,094	358,859	1.9	6,765	1.9
TOTAL	18,605,440	18,750,320	100.0	144,880	0.8

^{1/} Se refiere a los asegurados que, con un mínimo de 52 cotizaciones semanales acreditadas en el Régimen Obligatorio durante los últimos cinco años, al ser dados de baja, ejercen su derecho a continuar voluntariamente en el mismo, en los seguros SIV y RCV.

^{2/} Para efectos de este Seguro, se registra al titular y a cada uno de los miembros de la familia.

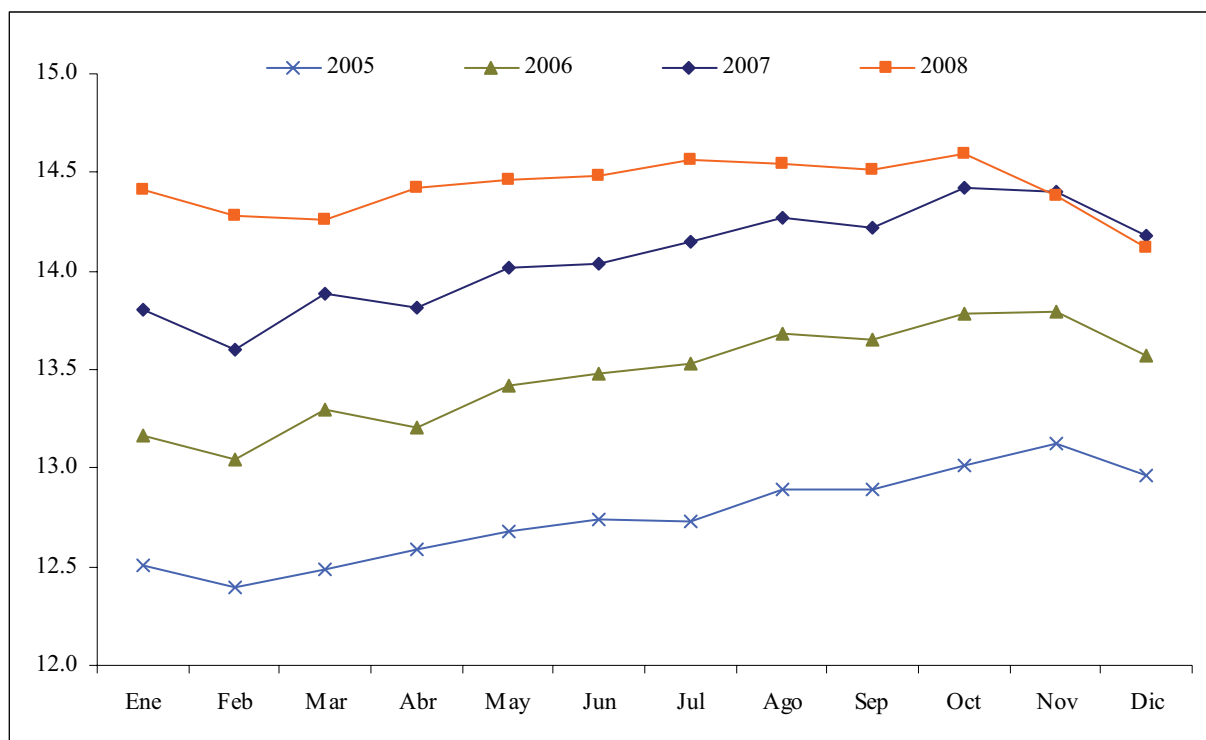
Fuente: IMSS.

¹⁰⁶ Asegurado es el trabajador o sujeto de aseguramiento inscrito ante el Instituto en los términos de la Ley del Seguro Social.

VIII.2.3. Cotizantes

Como resultado del descenso en la actividad económica registrado durante 2008, disminuyó el dinamismo que se había observado en los últimos años en el registro de cotizantes ante el Instituto¹⁰⁷. En el mes de diciembre de 2008, el IMSS contaba con 14'115,670 cotizantes de las modalidades 10, 13 y 17¹⁰⁸, es decir, 66,241 personas menos que las registradas en el mismo mes del año anterior. Como se aprecia en la gráfica VIII.4, en los dos últimos meses de 2008 los cotizantes descendieron a niveles inferiores a los presentados en el mismo periodo de 2007.

Gráfica VIII.4.
Evolución de Cotizantes, 2005-2008
(millones de personas)



Fuente: IMSS.

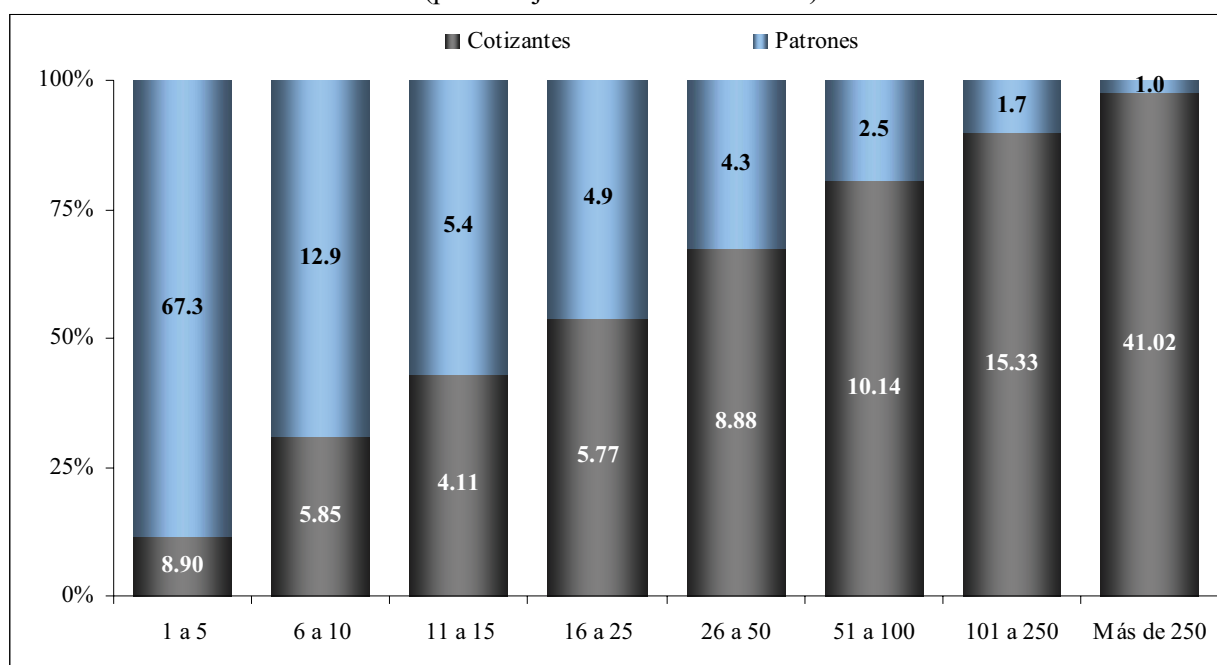
Como se puede apreciar en la gráfica VIII.5, en diciembre de 2008, 85.6 por ciento de los registros patronales tenían registrados de 1 a 15 cotizantes, mientras que 2.7 por ciento contaba con más de 100 cotizantes. Es de destacar que la disminución en el registro de cotizantes

¹⁰⁷ 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.

¹⁰⁸ Modalidad 10 Trabajadores Permanentes y Eventuales de la Ciudad, modalidad 13 Trabajadores Asalariados del Campo y modalidad 17 Reversión de Cuotas por Subrogación de Servicios.

presentada a finales de 2008 se concentró en los registros patronales con más de 250 trabajadores, razón por la cual este grupo pasó de representar 42.1 a 41.2 por ciento del total en términos de cotizantes, entre 2007 y 2008.

Gráfica VIII.5.
Registros Patronales y Cotizantes por Tamaño de Registro Patronal, 2008
 (porcentajes al mes de diciembre)



Fuente: IMSS.

En el cuadro VIII.9 se muestra la composición de los cotizantes y registros patronales por sector de actividad. El sector servicios concentró 31.9 por ciento y 33.6 por ciento del total de cotizantes en las modalidades 10, 13 y 17 y registros patronales, en tanto que las industrias de transformación agruparon a 26.8 por ciento de los cotizantes y a 14.8 por ciento de los patrones registrados ante el Instituto. En tercer lugar se ubicó el sector comercio, con 21.1 por ciento y 29.7 por ciento, respectivamente, y la industria de la construcción concentró a 9.4 por ciento del total de cotizantes y a 12 por ciento de los patrones.

El mayor incremento de cotizantes entre 2007 y 2008 se registró en los sectores de comercio y servicios, con 98,284 y 96,352 cotizantes adicionales, respectivamente. En contraste, las industrias de la transformación y construcción presentaron una reducción de 259,051 y 54,783 cotizantes, respectivamente.

Cuadro VIII.9.
Cotizantes al IMSS y Registros Patronales por División de Actividad Económica, 2008^{1/}
(cifras a diciembre)

División	Cotizantes	Registros Patronales	Cotizantes por Registro Patronal	Estructura Porcentual		Variación 2007-2008	
				Cotizantes	Registros Patronales	Cotizantes	Registros Patronales
	(1)	(2)	(1) / (2)				
Servicios	4,498,547	279,440	16.1	31.9	33.6	2.2	1.9
Industrias de Transformación	3,788,754	123,059	30.8	26.8	14.8	-6.4	-0.7
Comercio	2,973,693	247,229	12.0	21.1	29.7	3.4	-0.1
Industria de la Construcción	1,320,991	100,266	13.2	9.4	12.0	-4.0	1.1
Transporte y Comunicaciones	797,968	50,245	15.9	5.7	6.0	1.9	0.1
Agricultura, Ganadería, Silvicultura, Pesca y Caza	389,767	27,165	14.3	2.8	3.3	5.6	0.6
Industria Eléctrica y Captación y Suministro de Agua	246,583	2,956	83.4	1.7	0.4	1.7	-1.7
Industrias Extractivas	99,367	2,015	49.3	0.7	0.2	15.0	4.4
Total	14,115,670	832,375	17.0	100.0	100.0	-0.5	0.7

^{1/} De conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.

Fuente: IMSS.

VIII.2.4. Trabajadores eventuales del campo

La prestación de servicios de seguridad social en el campo ha representado tradicionalmente uno de los mayores retos a los que se ha enfrentado el Instituto en los últimos años, en virtud de la concurrencia de una serie de factores que dificultan tanto la afiliación de los trabajadores eventuales del campo como su acceso efectivo a los servicios y prestaciones inherentes a la seguridad social. Durante 2008, el Instituto continuó con su estrategia para atender y prestar sus servicios a este sector de la población.

El 24 de julio de 2007 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Decreto por el que se otorgan beneficios fiscales a los patrones y trabajadores eventuales del campo, y el 21 de septiembre del mismo año en el mismo medio oficial se publicaron las reglas para operar el citado Decreto. Con ello:

- Se exige a los patrones y a los trabajadores eventuales del campo de la obligación de pagar sus cuotas obrero-patronales hasta por un monto equivalente a la diferencia entre las cuotas calculadas y las que resulten de considerar 1.68 veces el salario mínimo del área que corresponda.
- Se otorga el derecho a las prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de Riesgos de Trabajo a los trabajadores eventuales del campo y sus beneficiarios durante el tiempo en que presten sus servicios y se encuentren afiliados al IMSS, pudiendo recibirlas

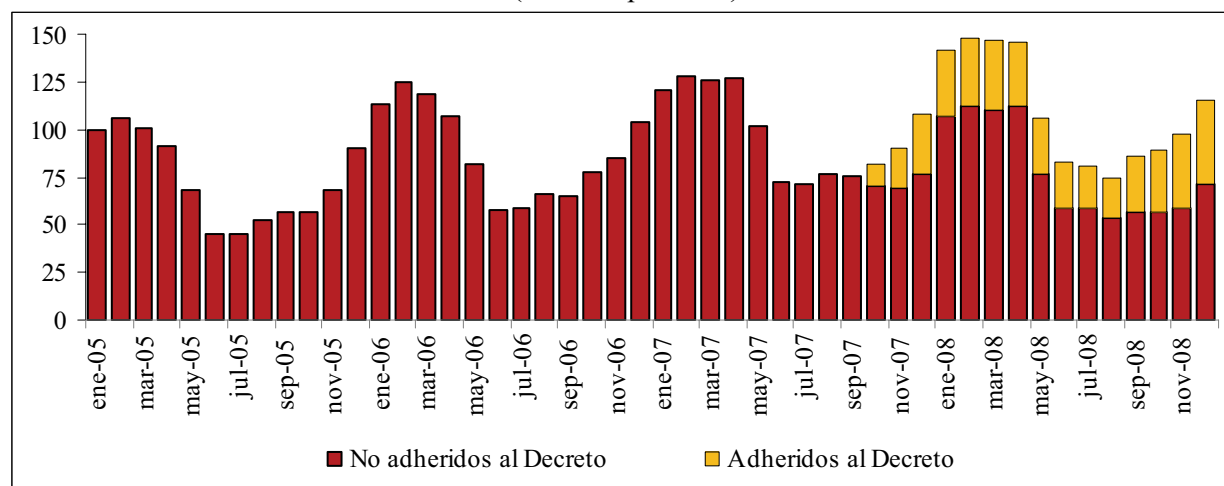
en las unidades médicas del IMSS o IMSS-Oportunidades más cercanas a la localidad en que laboran, o bien, en el lugar de su residencia, cuando sus beneficiarios permanezcan en el mismo.

- Se concede el derecho a las prestaciones de guarderías durante el tiempo en que presten sus servicios.

El 24 de enero de 2008 fue publicada en el DOF la reforma al Artículo Primero Transitorio del Decreto por el que se otorgan beneficios fiscales a los patrones y trabajadores eventuales del campo, para ampliar su vigencia hasta el 31 de diciembre de 2008 y, posteriormente, el 30 de diciembre de 2008 se publicó en el DOF una nueva reforma al Artículo Primero Transitorio, para prorrogar su vigencia hasta el 31 de diciembre de 2010.

En la gráfica VIII.6 se presenta la evolución en el registro de trabajadores eventuales del campo en el lapso 2005 a 2008. Al 31 de diciembre de 2008 se encontraban registrados en el Instituto un total de 115,565 trabajadores eventuales del campo, cifra 7.4 por ciento superior a la observada en el mismo mes del año anterior y 52.7 por ciento mayor a la del mes de septiembre de 2007, fecha en que entraron en vigor las citadas reglas de operación. Por su parte, los trabajadores adheridos al Decreto sumaron, al 31 de diciembre, un total de 43,805 lo que significó 37.9 por ciento del total de trabajadores eventuales del campo registrados.

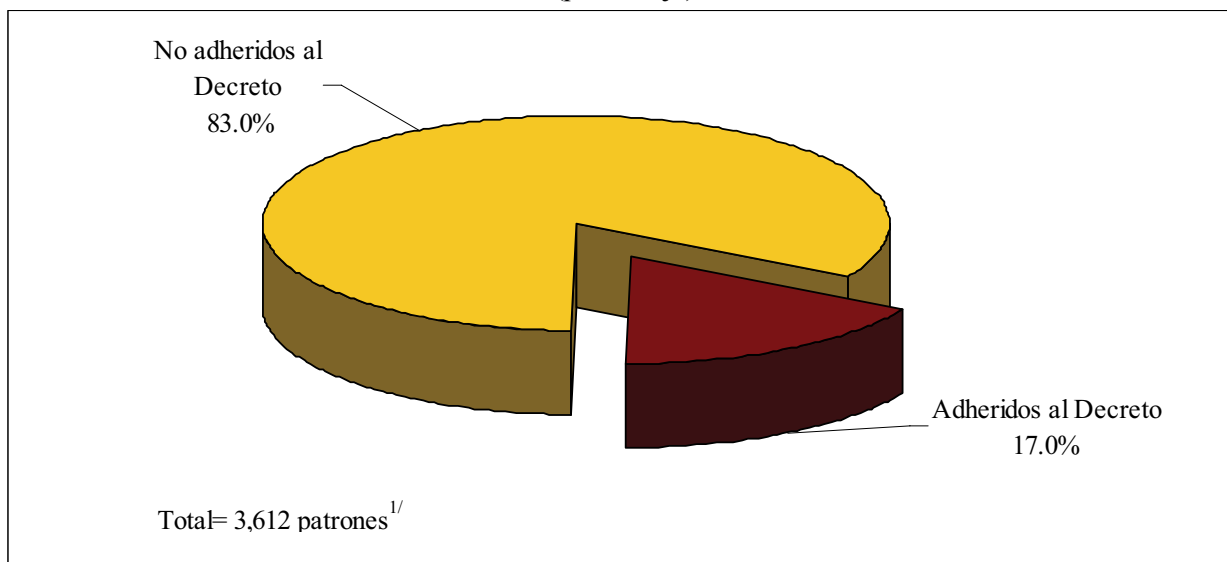
Gráfica VIII.6.
Trabajadores Eventuales del Campo, 2005-2008
(miles de personas)



Fuente: IMSS.

Como se presenta en la gráfica VIII.7, al mes de diciembre de 2008 el número de patrones registrados en el Instituto con base en las reglas de operación del Decreto fue de 614, lo que representó 17 por ciento de los 3,612 patrones de trabajadores eventuales del campo registrados en el Instituto¹⁰⁹. Las Delegaciones que reportaron patrones adheridos fueron: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora y Tabasco. De los 15 estados en los que se registraron convenios, cuatro (Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora) concentraron 93.8 por ciento de los trabajadores y 82.6 por ciento de los patrones.

Gráfica VIII.7.
Patrones de Trabajadores Eventuales del Campo Adheridos al Decreto por el que
se Otorgan Beneficios Fiscales a los Patrones y Trabajadores Eventuales del Campo,
Diciembre 2008
 (porcentaje)



^{1/} Considera a los patrones cuya plantilla laboral incluye únicamente a trabajadores eventuales del campo.
 Fuente: IMSS.

Respecto de las acciones de difusión y promoción de este esquema realizadas por las Delegaciones del IMSS, destaca la contratación de 170 promotores para promover la afiliación de los trabajadores eventuales y la realización de visitas a 8,662 patrones del campo, con el objeto de promover la inscripción de los trabajadores eventuales, orientarlos en el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social y otorgar capacitación en el manejo de los sistemas

¹⁰⁹ Considera a los patrones cuya plantilla laboral incluye únicamente a trabajadores eventuales del campo.

para la presentación de los movimientos afiliatorios. De esta manera, durante 2008 se brindó asesoría y capacitación a 14,669 patrones del campo a nivel nacional.

Con relación al sector cañero, al 31 de diciembre de 2008 había un total de 94,710 productores de caña de azúcar y 28,002 trabajadores eventuales del campo cañero registrados en el Instituto, los cuales se encontraban distribuidos en 16 Delegaciones. Las Delegaciones de Veracruz Sur, Jalisco y Veracruz Norte concentraron más de 50 por ciento de los productores y trabajadores del sector.

El 15 de julio de 2008 el IMSS y las uniones y asociaciones nacionales y locales de productores de caña de azúcar suscribieron los Convenios de Aseguramiento y Pago de las Cuotas de los Productores de Caña de Azúcar para el ciclo de aseguramiento 2008-2009, con vigencia del 1º de julio de 2008 al 30 de junio de 2009. A través de estos convenios, los productores de caña de azúcar se beneficiaron con 216.5 millones de pesos, ministrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al Instituto en el mes de diciembre de 2008, para apoyar el aseguramiento de los productores de caña de azúcar para el ciclo mencionado. Estos recursos fueron autorizados en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2008.

Asimismo, con el fin de apoyar la prestación de servicios médicos a los productores de caña de azúcar y los trabajadores eventuales del campo a su servicio, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público entregó al IMSS, el 31 de diciembre de 2008, recursos fiscales por la cantidad de 78.2 millones de pesos, de los cuales 36.2 millones de pesos se destinaron al aseguramiento de los productores de caña de azúcar del ciclo 2008-2009 y 42.0 millones de pesos para el aseguramiento de los trabajadores eventuales del campo al servicio de los productores de caña de azúcar por el ejercicio fiscal de 2008 y anteriores.

VIII.2.5. Reglamento de la industria de la construcción

Con el objetivo de continuar brindando los beneficios de la seguridad social a los trabajadores de la industria de la construcción, el Instituto intensificó sus esfuerzos en la búsqueda de mecanismos que garanticen la afiliación de todos los trabajadores de esta industria, permitiéndoles el goce de los servicios médicos y las prestaciones que otorga la Ley del Seguro Social.

Resultado del esfuerzo conjunto del Instituto y del sector patronal, el 4 de marzo de 2008 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado, que entró en vigor el 26 de agosto del mismo año. En él se establecen con claridad las obligaciones a cargo de los patrones de informar al Instituto respecto a cada una de las obras de construcción que se ejecuten, sobresaliendo la relación de trabajadores que intervienen en cada una de ellas.

Para facilitar el cumplimiento patronal, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo por el que se dan a conocer los formatos a utilizar para el registro de obra, subcontratación, relación de trabajadores e incidencias previstas en el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado. Estos formatos permiten al patrón cumplir con las disposiciones del Decreto, informando de manera general y simplificada al Instituto. Asimismo, se desarrolló el Sistema de Afiliación de Trabajadores de la Industria de la Construcción (SATIC), el cual es una herramienta informática que permite a los patrones ingresar la información solicitada a través de Internet, mediante firma electrónica provista por el IMSS. Al realizar cada trámite en el Sistema, se emite un acuse de recibo que sirve al patrón de comprobante de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado. Lo anterior transparenta el proceso de registro de las obras y da mayor certidumbre al patrón en el cumplimiento de sus obligaciones.

La información proporcionada por los patrones de la construcción también permite mejorar el proceso de revisión del cumplimiento de las obligaciones con el IMSS, ya que el personal del Instituto cuenta con mayores elementos al considerar la información contenida en el SATIC, evitando con ello actos de molestia a patrones cumplidos y mejorando la imagen institucional como autoridad fiscal.

Al mes de marzo de 2009 se habían presentado 78,971 avisos en el SATIC, de los cuales 36,069 correspondieron a avisos de registro de obra, 4,909 a avisos de registro de obra subcontratada y 37,993 al resto de los avisos presentados por los patrones.

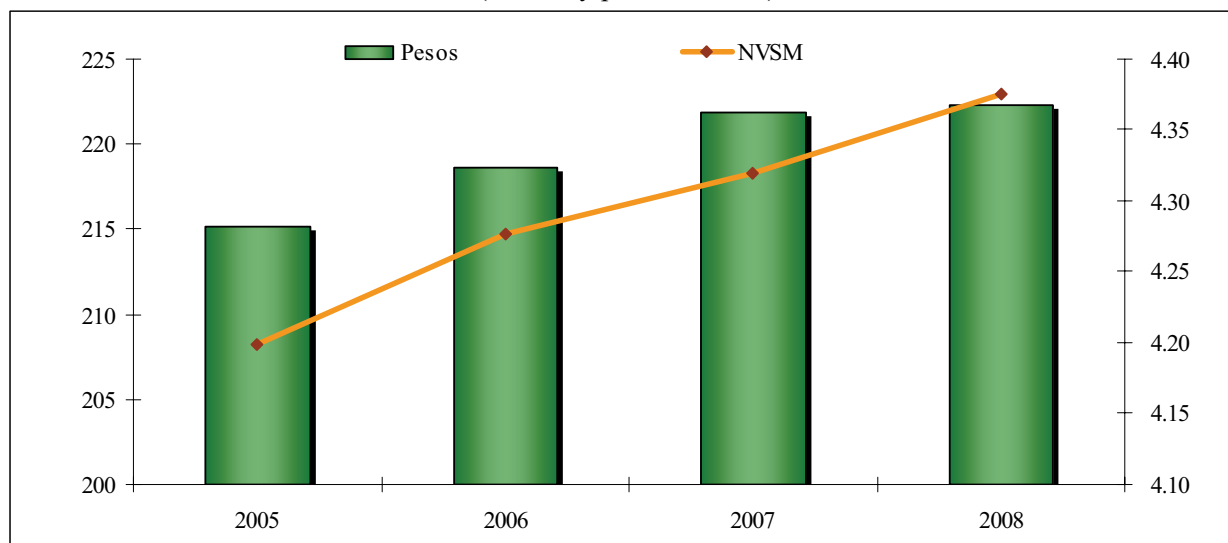
VIII.3. Salario Base de Cotización y Mejora en los Términos de Cotización

El Instituto ha continuado con sus esfuerzos para lograr que los patrones y sujetos obligados registren íntegramente el Salario Base de Cotización (SBC) que pagan a sus trabajadores. El adecuado registro del SBC es fundamental, por ejemplo, para determinar las prestaciones en dinero que se cubren dentro de los distintos ramos de aseguramiento.

VIII.3.1. El salario base de cotización

Como se observa en la gráfica VIII.8, el SBC creció en promedio en 3.3 por ciento en términos reales durante los últimos cuatro años. En 2008 se ubicó en 222.28 pesos diarios, lo que significó un incremento nominal de 5.3 por ciento respecto al nivel alcanzado en 2007. En términos reales el aumento fue de 0.2 por ciento. Por su parte, el SBC en número de veces el salario mínimo (NVSM), se incrementó en 1.3 por ciento, al pasar de 4.32 a 4.37 veces el salario mínimo general promedio.

Gráfica VIII.8.
Salario Base de Cotización, 2008
(NVSM y pesos de 2008)

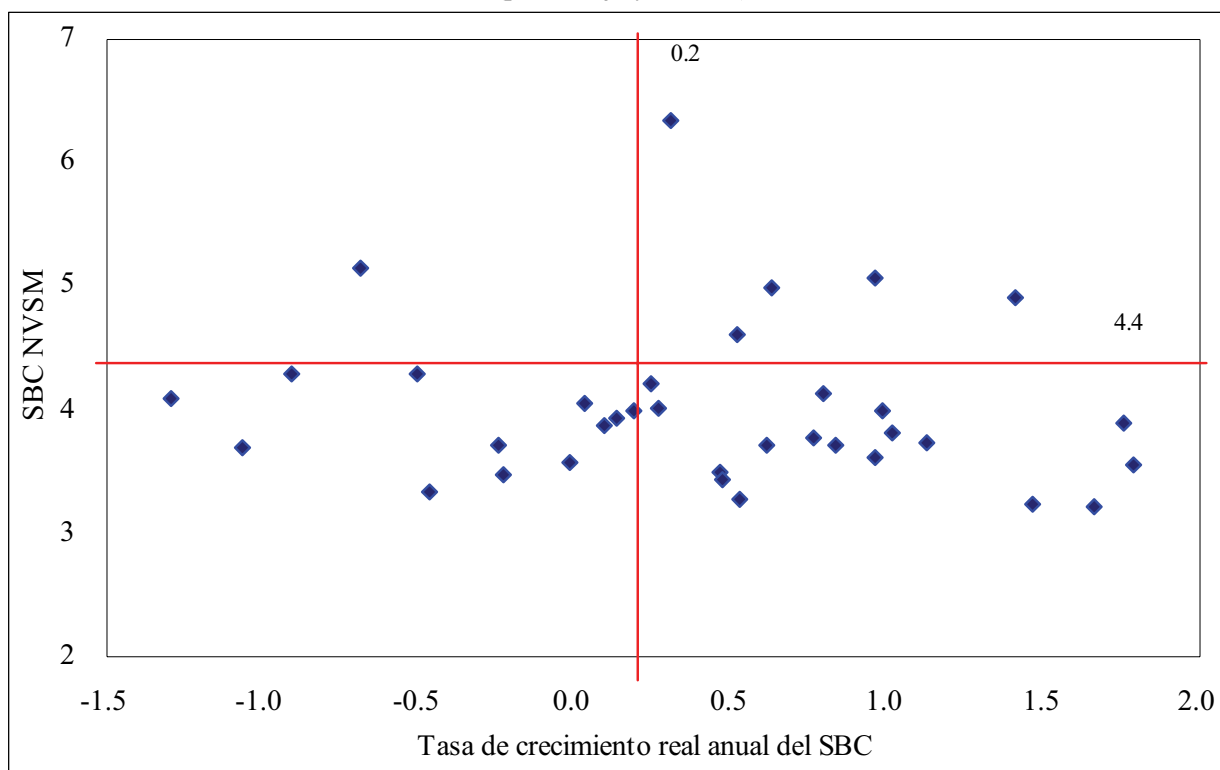


Fuente: IMSS.

En la gráfica VIII.9 se presenta la relación entre la tasa de crecimiento promedio anual del SBC y el SBC en NVSM por Delegación para 2008. Sólo cinco Delegaciones (Campeche, Nuevo León, Querétaro, México Poniente y DF Norte) registraron un crecimiento del SBC en pesos mayor al promedio nacional, al mismo tiempo que su SBC en NVSM fue superior a la media nacional (4.37). Por su parte, las Delegaciones de Aguascalientes, Baja California, Baja

California Sur, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa y Veracruz Sur presentaron tasas de crecimiento anual menores al promedio nacional del SBC y del SBC en número de veces el salario mínimo.

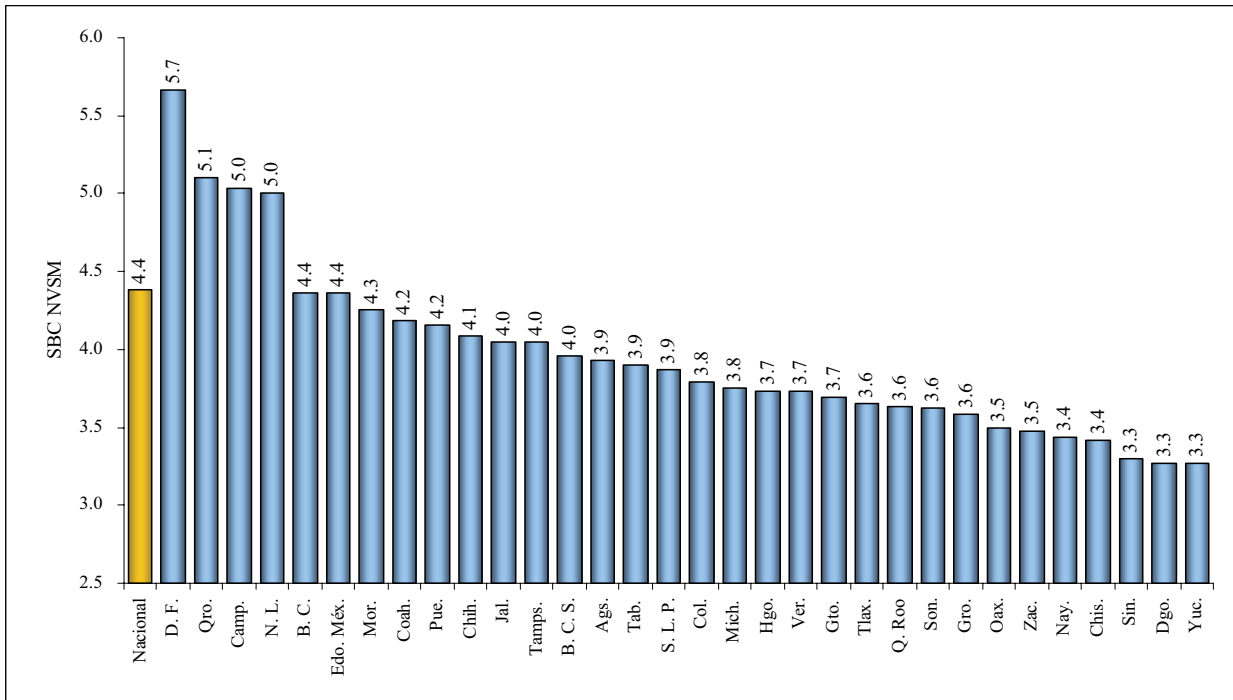
Gráfica VIII.9.
Relación entre la Tasa de Crecimiento Promedio Anual del SBC y el SBC NVSM por Delegación
(porcentaje y NVSM)



Fuente: IMSS

La comparación por entidad federativa del Salario Base de Cotización en número de veces el salario mínimo se presenta en la gráfica VIII.10. Destacan el Distrito Federal, Querétaro, Campeche y Nuevo León como las entidades con el mayor SBC en número de veces el salario mínimo, situándose por encima del promedio nacional, en tanto que Nayarit, Chiapas, Sinaloa, Durango y Yucatán presentaron los Salarios Base de Cotización más bajos durante 2008.

Gráfica VIII.10.
SBC en NVSM por Entidad Federativa, 2008
(cifras del mes de diciembre)



Fuente: IMSS

Al analizar la estructura de los cotizantes del Instituto por el tamaño del registro patronal y el SBC en número de veces el salario mínimo, se observa que de los 14'115,670 cotizantes registrados al cierre del año, 2.7 por ciento percibieron un SBC de hasta una vez el salario mínimo y 66.5 por ciento se encontraba en el rango de 2 a 4 veces el salario mínimo. En contraste, 10.2 por ciento de los cotizantes se encontraban registrados con un SBC equivalente a 10 o más veces el salario mínimo. Como se presenta en el cuadro VIII.10, de los 381,717 cotizantes que ganaban un SBC de una vez el salario mínimo, 26.2 por ciento laboraba en empresas de uno a cinco cotizantes, en tanto que en las empresas con más de 250 trabajadores, solamente 1.8 por ciento de sus trabajadores cotizaba con el salario mínimo permitido por la Ley.

Al considerar el tamaño de empresa, se puede observar que en diciembre de 2008, 8.9 por ciento de los cotizantes del IMSS laboraba en registros patronales de uno a cinco cotizantes, en tanto que 41 por ciento lo hacía en empresas de más de 250 cotizantes.

Cuadro VIII.10.
Número de Cotizantes por Nivel de Cotización y Tamaño de Registro Patronal, 2008
(cifras del mes de diciembre)^{1/}

SBC en NVSM	Número de Cotizantes por Tamaño de Registro Patronal								Total	Estructura Porcentual
	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 25	26 - 50	51 - 100	101 - 250	> 250		
1	100,019	38,020	19,075	21,725	25,352	27,982	46,771	102,773	381,717	2.70
2	718,195	408,763	258,623	328,916	446,344	441,825	575,610	1,194,665	4,372,941	30.98
3	252,609	189,875	139,704	199,390	303,256	334,323	485,400	1,277,034	3,181,591	22.54
4	88,321	80,413	63,959	96,925	162,406	197,567	305,623	837,661	1,832,875	12.98
5	38,841	38,996	32,810	51,696	90,499	113,378	180,318	513,432	1,059,970	7.51
6	18,433	20,997	18,324	30,479	57,600	75,186	125,249	363,101	709,369	5.03
7	10,903	12,933	11,653	19,940	39,626	52,274	92,620	270,158	510,107	3.61
8	6,159	7,609	7,020	12,866	24,950	36,065	63,302	197,783	355,754	2.52
9	4,067	5,396	5,325	9,847	18,317	26,846	48,927	158,128	276,853	1.96
10	3,069	3,887	3,823	6,893	13,623	20,014	37,075	120,125	208,509	1.48
11-15	7,328	9,906	9,829	18,442	36,101	54,386	100,699	356,582	593,273	4.20
16-20	2,760	3,602	3,776	7,241	14,466	21,257	41,034	169,956	264,092	1.87
21-25	5,156	5,592	5,603	10,529	21,154	30,743	61,351	228,491	368,619	2.61
Total	1,255,860	825,989	579,524	814,889	1,253,694	1,431,846	2,163,979	5,789,889	14,115,670	100.00
Estructura Porcentual	8.90	5.85	4.11	5.77	8.88	10.14	15.33	41.02	100.00	

^{1/} Excluye cotizantes que laboran para el IMSS.

Fuente: IMSS.

El cuadro VIII.11 muestra los niveles de cotización por sector de actividad económica para los meses de diciembre de los años 2007 y 2008. En 2008, el sector donde se registró el Salario Base de Cotización más alto fue el de la industria eléctrica y el agua, mientras que el menor se observó en el sector agropecuario.

Los sectores que presentaron los mayores incrementos reales del SBC en 2008 respecto a 2007 fueron las industrias extractivas (6.9 por ciento), la industria de la transformación (2 por ciento) y el sector agropecuario (0.9 por ciento) y, en menor proporción, el sector comercio y la industria de la construcción con 0.8 y 0.7 por ciento, respectivamente. Los sectores de electricidad y agua, transportes y comunicaciones, y servicios, sufrieron una caída en el nivel de su Salario Base de Cotización.

Cuadro VIII.11.
SBC y Variación por División de Actividad Económica, 2007-2008
(pesos de 2008 y veces el SMGP^{1/}; cifras de diciembre)

División de Actividad	2007		2008		Variación	
	SBC	SBC en	SBC	SBC en		
	(pesos)	NVSMGP	(pesos)	NVSMGP	(3)/(1)	(4)/(2)
	(1)	(2)	(3)	(4)		
Agropecuaria	126.24	2.46	127.37	2.51	0.9	2.0
Extractiva	292.30	5.69	312.54	6.15	6.9	8.1
Transformación	230.87	4.49	235.39	4.63	2.0	3.0
Construcción	170.05	3.31	171.31	3.37	0.7	1.8
Eléctrica y Agua	500.49	9.74	499.40	9.82	-0.2	0.9
Comercio	192.02	3.74	193.50	3.81	0.8	1.9
Transporte y Comunicaciones	287.12	5.59	286.92	5.64	-0.1	1.0
Servicios	231.40	4.50	229.08	4.51	-1.0	0.1
Total	221.72	4.31	222.84	4.38	0.5	1.6

^{1/} Salario Mínimo General Promedio.

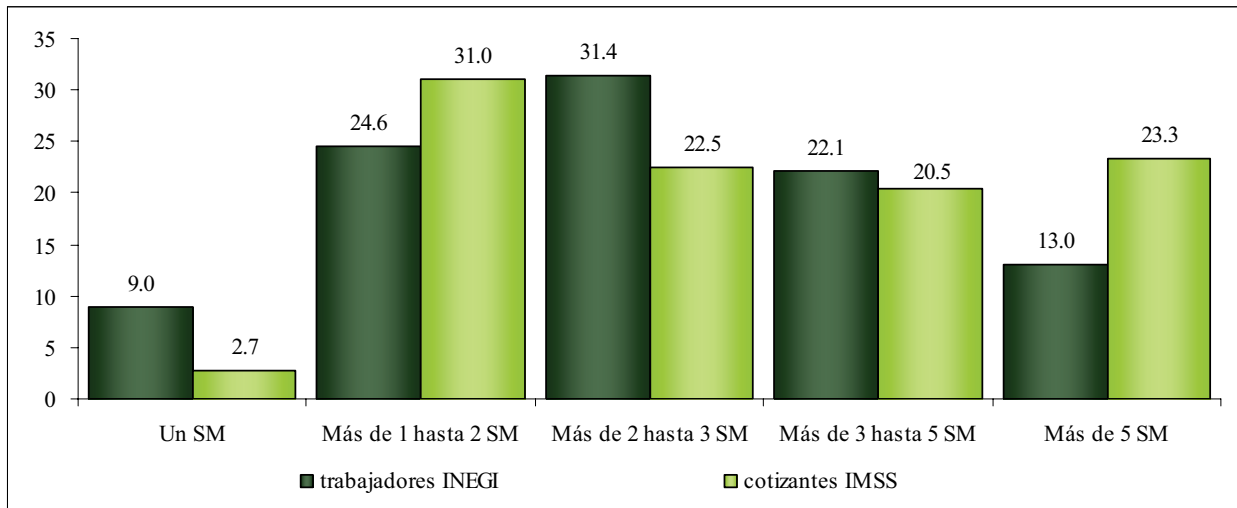
Fuente: IMSS.

VIII.3.2. Desplazamiento de cotizantes hacia rangos superiores de cotización

El IMSS ha continuado trabajando para incrementar los niveles de cotización de los trabajadores registrados. Como se aprecia en la gráfica VIII.11, al cierre del año 2008 la proporción de cotizantes registrados con un salario mínimo fue de 2.7 por ciento, lo que representó una reducción de 0.25 puntos porcentuales respecto al nivel observado en 2007. La mayor concentración de cotizantes se situó en niveles de más de uno y hasta dos salarios mínimos.

Cabe destacar que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), la mayor proporción de trabajadores subordinados y remunerados se ubicó en niveles de más de dos y hasta tres salarios mínimos.

Gráfica VIII.11.
Cotizantes por Rango Salarial, IMSS vs. INEGI^{1/}, 2008
 (porcentaje respecto al total de cotizantes/trabajadores; cifras al IV trimestre)

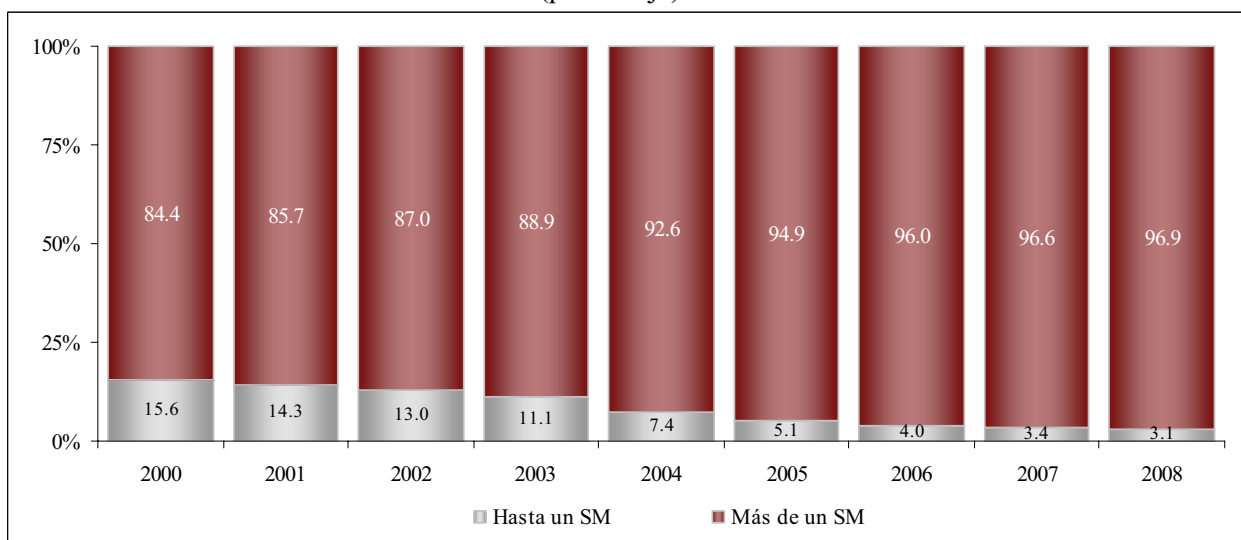


^{1/} Trabajadores subordinados y remunerados.

Fuente: IMSS e INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE).

Como se muestra en la gráfica VIII.12, desde el año 2000 se observó una disminución en el número de cotizantes registrados con un SBC de hasta una vez el salario mínimo. Estos pasaron de representar 15.6 por ciento del total de cotizantes en el año 2000 a 3.1 por ciento en el año 2008. Con ello, una proporción cada vez mayor de cotizantes migra a niveles salariales superiores a un salario mínimo.

Gráfica VIII.12.
Cotizantes con SBC de hasta una vez el Salario Mínimo, 2000-2008
 (porcentaje)



Fuente: IMSS.

VIII.4. Incentivos al Cumplimiento Voluntario

Uno de los objetivos prioritarios del IMSS es simplificar sus trámites y mejorar la atención a los patrones y derechohabientes, con el objetivo de promover el cumplimiento voluntario de las obligaciones obrero-patronales. Por ello, durante 2008 el Instituto continuó impulsando el uso de nuevas tecnologías y herramientas informáticas, como el Sistema IMSS Desde Su Empresa (IDSE) y la firma digital, que permiten cumplir de manera ágil y a bajo costo con las obligaciones obrero-patronales, fortaleció sus mecanismos de atención a patrones y derechohabientes, y llevó a cabo campañas de difusión sobre los beneficios de la seguridad social y las obligaciones y derechos de patrones y trabajadores.

VIII.4.1. IMSS Desde Su Empresa

El sistema IDSE permite a los patrones realizar diversos trámites ante el Instituto, como registrar movimientos afiliatorios, descargar y consultar la Emisión Mensual Anticipada (EMA) y transmitir la determinación de la prima de riesgos de trabajo a través de Internet, sin necesidad de acudir a una Subdelegación del IMSS, lo que facilita el cumplimiento de sus obligaciones con el Instituto.

Como se aprecia en el cuadro VIII.12, al 31 de diciembre de 2008, 580,097 patrones contaban con acceso al IDSE, es decir, 69.7 por ciento del total de los patrones registrados en el IMSS a esa fecha.

Si se analizan los registros patronales con acceso al IDSE por su tamaño –medido por el número de cotizantes–, se observa que a mayor tamaño del registro patronal se registra un mayor nivel de accesibilidad al IDSE. Así, mientras que 100 por ciento de los patrones con más de 50 cotizantes contaba con acceso a esta herramienta, 62.6 por ciento de los patrones con 1 a 10 cotizantes contaba con acceso al IDSE.

Cuadro VIII.12.
Patrones con Acceso al IDSE por Tamaño de Registro Patronal, 2008
(cifras al 31 de diciembre)

	Número de Trabajadores				Total
	1- 10	11 - 25	26-50	más de 50	
En IDSE	417,732	84,621	35,174	42,570	580,097
Total	667,778	86,398	35,448	42,571	832,195
% del Total	62.6	97.9	99.2	100.0	69.7

Fuente: IMSS.

VIII.4.2. Movimientos afiliatorios

Como resultado de los esfuerzos institucionales de promoción y difusión del uso de las nuevas tecnologías para la realización de trámites ante el Instituto, se registró un aumento significativo en el volumen de transacciones electrónicas que recibe el IMSS por parte de los sujetos obligados, como se muestra en el cuadro VIII.13. Al cierre de 2008, 95 por ciento del total de los movimientos afiliatorios –es decir, 85.6 millones de movimientos– fueron recibidos vía IDSE, lo que representa un incremento de 0.64 puntos porcentuales respecto a lo observado al cierre del año 2007. Lo anterior se ha reflejado en una disminución de los movimientos afiliatorios presentados a través de dispositivo magnético y papel, que se redujeron en 0.59 y 0.05 puntos porcentuales, respectivamente, con relación a las cifras observadas en 2007.

Cuadro VIII.13.
Movimientos Afiliatorios Recibidos por Tipo de Medio, 2007-2008
(datos acumulados a diciembre de cada año)

Año	2007		2008		Variación
Concepto	Volumen	Participación	Volumen	Participación	2008-2007
IDSE	81,714,005	94.39	85,608,259	95.04	0.64
Dispositivo Magnético	4,062,197	4.69	3,695,210	4.10	-0.59
Papel (Formatos)	792,947	0.92	776,409	0.86	-0.05
Total	86,569,149	100.00	90,079,878	100.00	

Fuente: IMSS.

El incremento en el uso de las nuevas tecnologías y las herramientas informáticas como IDSE ha generado importantes beneficios tanto para el Instituto como para los sujetos obligados, entre los que destacan la reducción en los costos administrativos, la reducción en la posibilidad de incurrir en conductas irregulares y la disminución del tiempo requerido para llevar a cabo las labores de captura de la información. Con ello, se promueve la transparencia en la relación entre los patrones y el Instituto, y se mejora la calidad y eficiencia del servicio que se presta a los sujetos obligados.

VIII.4.3. Entrega de la EMA en diversos medios

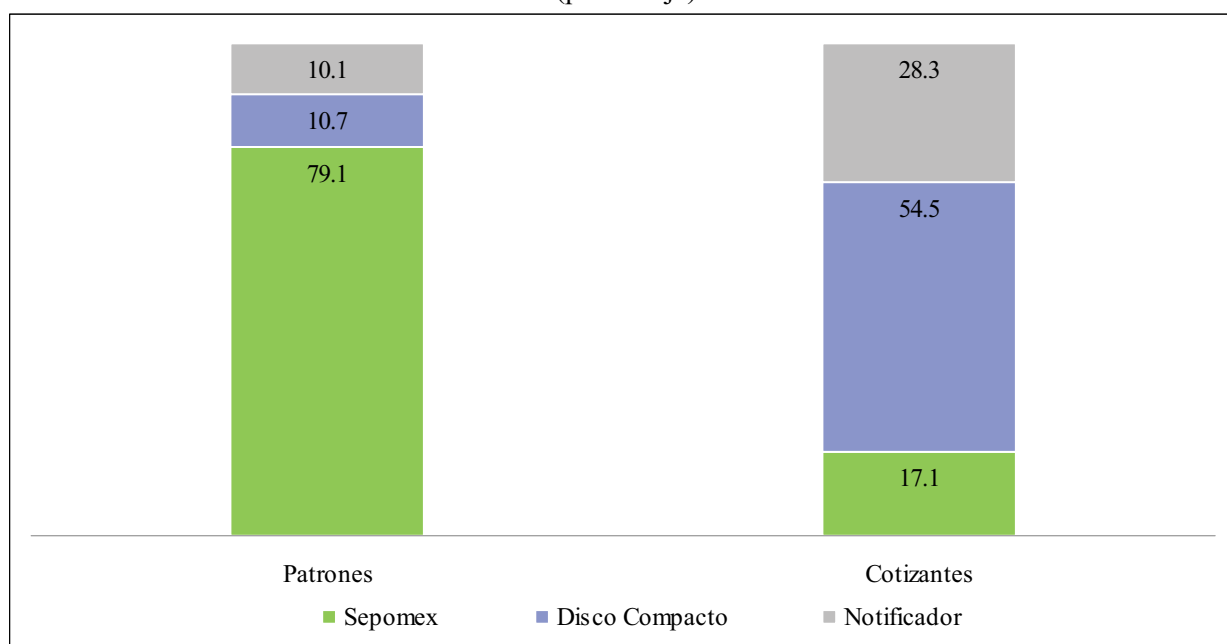
Con el fin de hacer eficiente el proceso de entrega de la EMA, se continuó con la mejora del Sistema IDSE. Los avances en dicho Sistema permitieron reducir el tiempo de entrega de la Emisión Mensual Anticipada y el costo asociado a su entrega, tanto para el Instituto como para

los patrones. Durante el transcurso del 2008, 26,450 patrones, que representaron 3.2 por ciento del total, descargaron la EMA vía Internet.

La mayor proporción de los patrones, 79.1 por ciento, continuaron recibiendo la EMA a través de correo certificado del Servicio Postal Mexicano, mientras que 10.7 por ciento la recibió en disco compacto y a 10.1 por ciento se le hizo llegar por notificador, como se observa en la gráfica VIII.13.

En lo que respecta a los cotizantes relacionados con esa EMA, la mayor proporción la recibieron los patrones en disco compacto, seguida de notificador y por último por el Servicio Postal.

Gráfica VIII.13.
Distribución de la EMA por Medio de Notificación, 2008
(porcentaje)



Fuente: IMSS.

VIII.4.4. Pago electrónico

Con el fin de facilitar el cumplimiento de las obligaciones fiscales de los patrones ante el Instituto, en los últimos años se han generado nuevos mecanismos para el entero de las cuotas obrero-patronales. De esta forma, desde el año 2002 se pusieron en funcionamiento el cargo automático a cuenta de cheques y el pago a través de portal bancario.

El cargo automático en cuenta de cheques está orientado hacia aquellos patrones que tienen hasta cuatro trabajadores y que no realizan ajustes a la EMA. Con la previa formalización

por escrito por parte del patrón, la entidad receptora (banco) efectúa el cargo de las cuotas en forma automática a la cuenta de cheques proporcionada por el patrón. En los últimos años el número de patrones que realizan los pagos a través de este medio se ha reducido, al igual que el número de cotizantes por los que se efectúan dichos pagos, debido principalmente a la mayor automatización que brindan otros medios, como el portal bancario. En 2008, 1,255 patrones utilizaron el cargo automático a cuenta de cheques para realizar los pagos de las cuotas por 2,243 cotizantes en promedio, cifras que representaron decrementos de 60.8 por ciento y 60.2 por ciento, respectivamente, con relación a lo registrado en el año previo.

A través del pago por portal bancario, los patrones que cuentan con el servicio de banca empresarial o aquellos que acceden al portal de Internet de la Entidad Receptora autorizada, pueden realizar su pago en línea, mediante la generación de su archivo de pago por medio del SUA y su transmisión a la Entidad Receptora. El pago en portal bancario permitió que en 2008, un promedio de 109,259 patrones realizaran el pago de las cuotas correspondientes a 6'816,925 cotizantes, lo que significó incrementos de 18.3 por ciento y 18 por ciento en el número de patrones y cotizantes, respectivamente, con relación a lo registrado en 2007.

Como se observa en el cuadro VIII.14, durante 2008 los pagos por estos medios concentraron 39.7 por ciento de la recaudación por cuotas obrero-patronales en efectivo.

Cuadro VIII.14.
Pago en Portal Bancario y con Cargo Automático a Cuenta de Cheques, 2008^{1/}

Concepto	Cheques	Portal	Total
	(1)	(2)	(1) + (2)
Patrones	1,255	109,259	110,514
Cotizantes (miles)	2	6,817	6,819
Importe (millones de pesos) ^{-1/}	12.7	57,268.7	57,281.4
Porcentaje de COPs en efectivo	0.0	39.6	39.7

^{1/} No incluye pagos por los ramos del Seguro de RCV.

Fuente: IMSS.

VIII.4.5. Mejora Regulatoria

A través de la Mejora Regulatoria se han establecido un conjunto de estrategias con la finalidad de crear y mantener un marco de actuación del Instituto transparente y eficiente, que permita

reducir la carga administrativa asociada al cumplimiento de las obligaciones obrero-patronales, en beneficio de los patrones y los derechohabientes.

Durante 2008, las acciones más importantes en esta materia fueron las siguientes:

- Se inscribieron tres trámites en el Registro Federal de Trámites y Servicios;
- Se actualizaron cuatro trámites en el Registro Federal de Trámites y Servicios;
- Se coordinó la elaboración de la Manifestación de Impacto Regulatorio (MIR) y las gestiones para su exención —en su caso— en diversas disposiciones, en virtud de que la Ley Federal de Procedimiento Administrativo requiere que los anteproyectos de disposiciones jurídicas de carácter general elaborados por la Administración Pública Federal sean remitidos a la Comisión Federal de Mejora Regulatoria para su revisión y dictamen.
- Se iniciaron los trabajos del Sistema de Desregulación dentro del Programa Especial de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal 2008-2012, cumpliéndose con las acciones previstas en el programa de trabajo.

VIII.4.6. Módulos de Recepción y Atención Integral (MORAI)

El MORAI es un sistema de gestión y administración que inició su implantación en el año 2006, con el objetivo de mejorar la atención de los usuarios y sujetos obligados que se presentan a realizar trámites y/o servicios en las Subdelegaciones del Instituto, mediante el establecimiento de un módulo que permite:

- Ordenar la atención de los usuarios y sujetos obligados, y reducir sus tiempos de espera.
- Filtrar las solicitudes de atención sin tener que acudir a ventanilla.
- Registrar tiempos de atención del trámite y tiempos de espera del mismo.
- Obtener indicadores para la toma de decisiones.

Al cierre de 2008, el MORAI operaba en 117 de las 133 Subdelegaciones, encontrándose en proceso de implantación en las restantes 16 Subdelegaciones. Durante ese año se atendieron 6.3 millones de usuarios, lo que representó un promedio de atención de 26,300 usuarios por día.

VIII.4.7. Sistema de Reporte Informativo de Semanas Cotizadas

En enero de 2009 inició su operación el Sistema de Reporte Informativo de Semanas Cotizadas, con el objetivo de ofrecer a los trabajadores que coticen o hayan cotizado en el IMSS información inmediata en línea sobre:

- El número de semanas cotizadas por año, a partir de 1982 para los trabajadores asegurados permanentes, de 1986 para los trabajadores eventuales de la construcción, y de 1997 para los demás trabajadores eventuales.
- Antecedentes de cotización de los cinco patrones más recientes: nombre o razón social del patrón, fecha de alta y baja, el salario base de cotización a la fecha de baja con cada patrón, y en su caso, el vigente.

El Sistema facilitará al trabajador obtener la información de sus semanas cotizadas y reducirá la carga de trabajo en las oficinas del Instituto. Al 27 de marzo de 2009 se habían registrado 205,239 trabajadores, quienes realizaron en total 276,287 consultas al sistema.

VIII.4.8. Centro de Contacto IMSS (CCIMSS)

A partir del 9 de febrero de 2007 se puso en marcha el Centro de Contacto IMSS (CCIMSS), el cual tiene como objetivo contar con un punto de contacto con múltiples canales de comunicación para la atención ciudadana, para brindar atención, orientación, información y gestión en los servicios dirigidos a patrones, sujetos obligados, derechohabientes, jubilados y otros usuarios.

Durante 2008 se atendieron más de 5 millones de solicitudes de información de derechohabientes y contribuyentes sobre trámites y servicios de la Dirección de Incorporación y Recaudación, a través de los siguientes medios proporcionados por el Centro de Contacto IMSS:

- Lada sin costo.
- Correo electrónico en el módulo de contacto de la página www.imss.gob.mx.
- Asesoría en línea (chat).

Con ello, las solicitudes de información atendidas a través del CCIMSS se incrementaron en 38 por ciento respecto a 2007.

VIII.5. Mayor Eficiencia en la Cobranza

Las tareas llevadas a cabo en materia de cobranza se enfocaron en buscar mecanismos de cobro más eficientes, a través de la revisión del marco jurídico y del sustento legal de las acciones de cobranza, el desarrollo de un mayor nivel de automatización de los procesos y una mejor identificación de los créditos, y depuración de la cartera en mora.

Para dar mayor sustento jurídico a los derechos de cobro del Instituto, ampliar la certidumbre de los patrones respecto de los actos emitidos por el IMSS y reducir la interposición de recursos de inconformidad y juicios sobre la procedencia legal de las multas por no pago, y de los créditos fiscales por omisión total de la obligación patronal de autodeterminarse, en febrero de 2009 entró en operación el Procedimiento de Emisión de Créditos por Omisión (ECO). Este nuevo procedimiento incluyó la modificación del formato de la Emisión Mensual Anticipada, la suspensión de la emisión de multas manuales e integró en un sólo documento las cédulas de liquidación de las cuotas por omisión en el pago y su multa.

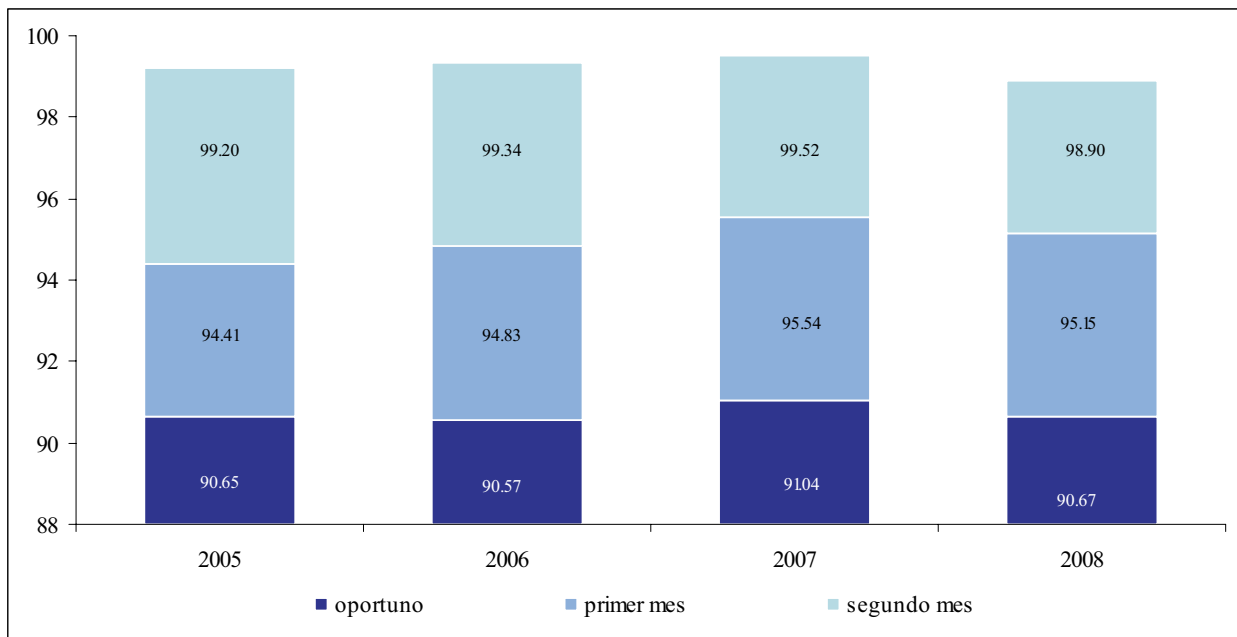
Asimismo, se continuó instrumentando el programa de convenios de pago y se incentivó el pago de patrones que desean cumplir con sus obligaciones, con la prerrogativa de reestructurar las condiciones para saldar sus créditos.

El rezago provocado por los cambios en los procedimientos, así como el entorno recesivo que enfrenta el país, provocaron que los índices de pago se redujeran ligeramente en relación con el año anterior y que la mora se incrementara respecto a los niveles observados en 2007.

VIII.5.1. Índices de recuperación de la emisión

Como se aprecia en la gráfica VIII.14, el porcentaje de pago oportuno a nivel nacional en 2008 se situó en 90.67 por ciento, lo que significó un decremento de 0.41 por ciento respecto a 2007. El índice de pago al segundo mes, por su parte, experimentó una disminución de 0.63 por ciento con respecto al año anterior, al ubicarse en 98.9 por ciento en promedio, durante 2008. Con esta reducción, los índices de pago oportuno, al primer mes y al segundo mes se ubicaron por debajo de los niveles registrados en 2007.

Gráfica VIII.14.
Evolución de los Índices de Pago, 2005-2008
 (porcentaje promedio anual)

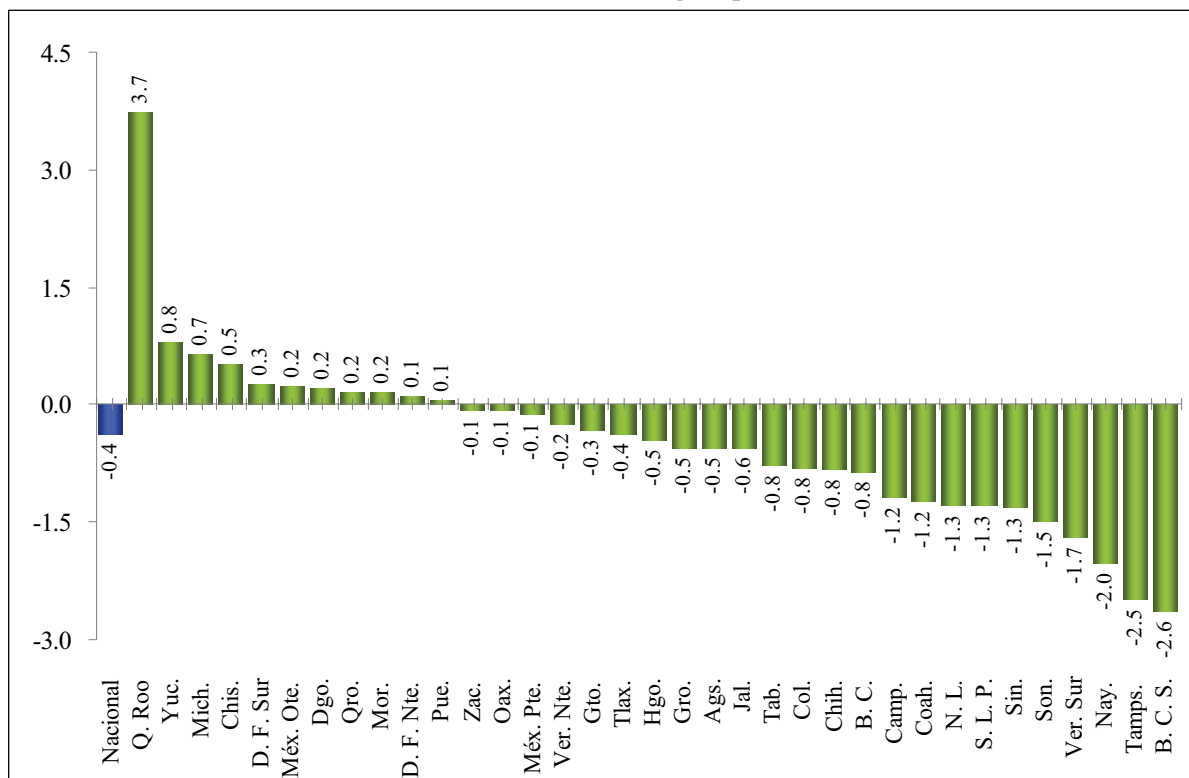


Fuente: IMSS.

En 17 Delegaciones se observó un índice de pago al segundo mes igual o mayor al promedio nacional, mientras que en 15 de ellas el índice de pago oportuno fue igual o mayor al promedio nacional.

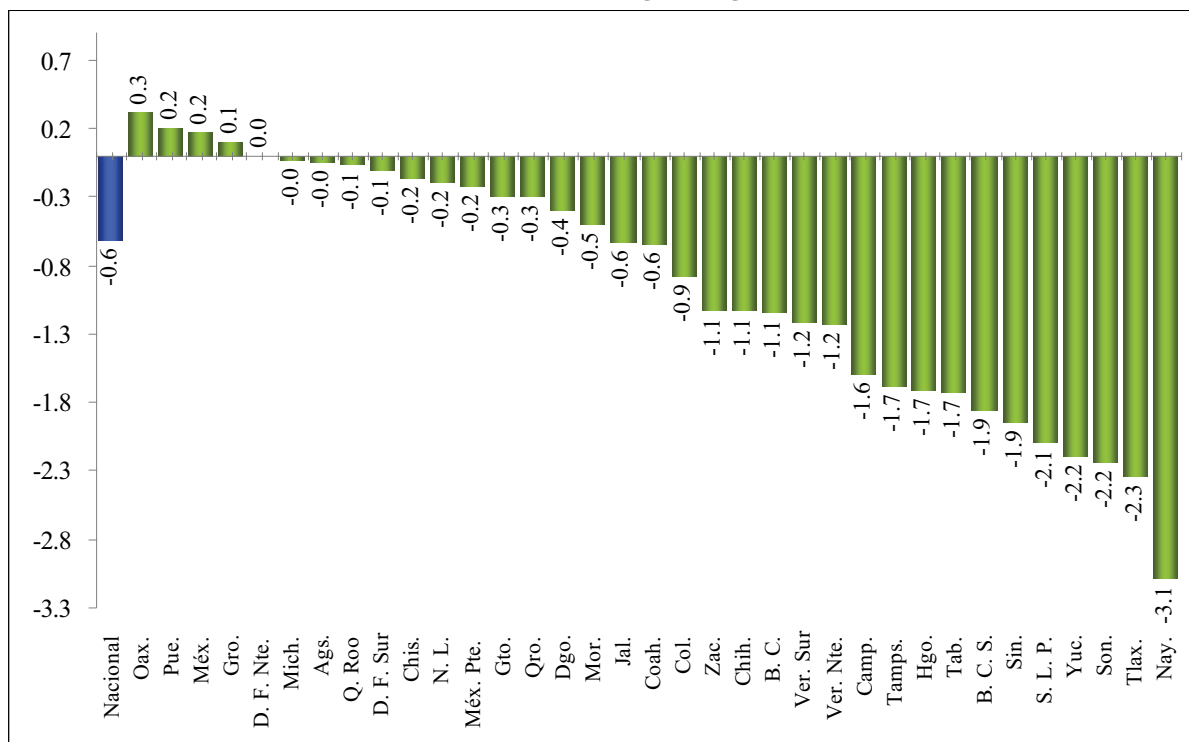
En las gráficas VIII.15 y VIII.16 se aprecia la variación anual en el índice de pago oportuno y en el índice de pago al segundo mes para cada Delegación. Las Delegaciones que presentaron un mayor descenso en ambos índices de pago fueron Tamaulipas, Baja California Sur, Sinaloa, San Luis Potosí, Sonora y Nayarit; en contraste, las Delegaciones que lograron un incremento en dichos índices fueron Puebla, México Oriente y Distrito Federal Norte.

Gráfica VIII.15.
Variación Anual en el Índice de Pago Oportuno, 2007-2008



Fuente: IMSS.

Gráfica VIII.16.
Variación Anual en el Índice de Pago a Segundo Mes, 2007-2008



Fuente: IMSS.

VIII.5.2. Convenios de pago en parcialidades

Durante 2008 se continuó con el proceso de depuración de los créditos en mora por lo que, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 40 C y 40 D de la Ley del Seguro Social, se continuaron suscribiendo convenios de pago en plazos diferidos con aquellos patrones que enfrentan problemas financieros pero que tienen la voluntad de regularizarse.

En el transcurso de 2008 se formalizaron 1,296 convenios de pago en parcialidades por un monto de 263.6 millones de pesos, de los cuales 185.2 millones de pesos correspondieron a cuotas obrero-patronales, 16.7 millones a actualizaciones y 61.7 millones de pesos a recargos. El monto total fue mayor en 39 por ciento, en términos reales, al observado en 2007. Como se observa en el cuadro VIII.15, el valor convenido representó 1.8 por ciento de la mora total.

Cuadro VIII.15.
Créditos en Convenio Como Porcentaje de la Mora, 2006-2008
(millones de pesos de 2008)

Año	Mora	Monto en Convenio	Porcentaje del Total
2006	14,700.81	222.20	1.5
2007	14,152.64	189.57	1.3
2008	14,569.26	263.59	1.8

Fuente: IMSS.

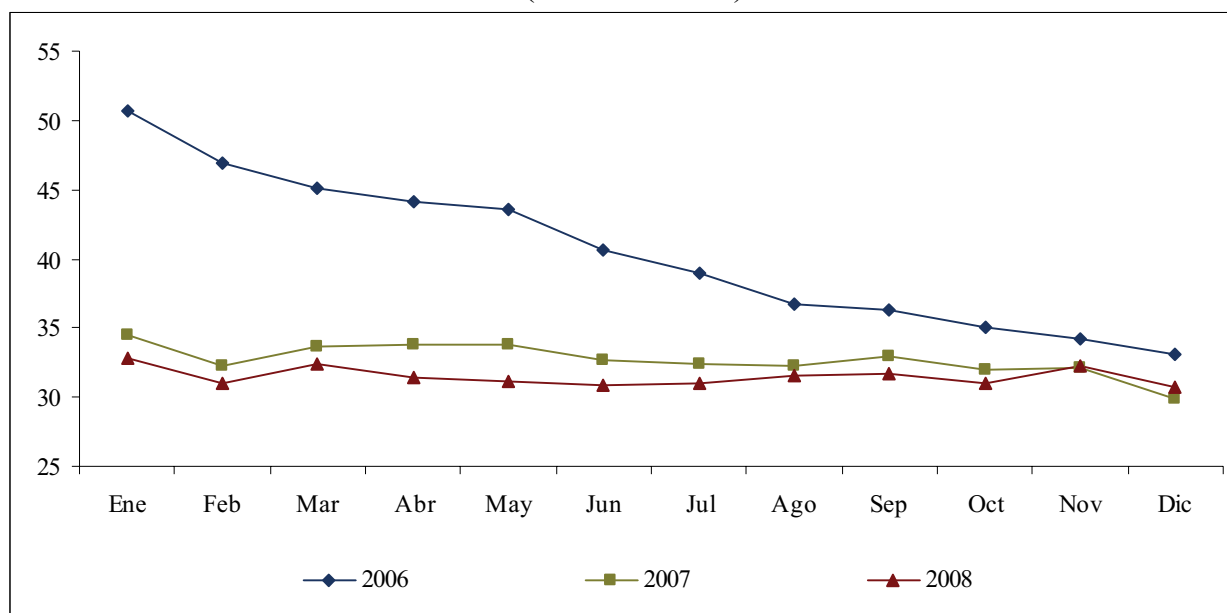
VIII.5.3. Evolución de la cartera en mora

Como consecuencia de la reducción en los índices de pago oportuno y al segundo mes, durante 2008 el saldo de la cartera en mora se incrementó en 2.9 por ciento en términos reales respecto a 2007, de manera que al finalizar el año se observó un saldo de 14,569.3 millones de pesos. Medida en días de emisión, esta mora ascendió a 30.7 días, lo que significó un incremento de 2.8 por ciento respecto al cierre del año anterior.

La gráfica VIII.17 ilustra el comportamiento de la mora en días de emisión para los ejercicios de 2006 a 2008. En ella se observa que en 2006 la mora decreció a lo largo del año, teniendo como resultado que en diciembre, la mora fuera 34.8 por ciento menor a la registrada en el mes de enero. Mientras tanto, la reducción observada en 2007 fue de 13.5 por ciento en el mismo periodo. En 2008, si bien disminuyó a lo largo del año en 6.5 por ciento, como se

mencionó anteriormente, en diciembre se incrementó situándose 2.8 por ciento por arriba del nivel alcanzado en 2007.

Gráfica VIII.17.
Saldo de la Cartera en Mora, 2006-2008
(días de emisión)



Fuente: IMSS.

CAPÍTULO IX

LAS RESERVAS DEL IMSS

IX. LAS RESERVAS DEL IMSS

IX.1. Administración de las Reservas y el Fondo Laboral

IX.1.1. Antecedentes

Dentro del ámbito de operación del IMSS se enfrentan riesgos tales como cambios en sus ingresos, cambios estructurales en la economía, desempleo, aumento en los gastos de invalidez de largo plazo, el crecimiento futuro en los costos del tratamiento de las enfermedades o el aumento generalizado de la longevidad de la población, entre otros. Asimismo, se debe asegurar el fondeo del pago de los pasivos originados por: derechos a prestaciones, efectos de catástrofes, así como evitar cambios recurrentes en el nivel de las tasas de las contribuciones requeridas para su financiamiento.

Con el propósito de procurar la solvencia a mediano y largo plazos, así como el cumplimiento debido y oportuno de las obligaciones que contraiga el IMSS derivadas del pago de beneficios y de la prestación de servicios, se constituye y contabiliza por ramo de seguro, la provisión y el respaldo financiero de reservas con metas anuales de fondeo fijadas en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Por otro lado, la Ley del Seguro Social (LSS) –Artículo 286 K– establece la constitución de un Fondo Laboral para que el IMSS haga frente a las obligaciones que tiene con sus trabajadores.

De esta manera, se establecen dos fuentes independientes y de naturaleza jurídica distinta para el cumplimiento de los compromisos del Instituto: una en su carácter de entidad aseguradora y otra, en su papel de patrón.

IX.1.2. Reservas y fondos para enfrentar pasivos de distinta naturaleza

La LSS estipula las obligaciones del IMSS como asegurador y como patrón, así como la fuente de recursos para llevarlas a efecto. Con el fin de cumplir con sus obligaciones, el Instituto cuenta con una estructura completa de cuatro niveles de reservas –que no forman parte de su patrimonio– y con el Fondo Laboral mencionado anteriormente.

IX.1.3. Estructura y propósito de las reservas y el Fondo Laboral

El propósito y la constitución de las reservas se establecen de la siguiente manera:

- Las Reservas Operativas (RO) son el capital de trabajo de cada seguro y la vía de fondeo para las demás reservas. A ellas se destinan todos los ingresos por cuotas obrero-patronales, las contribuciones y aportaciones federales, además de las cuotas de los seguros voluntarios que se establezcan y otros que de forma adicional deba otorgar el Instituto y cualquier otro ingreso de los seguros.
Las RO se invierten globalmente y cubren las diferencias de corto plazo entre los ingresos y los gastos presupuestados.
- La Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF) se establece a fin de procurar estabilidad y certidumbre en la operación cotidiana del Instituto y facilitar su plan de acción de mediano plazo, así como para alcanzar las metas de reservas y fondos señalados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, en el caso de que se prevea que no sea posible cumplirlas. Esta reserva se constituye, además de los ingresos ordinarios del Instituto que al respecto establezca el Consejo Técnico, con los de carácter extraordinario que reciba u obtenga. El monto que debe mantenerse en esta reserva está limitado hasta 60 días de los ingresos promedio totales del año anterior y puede utilizarse para cualquier seguro que necesite un apoyo o para hacer frente a los riesgos que redunden en fluctuaciones menores y aleatorias en los ingresos o egresos. El monto máximo de un préstamo para cualquier seguro es de 90 días de ingreso promedio del año anterior del mismo seguro y se debe reembolsar en un plazo máximo de tres años con intereses, previa aprobación del Consejo Técnico. Además de esto, los ingresos excedentes a los presupuestados que en su caso tuviere el Instituto en un ejercicio anual deberán aplicarse a esta reserva y posteriormente, se podrán destinar en forma excepcional a programas prioritarios de inversión, en cuyo caso no es necesario su reintegro a la ROCF.
- Las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) tienen como propósito hacer frente al riesgo de los problemas económicos persistentes, normalizar el flujo de efectivo en caso de que haya fluctuaciones aleatorias, o bien, financiar por adelantado los pagos futuros de prestaciones (prefondeo). La Ley determina que se constituyan reservas para cada uno de los seguros y coberturas, a través de una aportación trimestral calculada sobre los ingresos de los mismos, que consideren estimaciones de sustentabilidad financiera de largo plazo contenidas en el Informe Financiero y Actuarial. Los recursos de cada una de

estas reservas sólo pueden utilizarse para el seguro para el cual fueron establecidas y previo acuerdo del Consejo Técnico a propuesta del Director General, en los términos del Reglamento en la materia, en cuyo caso no se requiere reembolsar los montos utilizados.

- La Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA) está diseñada para enfrentar efectos catastróficos o variaciones de carácter financiero de significación en los ingresos o incrementos drásticos en los egresos derivados de problemas epidemiológicos o económicos severos y de larga duración que provoquen insuficiencia de cualquiera de las RFA. Se constituye, incrementa o reconstituye a través de una aportación anual que se estima en el Informe Financiero y Actuarial.
- Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (Fondo Laboral). El Artículo 277 D de la Ley del Seguro Social 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, que origine la creación, sustitución o contratación de plazas.
- Conforme al Artículo 286 K de la propia Ley, este fondo deberá registrarse en forma separada en la contabilidad del Instituto en dos cuentas denominadas Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Cuenta de Otras Obligaciones Laborales.
- La Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones se integra 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 que ostenten esta condición hasta el 16 de octubre de 2005.
- Subcuenta 2. Se constituye e incrementa con la aportación al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) excedente a 3 por ciento, establecida para los trabajadores en activo, de Base y Confianza “B”, que ostenten esta condición hasta el 16 de octubre de 2005, así como de los trabajadores de Confianza “A” contratados antes del 21 de diciembre de 2001, lo que conforma la Subcuenta 2a.
- La aportación de 4 por ciento 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 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 se integra por la Subcuenta 3 y la Subcuenta 4, mismas que a la fecha no cuentan con recursos acumulados.

IX.2. Marco Normativo

Para la inversión de las reservas y el Fondo Laboral, el Instituto se rige por la Ley del Seguro Social –que señala el régimen de inversión aplicable– por el Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS (Reglamento) emitido por el Ejecutivo Federal –que de manera general establece la inversión de las reservas–, por la Norma de Inversiones Financieras –que estipula las políticas, estrategias, régimen, límites y requisitos de inversión y el esquema de evaluación del desempeño–, así como por todos aquellos acuerdos aprobados por la Comisión de Inversiones Financieras (Comisión), que es el órgano del Consejo Técnico facultado para proponer ante dicho Consejo las políticas y directrices de inversión, así como la evaluación y supervisión de su aplicación.

Con el propósito de contar con los lineamientos para la inversión de las reservas y del Fondo Laboral se han establecido las siguientes políticas y estrategias:

Políticas

- Inversión de los recursos financieros institucionales bajo criterios de prudencia, seguridad, rendimiento, liquidez, diversificación de riesgo, transparencia y respeto a las prácticas sanas y usos del medio financiero nacional e internacional con instrumentos y valores de alta calidad crediticia en los términos establecidos en la Ley, el Reglamento, los acuerdos que dicte el Consejo Técnico y la Norma de Inversiones Financieras aplicable, procurando una revelación plena de información;
- La Comisión revisa las políticas y estrategias de inversión, supervisa y da puntual seguimiento a las inversiones institucionales y elabora los reportes periódicos y especiales para su envío a las instancias correspondientes de acuerdo con la normatividad vigente;
- Se debe cumplir con los límites y requisitos de inversión establecidos en la Norma de Inversiones Financieras, a excepción de aquellos límites en los que se determine su observancia diaria o periódica.

Estrategias

- La Asignación Estratégica de Activos (AEA) contempla las expectativas de mediano y largo plazos de los mercados financieros, las políticas de constitución y uso de la RGFA, las RFA y las Subcuentas que componen el Fondo Laboral, así como los estudios actuariales de las RFA y de las Subcuentas que componen el Fondo Laboral, y también su relación riesgo-rendimiento.
- La asignación táctica de activos con base en las expectativas de corto plazo de los mercados financieros, a través de la inversión en instrumentos establecidos en la Norma de Inversiones Financieras y la venta anticipada de posiciones;
- La autorización de operaciones especiales, en caso de necesidades urgentes o movimientos inesperados de los mercados financieros y la obligación de informar al respecto en la sesión próxima inmediata a la Comisión;
- La inversión de los recursos de las RO y de la ROCF, en los montos y plazos que estipule la Dirección de Finanzas, a través de la Coordinación de Tesorería;
- La compra de dólares para proveer la cobertura cambiaria a los pasivos para la adquisición de materiales y equipo según los requerimientos de la Coordinación de Tesorería de la Dirección de Finanzas. La inversión de esta posición será definida por la Unidad tomando en cuenta las fechas comprometidas para su uso, de acuerdo con el flujo de efectivo que proporciona semanalmente dicha Coordinación;
- Las operaciones de fondeo y compra de instrumentos de deuda bancaria y deuda gubernamental a plazos menores a 90 días, con excepción de las notas estructuradas, deberán efectuarse mediante sistemas de posturas electrónicas, y
- Los activos financieros en que se encuentren invertidas las reservas y las Subcuentas del Fondo Laboral podrán ser sujetos de venta, conforme a la Asignación Estratégica de Activos (AEA) autorizada y a situaciones particulares, previa autorización de la Comisión, de acuerdo con el análisis correspondiente.

Régimen de inversión

El régimen de las operaciones de inversión de las reservas y Subcuentas del Fondo Laboral, se especifica en el cuadro IX.1.

Cuadro IX.1.
Régimen de Inversión
(porcentajes)

Clase de Activo	RO	ROCF	RGFA	RFA	RJPS1	RJPS2
Deuda gubernamental	100	100	100	100	100	100
Deuda bancaria	100	100	100	100	100	100
Deuda corporativa	25	25	25	25	25	25
Notas estructuradas	-	-	25	25	25	25
Notas de mercado accionario	-	-	15	15	15	15
Moneda extranjera			30	30	30	30
Plazo máximo	Determina la DF					
Horizonte de inversión	1 año					
Duración máxima			3 años		5 años	s/límite

Fuente: IMSS.

Límites y requisitos de inversión

Con las modificaciones a la Norma de Inversiones Financieras se logró especificar sublímites en notas estructuradas, y por región y país, en índices accionarios; se modificó la calificación crediticia mínima de las contrapartes, así como su límite conforme a la calificación crediticia e información financiera, y se incluyeron límites para operaciones en reporto. Para las inversiones en deuda corporativa, se modificaron los límites por sector económico, se sustituyó el límite de programa por un límite de emisión, con lo que se redujo la concentración de los emisores en cada una de las reservas y el Fondo Laboral, además de solicitar como requisito de inversión contar con al menos dos calificaciones crediticias. En el mes de diciembre, la Comisión aprobó los Criterios de calificación crediticia, a través de los cuales se establece la homologación de las calificaciones de corto plazo en escala local y se estipulan los límites de inversión de corto plazo para contrapartes bancarias, casas de bolsa y emisiones corporativas.

Transparencia y rendición de cuentas

De acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, la Unidad de Inversiones Financieras (Unidad) y la Comisión de Inversiones Financieras (Comisión) elaboraron:

- Informes mensuales de actividades;
- Informes mensuales de operaciones financieras y rendimientos;
- Informes trimestrales sobre la composición y situación financiera de las inversiones del Instituto;
- Presentación especial previa a la celebración de la Asamblea General del Instituto, y
- Presentación, desarrollo y resultados de la Afore XXI.

Se menciona también que la Auditoría Superior de la Federación realizó a la Unidad la Auditoría No. 946 “Ingresos por Productos Financieros”, de la que derivaron las siguientes recomendaciones:

- Se soporte documentalmente el proceso de designación de la Institución Financiera que funja como custodio y administrador de los recursos del IMSS en materia de inversiones;
- Se establezca un documento que norme los formatos utilizados por la Coordinación de Inversiones del IMSS en materia de inversiones a fin de fortalecer los procesos y los sistemas de control administrativos;
- Se realicen las gestiones pertinentes para que se autorice el Manual de Organización de la Unidad de Inversiones Financieras;
- Se implemente un control que documente los registros contables realizados, correspondientes a las partidas en conciliación con respecto a las inversiones con que cuenta el IMSS;
- Se actualice el Procedimiento para la Afectación y Conciliación Contable de las Operaciones de Inversión, del Manual de Procedimientos para la Operación de las Asignaciones, Registro, Liberación y Documentación de las Operaciones de Inversión, y
- Se realicen los estudios necesarios que permitan implementar una estrategia que garantice el equilibrio y la viabilidad financieras en el mediano y largo plazos.

Dichas recomendaciones se dieron por atendidas con oficio OAEPI-0041/2009 del 16 de enero de 2009, de la Auditoría Superior de la Federación.

Se llevó a cabo la revisión de control 216/08 Mejoramiento de Controles Internos, Comité Institucional de Inversiones Financieras, por el Órgano Interno de Control del Instituto, que sugirió las siguientes acciones de mejora:

- Llevar a cabo un análisis de la integración y operación de la Comisión, con la finalidad de determinar las situaciones o casos que sean necesario detallar y especificar por escrito en un documento.
- Autorizar y registrar un manual de organización del órgano administrativo del Instituto.

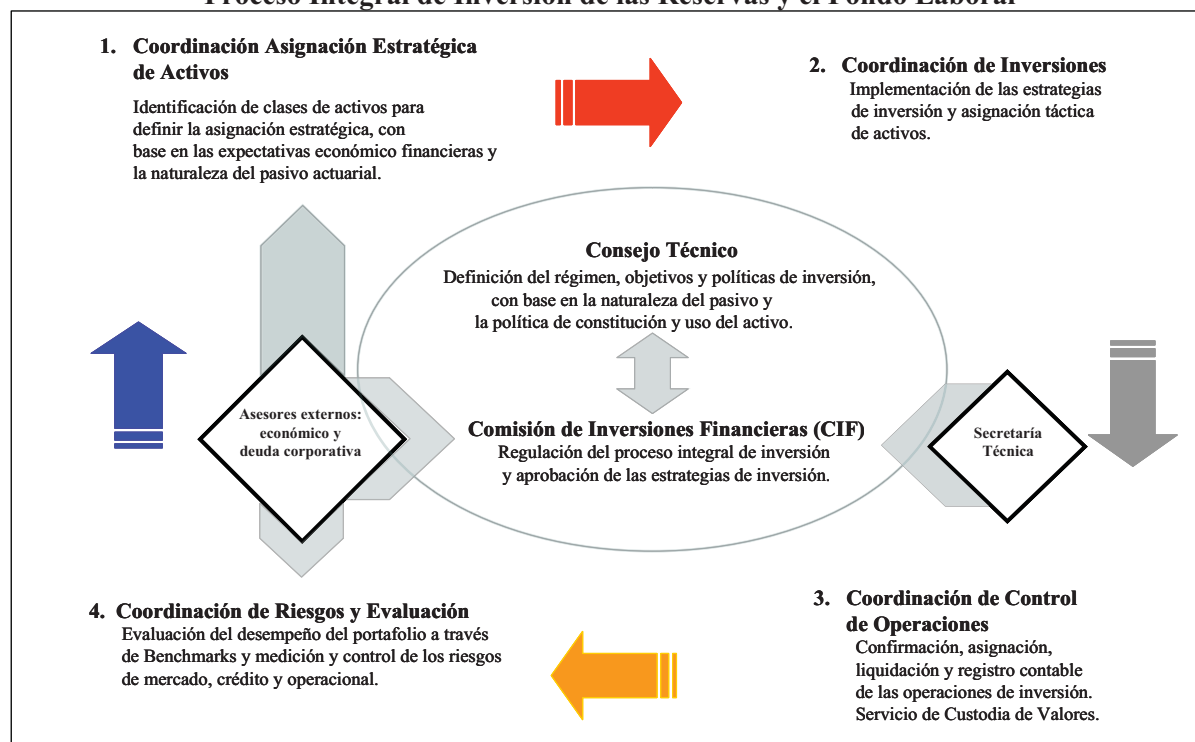
IX.3. Proceso Integral de Inversión y Gobierno Corporativo

IX.3.1. Consejo Técnico, Comisión de Inversiones Financieras y proceso integral de inversión

El proceso integral de inversión de las reservas y el Fondo Laboral se ha modernizado y realizado con base en las mejores prácticas internacionales, tal como se describe en la gráfica IX.1. A partir de 2007, este proceso se efectúa mediante etapas complementarias que involucran a las coordinaciones que integran la Unidad considerando la estructura de gobierno corporativo institucional. Dentro de este proceso, cada etapa conlleva a la siguiente, teniendo como objetivo la revisión y renovación periódica de las mismas, involucrando a las operaciones de inversión en una dinámica de actualización. El proceso considera el régimen, los objetivos y políticas de inversión definidas por el Consejo Técnico bajo la supervisión de la Comisión.

Gráfica IX.1.

Proceso Integral de Inversión de las Reservas y el Fondo Laboral



Fuente: IMSS.

IX.3.2. Asignación estratégica de activos

La Unidad propone a la Comisión el establecimiento de la AEA, así como las mejores alternativas de inversión para la RGFA, las RFA y las Subcuentas del Fondo Laboral

considerando sus objetivos de creación y constitución, así como la naturaleza de sus obligaciones, las políticas y estrategias de inversión autorizadas, y las expectativas del comportamiento del mercado considerando diversos escenarios.

La AEA se revisa de forma anual o cuando se prevea un cambio en los supuestos económicos y en las políticas de uso y constitución de las reservas y las Subcuentas del Fondo Laboral, de igual forma, se alinean a lo considerado en los estudios actuariales.

La AEA para la Subcuenta 2 del Fondo Laboral debe procurar el calce de activos y pasivos y revisar de manera periódica conforme cambien los supuestos económicos, demográficos o bien, la política de fondeo.

IX.3.3. Inversiones

La Unidad efectúa las inversiones necesarias para dar cumplimiento a la implementación de la AEA mediante operaciones en los mejores términos disponibles en el mercado al momento del cierre; para ello se apoya en los sistemas de información financiera, sistemas de posturas electrónicas y de captura de inversiones.

Las operaciones de inversión se llevan a cabo a través de sistemas telefónicos que garantizan la grabación de las condiciones de cierre de cada una de ellas, o mediante sistemas de posturas electrónicas, a fin de resguardar evidencia de las condiciones del mercado en el momento de la operación.

En la inversión de las RO, la ROCF y otros recursos financieros institucionales se consideran las mejores alternativas de rentabilidad en apego a lo dispuesto en la Ley, el Reglamento y demás disposiciones normativas aplicables.

IX.3.4. Control de Operaciones

Con el propósito de controlar adecuadamente las inversiones de las reservas, las Subcuentas del Fondo Laboral y otros recursos financieros institucionales, la Unidad establece –entre otros y de acuerdo con la normatividad aplicable– la verificación del cumplimiento de los límites máximos de operación por intermediario financiero y la documentación y registro de cada una de las operaciones de inversión.

La administración de la liquidación y verificación de los vencimientos de los instrumentos financieros se apoya en los servicios de custodia de valores, con el objeto de fortalecer el ambiente de control interno y minimizar los riesgos implícitos en el sistema de entrega contra

pago, aplicando sistemas y procedimientos centralizados que protejan las inversiones del Instituto.

IX.3.5. Administración de Riesgos y Evaluación

Con el propósito de cuantificar la pérdida potencial de las RFA, RGFA y las Subcuentas del Fondo Laboral ante cambios en las condiciones de mercado que inciden sobre la valuación de sus inversiones y/o por falta de pago de alguna de las contrapartes en las operaciones de inversión que se efectúen con ellas, la Unidad estima los riesgos financieros de mercado y de crédito de las operaciones de inversión. Derivado de lo anterior, la Unidad establece las estrategias a seguir con la finalidad de mantener un portafolio defensivo ante eventualidades.

- Riesgo de mercado. El cálculo de riesgo de mercado, medido por el valor en riesgo (VaR), se desarrolla a través de métodos cuantitativos y estocásticos que modelan, a través de simulación Monte Carlo, el efecto de cambios en los factores o variables de riesgo sobre el valor de mercado de los portafolios de inversión.

Asimismo, se analiza el cambio en el valor de mercado de las RFA, la RGFA y las Subcuentas del Fondo Laboral considerando escenarios extremos en los factores de riesgo (pruebas de estrés) y su sensibilidad ante fluctuaciones en las tasas de interés.

- Riesgo de crédito. De acuerdo con la AEA se establecieron los límites de riesgo de crédito con el fin de controlar las pérdidas potenciales por la falta de cumplimiento de los emisores de instrumentos de deuda corporativa de las RFA, la RGFA y las Subcuentas del Fondo Laboral.

Para estimar el riesgo de crédito se consideró la probabilidad de que en un periodo determinado, el papel emitido migre de la calificación asignada hacia la calificación de incumplimiento.

La Unidad da seguimiento a la calificación crediticia de las emisiones que forman parte de los instrumentos de deuda corporativa de las RFA, la RGFA y las Subcuentas del Fondo Laboral y se apoya en la opinión de un asesor externo en la materia; igualmente, informa a la Comisión cualquier cambio en el perfil de riesgo de crédito, con el objetivo de plantear las estrategias a seguir.

- La evaluación del desempeño de los portafolios tiene el objetivo de explicar variaciones en el valor de mercado, así como el impacto de las decisiones de inversión. La Unidad compara el desempeño de los portafolios estratégicos *versus benchmarks* (portafolios de referencia)

considerando tanto el rendimiento obtenido como el riesgo asumido; mediante indicadores explica cambios en el desempeño originados en las decisiones estratégicas y tácticas de inversión y por variaciones en el comportamiento del mercado en dichos periodos.

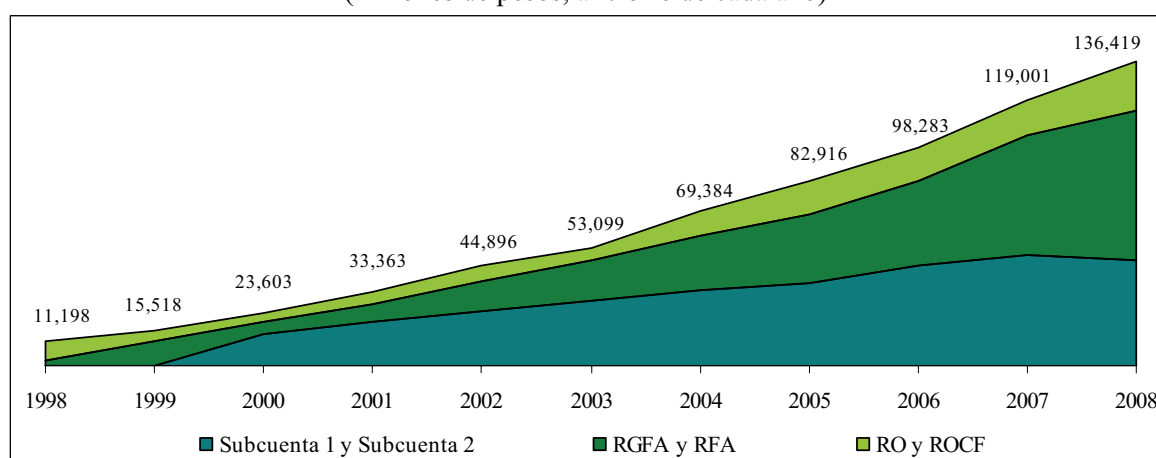
IX.3.6. Estrategias de inversión

Con base en el régimen de inversión y de acuerdo con el análisis de las condiciones y expectativas del escenario económico y financiero, la Comisión estableció para 2008 estrategias de inversión prudentes para las RFA, la RGFA y el Fondo Laboral, que se basaron en modelos de optimización de portafolios, maximizando los rendimientos y aprovechando los beneficios de diversificación.

IX.3.7. Evolución del portafolio de inversión

En la gráfica IX.2 se presenta la evolución del saldo contable de las RO, la ROCF, las RFA, la RGFA y el Fondo Laboral que incluye la Subcuenta 1 y la Subcuenta 2.

Gráfica IX.2.
Evolución del Saldo Contable de las Reservas y el Fondo Laboral
(millones de pesos, al cierre de cada año)

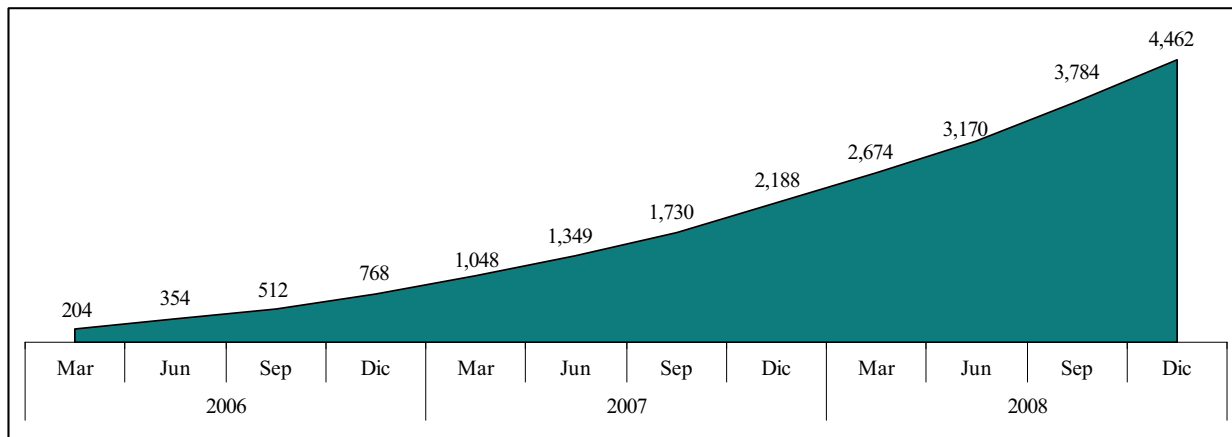


Fuente: IMSS.

Como se puede apreciar, desde su creación hasta 2008, el saldo de las reservas y Subcuentas del Fondo Laboral creció en un factor de 12.2, resultado del esfuerzo de constitución de reservas aprobado por el Consejo Técnico a través de fondeos anuales a las RFA y al Fondo Laboral, y de los productos financieros generados por medio de la inversión de los recursos.

Considerando la reciente creación de la Subcuenta 2, en la gráfica IX.3 se presenta la evolución mensual del saldo contable.

Gráfica IX.3.
Evolución del Saldo Contable del Fondo Laboral
(millones de pesos, al cierre de cada año)



Fuente: IMSS.

IX.3.7.1. Asignación estratégica de activos

Considerando la naturaleza de las obligaciones y las expectativas económicas y financieras, la Comisión aprobó la Asignación Estratégica de Activos 2008, que fue revisada en el segundo semestre derivado de los cambios en las expectativas económicas y de las modificaciones de la Norma de Inversiones Financieras.

IX.3.7.2. Asignación estratégica de activos, 2008

La AEA 2008 para la RGFA, las RFA y el Fondo Laboral consideró la clasificación de activos en clases y subclases de acuerdo con su relación riesgo-rendimiento; nuevos instrumentos de inversión emitidos por instituciones con altas calificaciones crediticias; inversión en mercado accionario a través de vehículos de inversión y mejores prácticas de inversión de fondos de pensiones y aseguradoras; asimismo, consideró la tasa técnica de descuento de los estudios actuariales de 3.5 por ciento real para las RFA y Subcuenta 1 del Fondo Laboral y 3.7 por ciento real para la Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

IX.3.7.3. Asignación estratégica de activos, segundo semestre 2008

Se aprobó el 16 de julio de 2008 la AEA para el segundo semestre de ese año; respecto a la asignación establecida en enero de 2008, consideraba los cambios en las expectativas macroeconómicas a corto y mediano plazos; incorporación gradual de nuevos instrumentos;

incremento generalizado en las tasas de interés y las medidas prudenciales establecidas por la Comisión con el fin de mitigar el riesgo de crédito.

Estas asignaciones, así como sus modificaciones, se presentan en los cuadros IX.2, IX.3, IX.4 y IX.5

Cuadro IX.2.
Asignación Estratégica de Activos RGFA, 2008
(porcentaje)

Clase de activo	AEA 1er. semestre	AEA 2do. semestre
Deuda gubernamental	15	35
Deuda bancaria	40	25
Deuda corporativa	25	25
Notas estructuradas	20	15
Tipo de cambio	Oportunidades de mercado	
Tasa de interés	10	15
Bursatilizaciones	10	-
Mercado accionario	-	-

Fuente: IMSS.

Cuadro IX.3.
Asignación Estratégica de Activos RFA, 2008
(porcentaje)

Clase de activo	AEA 1er. semestre	AEA 2do. semestre
Deuda gubernamental	20	35
Deuda bancaria	20	15
Deuda corporativa	25	25
Notas estructuradas	25	10
Tipo de cambio	Oportunidades de mercado	
Tasa de interés	9	5
Referenciadas a crédito	5	3
Estructuras conjuntas	6	-
Bursatilizaciones	5	2
Mercado accionario	10	15

Fuente: IMSS.

Cuadro IX.4.
Asignación Estratégica de Activos Subcuenta 1 del Fondo Laboral, 2008
 (porcentaje)

Clase de activo	AEA 1er. semestre	AEA 2do. semestre
Deuda gubernamental	20	40
Deuda bancaria	15	13
Deuda corporativa	25	25
Notas estructuradas	25	7
Tipo de cambio	Oportunidades de mercado	
Tasa de interés	9	2
Referenciadas a crédito	6	2.5
Estructuras conjuntas	4	-
Bursatilizaciones	6	2.5
Mercado accionario	15	15

Fuente: IMSS.

Cuadro IX.5.
Asignación Estratégica de Activos Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2008
 (porcentaje)

Clase de activo	AEA 1er. semestre	AEA 2do. semestre
Deuda gubernamental	35	50
Deuda bancaria	20	10
Deuda corporativa	25	25
Notas estructuradas	5	-
Tipo de cambio	-	-
Tasa de interés	-	-
Referenciadas a crédito	-	-
Estructuras conjuntas	5	-
Bursatilizaciones	-	-
Mercado accionario	15	15

Fuente: IMSS.

Dados los eventos en los mercados financieros internacionales, la Comisión acordó una serie de medidas prudenciales, detalladas en el punto IX.4.2., por lo cual los portafolios objetivos planteados en las asignaciones estratégicas de activos para 2008 no se cumplieron para determinadas clases de activos y las inversiones se dirigieron a blindar el portafolio al incrementar las posiciones en deuda gubernamental, caracterizada por no tener riesgo crediticio.

IX.3.8. Posición del portafolio de inversión

La posición financiera de las reservas y el Fondo Laboral al cierre de 2008 alcanzó los 136,419 millones de pesos, lo que representa un incremento de 17,418 millones de pesos equivalentes a 14.6 por ciento más respecto a diciembre de 2007, como se muestra en el cuadro IX.6.

Cuadro IX.6.
Posición de las Reservas y el Fondo Laboral ^{-1/}
(millones de pesos)

Reservas y Fondo Laboral	2007	2008
RO	7,025	8,126
ROCF	8,815	13,518
RFA	51,381	65,569
RGFA	1,941	2,096
Subcuenta 1	47,650	42,648
Subcuenta 2	2,188	4,462
Fondo Laboral	49,838	47,110
TOTAL	119,001	136,419

^{1/} En el Seguro de Invalidez y Vida no se incluyen los valores invertidos en la Afore XXI S.A. de C.V., igualmente no se incluyen los recursos recibidos del SAR 92 para reclamaciones de derechos de los trabajadores. Por lo que respecta a las RO, la diferencia contra Estados Financieros se refiere a los fondos fijos en Delegaciones y UMAE, así como a otros fondos ajenos y disponibilidades que no se tipifican como inversiones financieras.

Fuente: IMSS.

Cabe señalar que las cifras de la posición financiera se refieren a recursos de inversión en instituciones financieras de acuerdo con sus estados de cuenta y también incluyen los intereses devengados no cobrados, que son aquellos recursos generados por las inversiones a plazo y que se encuentran vigentes al cierre de cada periodo pero que aún no han sido cobrados; sin embargo, se registran en la contabilidad institucional como parte de los rendimientos obtenidos.

IX.3.9. Fondeos y transferencias efectuadas para constituir, incrementar, reconstituir o hacer uso de las reservas y las Subcuentas del Fondo Laboral

En el cuadro IX.7 se muestran con detalle los fondeos y transferencias realizados durante 2008.

Cuadro IX.7.
Fondeos y Transferencias

Oficio		Origen	Destino	Concepto	Monto (millones de pesos)
Número	Fecha				
36	21-ene-08	RO	ROCF	Reposición financiamiento	1,920
				Costo financiero	10
44	22-ene-08	RFA-RRT RFA-RIV	RO	Fondeo adicional, cumplimiento meta 2007	105
					210
52	29-ene-08		ROCF	Reposición financiamiento	2,000
54	30-ene-08	RO	ROCF	Reposición financiamiento	278
				Costo financiero	2
59	30-ene-08				43
104	27-feb-08	RO	ROCF	Reposición financiamiento	2,500
108	29-feb-08			Costo financiero	28
14	25-mar-08	RO	ROCF	Reposición financiamiento	1,000
22	31-mar-08		ROCF	Costo financiero	14
71	23-abr-08	RO	ROCF	Reposición financiamiento	1,654
89	29-abr-08		ROCF	Costo financiero	8
474	19-dic-08	ROCF	RO	Préstamo	6,150
480	30-dic-08	RO	RFA-RIV	Fondeo PAACR 2008	1,691
			RFA-RRT		386
			RJPS2A		1,748
		RO	RJPS2B	Total retenciones quincenales 2008 ¹	270
Total					20,015

^{1/} Las retenciones quincenales de las Subcuentas 2A y 2B fueron detalladas en los informes semanales de la Comisión, así como en los informes mensuales y trimestrales de operaciones y rendimientos financieros.
Fuente: IMSS.

En acuerdo ACDO.AS3.HCT.101208/290.R.DF del 10 de diciembre de 2008, el H. Consejo Técnico autorizó la reclasificación de los depósitos efectuados en 2004, 2005 y 2006 en el Fondo Laboral (RJPS1) transfiriendo a las RFA el total de las aportaciones realizadas, las cuales ascienden a \$6,836 millones, más los intereses generados al momento de la transferencia. Al 15 y 24 de diciembre de 2008 estos suman \$1,652 millones.

Cuadro IX.8.
Reclasificación

Oficio		Origen	Destino	Concepto	Monto (mdp)
Número	Fecha				
33394	11-dic-08	CERJPS1	RFA-RIV	Reclasificación de depósitos	5,146
			RFA-RRT		3,342
Total					8,488

IX.3.10. Cumplimiento de límites

Entre las medidas que se han tomado para salvaguardar las reservas financieras del Instituto, y con el propósito de cumplir con lo que estipula la Ley respecto a los criterios de prudencia, diversificación de riesgo, transparencia, respeto a las mejores prácticas del medio financiero y a

la revelación plena de información, se realizó la adecuación e implementación de diferentes límites contenidos en la Norma de Inversiones Financieras.

La precisión de estos límites y requisitos de inversión forma parte importante de la administración de riesgos financieros, ya que contribuyen a controlar la exposición del portafolio de inversión de las reservas y el Fondo Laboral; adicionalmente, representan una respuesta a los cambios que se han venido realizando, tanto en el régimen de inversión como en la AEA.

Durante 2008, se vigiló y dio seguimiento a los diferentes límites de inversión plasmados en la Norma de Inversiones Financieras; y se informó semanalmente su estado a la Comisión, a partir de la conformación del portafolio de inversiones, así como mensualmente al Consejo Técnico a través de los Informes de Rendimientos respectivos.

Estos límites tienen el objetivo de evitar la concentración de las inversiones en emisores específicos, monedas, regiones, sectores económicos, tipos de deuda e instrumentos, y mitigar, al mismo tiempo, la probabilidad de pérdidas al establecer criterios mínimos de calidad crediticia para las contrapartes.

Para el control y monitoreo de los riesgos de mercado y crédito en la inversión de las RFA, la RGFA y las Subcuentas del Fondo Laboral, el Consejo Técnico estableció en la Norma de Inversiones Financieras límites del valor en riesgo, medidos a través del VaR de mercado y del VaR de crédito.

De enero a septiembre de 2008, la evolución del VaR de mercado y del VaR de crédito se ha encontrado dentro de los límites establecidos en la Norma de Inversiones Financieras. Esta información se ha reportado oportunamente a la Comisión.

Debido a las condiciones de alta volatilidad, especialmente en deuda gubernamental de tasa real, en octubre del año en curso se registraron excesos en los límites del VaR de mercado de las Subcuentas 1 y 2 del Fondo Laboral, respectivamente. Asimismo, a partir del 27 de octubre también se excedió el límite del VaR de mercado de las RFA.

Conforme lo establece la Norma de Inversiones Financieras, se deben informar los incumplimientos de los límites dentro de los 15 días naturales siguientes a la Comisión, por lo que se procedió a presentar los excesos correspondientes a las Subcuentas 1 y 2 del Fondo Laboral. Derivado de lo anterior, la Comisión dispuso permitir el exceso de los límites de VaR de mercado en los portafolios institucionales hasta el 30 de abril de 2009, de igual forma instruyó rendir el informe pertinente a la Comisión de Vigilancia, lo cual se efectuó en octubre de 2008.

En cuanto al exceso de las RFA, en noviembre de 2008 se informó a la Comisión; y, en cumplimiento a lo indicado por la Comisión, en noviembre se notificó a la Comisión de Vigilancia a través de un informe detallado de los excesos de las Subcuentas 1 y 2 del Fondo Laboral y de las RFA.

IX.3.11. Evaluación del desempeño

Durante 2008 se obtuvieron los siguientes ingresos por productos financieros:

Cuadro IX.9.
Productos Financieros por Tipo de Reserva y Fondo Laboral^{1/}
(millones de pesos)

Reservas y Fondo Laboral	2007	2008
RO	1,068	855
ROCF	1,124	1,396
RFA	2,759	3,904
RGFA	112	154
Subcuenta 1	3,408	3,486
Subcuenta 2	102	259
Fondo Laboral	3,509	3,745
TOTAL	8,572	10,054

^{1/} Incluye rendimiento en dólares acumulados en el año, y también la provisión contable por revaluación de posiciones del principal en moneda extranjera. Excluye los dividendos cobrados de 100 millones de pesos por la participación accionaria del Instituto en Afore XXI, S.A. de C.V.

Fuente: IMSS.

Las tasas de rendimiento expresadas en términos reales, como es el caso de las RFA y las Subcuentas del Fondo Laboral, se calculan tomando en cuenta el rendimiento obtenido descontando la inflación durante el mismo periodo.

Cuadro IX.10.
Desempeño

Portafolio	Tasa	Tasa referencia	Histórico	Últimos				Año actual			Esperada	Desempeño Últimos 12 meses		
				5 años	3 años	2 años	12 meses	Acumulada	Efectiva	Inflación		IMSS	Benchmark	inflación
RGFA	nominal		7.42	7.64	7.36	7.37	7.65	7.65	7.65		8.41	8.29	7.67	
RFA		3.5	3.01	2.76	2.16	1.78	0.70	0.70	0.70	6.53	0.99	0.52	-3.70	6.53
RJPS1	real	3.5	3.33	3.03	2.48	2.06	0.65	0.65	0.65	6.53	-0.22	-1.12	-4.85	6.53
RJPS2		3.7	2.08		2.08	2.00	1.42	1.42	1.42	6.53	0.66	-0.10	-1.95	6.53

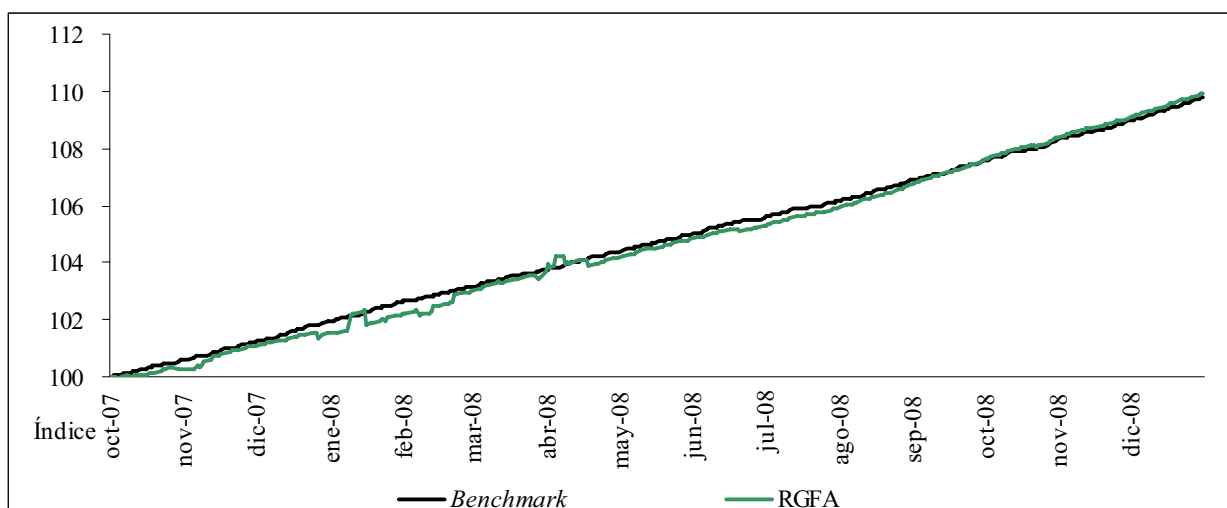
Fuente: IMSS.

A fin de evaluar el desempeño de los portafolios de inversión de la RGFA, las RFA y las Subcuentas del Fondo Laboral, se establecieron *benchmarks* que incluyen instrumentos de deuda, acciones y tasas de interés; tales *benchmarks* capturan las características, los movimientos y los rendimientos de diferentes mercados y, en consecuencia, funcionan como una medida de referencia para las inversiones institucionales. Los *benchmarks* de la RGFA, las RFA y la Subcuenta 1 del Fondo Laboral fueron autorizados por la Comisión en octubre de 2007, y el de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral en abril de 2008, con base inicial en octubre de 2007.

De acuerdo con los resultados mostrados en el cuadro IX.10. el desempeño de los *benchmarks* de las RFA y Subcuentas del Fondo Laboral, muestran resultados más negativos en términos reales en relación con los portafolios, debido a que las referencias se componen por inversiones de mediano y largo plazos que presentaron minusvalías mayores a las observadas en los instrumentos de los portafolios institucionales, dadas las diferencias en composición por clases y subclases de activos; asimismo, los *benchmarks* tienen mayor exposición al mercado accionario, que durante 2008 presentó una importante reducción en valor de mercado.

El desempeño de los portafolios *versus* los *benchmarks*, al cierre de este ejercicio, se muestran en las gráficas IX.4, IX.5, IX.6 y IX.7, en donde se observa que los portafolios institucionales tienen un mejor desempeño al de sus *benchmarks* correspondientes.

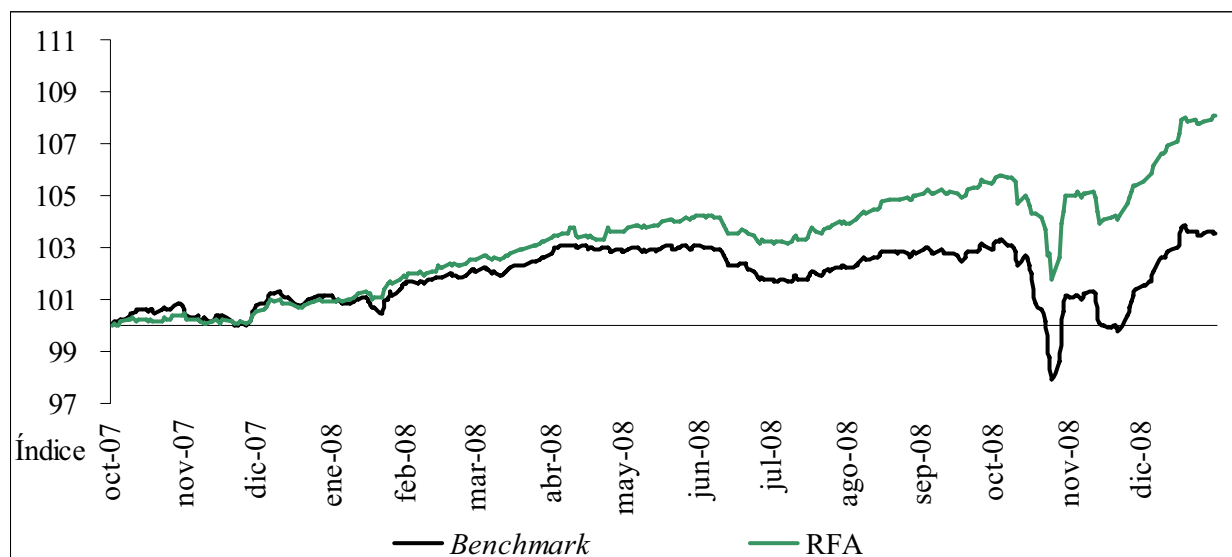
Gráfica IX.4.
Índice RGFA vs. *Benchmark*



Fuente: IMSS.

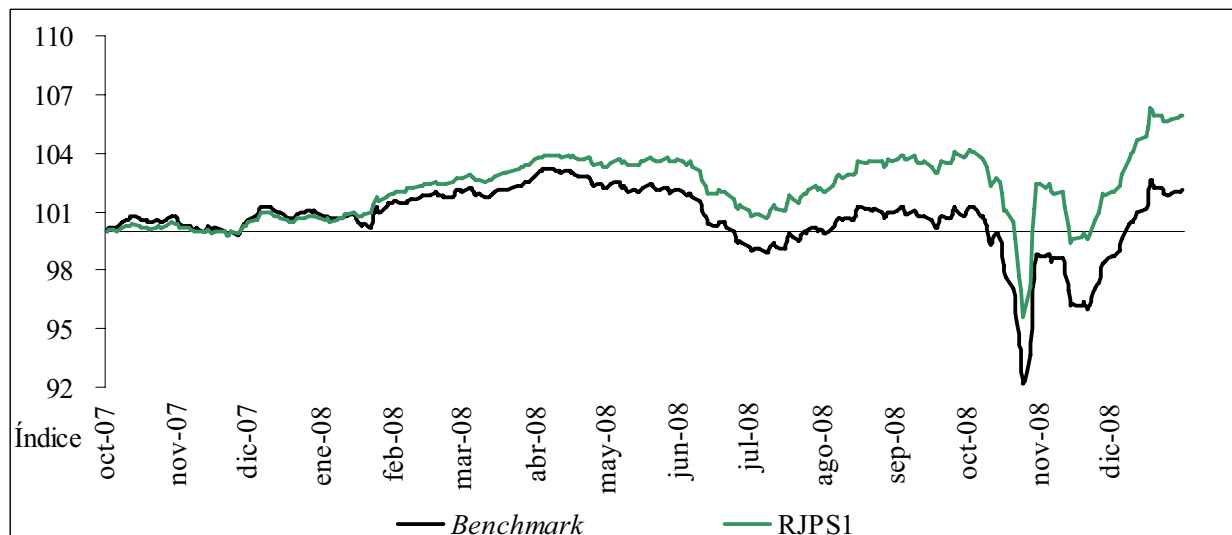
La RGFA, de acuerdo con la gráfica IX.4, está alineada al *benchmark* en el periodo reportado, lo cual fue posible dado que el perfil de inversión de ambos portafolios es de corto plazo y existe mayor oportunidad de corregir desviaciones.

Gráfica IX.5.
Índice RFA vs. *Benchmark*



Fuente: IMSS.

Gráfica IX.6.
Índice Subcuenta 1 vs. *Benchmark*

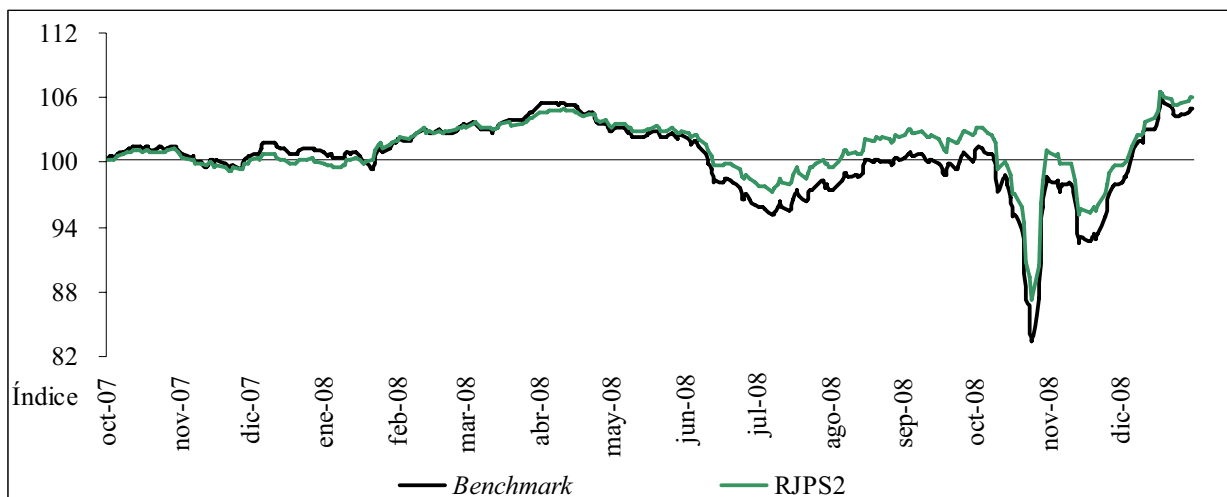


Fuente: IMSS.

En las gráficas IX.5 y IX.6 se muestra que las RFA y la Subcuenta 1 del Fondo Laboral a partir del segundo semestre de 2008 se separaron de sus *benchmarks* y mostraron un rendimiento

mayor explicado por la aplicación de las medidas prudenciales establecidas por la Comisión dadas las condiciones de volatilidad en los mercados financieros.

Gráfica IX.7.
Índice Subcuenta 2 vs. *Benchmark*



Fuente: IMSS.

La Subcuenta 2 del Fondo Laboral es semejante al *benchmark* por clase de activo y plazo, por lo que los movimientos del mercado lo afectan en forma similar y, en consecuencia, no se separan en el periodo reportado.

IX.4. Manejo de las Reservas Ante la Crisis

IX.4.1. Entorno financiero

En 2007 se presentan signos de deterioro en las carteras hipotecarias en Estados Unidos. Durante 2008, la Reserva Federal de ese país rescata por primera vez en la historia a una institución no regulada; los bancos más grandes de Estados Unidos anuncian importantes pérdidas.

Los mercados presentan falta de liquidez y confianza. Ante la posibilidad de quiebra de otras instituciones, se propone un plan de apoyo en Estados Unidos. Se inicia el contagio de la crisis al mundo.

En México se refleja la crisis: se contrae el mercado de deuda; el sector corporativo presenta una importante falta de liquidez, con seria afectación del sector hipotecario; el mercado de capitales muestra un comportamiento similar al resto del mundo. En enero de 2009, el

Presidente anuncia el Acuerdo Nacional en Favor de la Economía Familiar y el Empleo; asimismo, se toman medidas gubernamentales para solventar la crisis y la falta de liquidez.

IX.4.2. Medidas Prudenciales de Inversión

Dados los eventos en los mercados financieros internacionales, la Comisión de Inversiones Financieras acordó una serie de medidas prudenciales adicionales a los límites establecidos en la Norma de Inversiones Financieras desde 2007, que incluyen lo siguiente:

- Límite prudencial de inversión en emisiones hipotecarias, octubre de 2007;
- No incrementar la exposición en banca extranjera, abril de 2008;
- Evitar incrementar la exposición en mercado hipotecario, julio de 2008;
- Modificaciones a la Norma de Inversiones Financieras, vigentes a partir de septiembre de 2008, con base en las medidas prudenciales propuestas por la Comisión;

Adicionalmente, se han adoptado las siguientes medidas a partir de septiembre de 2008:

- Reacomodo en la exposición de banca nacional, con mayor énfasis en deuda gubernamental; y
- Reducir la exposición en deuda corporativa nacional.

IX.4.3. Productos financieros y exposición en bancos extranjeros y deuda corporativa

Como resultado del bajo perfil de riesgos y la implementación de medidas prudenciales, los portafolios institucionales no sufrieron minusvalías durante la crisis financiera del 2008.

Considerando la crisis hipotecaria en los Estados Unidos, se redujo la exposición en bancos extranjeros, sin tomar posiciones adicionales.

La Comisión de Inversiones Financieras acordó reducir posiciones en el sector corporativo e hipotecario y sólo se han renovado las posiciones autorizadas por la misma Comisión.

A pesar de las medidas adoptadas durante 2008, la crisis económica y financiera continúa y podría afectar a emisores y sectores económicos en distintos grados de severidad, por lo que el Instituto ha puesto énfasis en el seguimiento del sector hipotecario.

IX.4.4. Valuación de Inversiones

La contabilidad de los portafolios institucionales no es a valor de mercado; sin embargo, si se utilizara esta metodología no presentaría minusvalías a pesar de la crisis financiera y se compararían favorablemente respecto a otros inversionistas institucionales.

Como resultado del bajo perfil de riesgos y la implementación de medidas prudenciales adoptadas por la Comisión de Inversiones Financieras previo y durante 2008, los portafolios institucionales no sufrieron minusvalías y han mostrado un comportamiento defensivo durante la crisis financiera actual.

IX.5. Acciones de Mejora Implementadas

A continuación se describen las acciones que durante 2008 implementó la Unidad, con el propósito de hacer más eficiente el proceso integral de inversión y sus resultados.

- La Coordinación de Control de Operaciones implementó la versión nativa del módulo Inversiones Financieras del Sistema *Peoplesoft*, haciendo más eficiente y productivo el circuito operacional y contable de las operaciones financieras, logrando optimizar los procesos de captura e incrementar la confiabilidad de la información, cumpliendo con el objetivo de integrar una base única de información financiera para ser consultada por las diferentes Coordinaciones que integran la Unidad de Inversiones Financieras.
- Con el propósito de contar con una referencia de mercado para evaluar el desempeño de las inversiones y apoyar la toma de decisiones de inversión, el Consejo Técnico autorizó la implantación de los *benchmarks* para las RFA, la RGFA y la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, en octubre de 2007; el *benchmark* de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral fue autorizado en abril de 2008. A partir de julio de 2008, se presenta trimestralmente un análisis comparativo de los portafolios institucionales *versus* el desempeño de las Administradoras de Fondos para el Retiro, con el fin de medir el desempeño con otros inversionistas institucionales.
- Como parte de los nuevos desarrollos del sistema de administración de riesgos financieros de inversión, se implementó el módulo Generador de Carteras Teóricas, como apoyo a la toma de decisiones de inversión.
- La Norma de Inversiones Financieras fue modificada en dos ocasiones durante 2008, con la finalidad de adecuarla a las medidas prudenciales aprobadas por la Comisión de Inversiones Financieras.

CAPÍTULO X

SITUACIÓN DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPO DEL INSTITUTO

X. SITUACIÓN DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPO DEL INSTITUTO

El último párrafo del Artículo 273 de la Ley del Seguro Social, señala que este Informe deberá contener información sobre el estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica, para poder atender de forma satisfactoria a sus derechohabientes.

Para dar cumplimiento a lo anterior, en este capítulo se actualiza la información presentada en los informes previos sobre este aspecto institucional.

X.1. Infraestructura Inmobiliaria Institucional

La infraestructura inmobiliaria del Instituto incluye unidades distribuidas en todo el país, cuyas características obedecen al propósito para el que están destinadas o fueron diseñadas. El inventario inmobiliario institucional tradicionalmente se ha inscrito en el Catálogo de Unidades en Servicio (CATUS), aunque en congruencia con la modernización informática emprendida en esta administración, durante 2005 se inició un proceso de migración de este inventario a un nuevo catálogo que identifica los inmuebles del Instituto por unidades de información, ubicación, centro de costo y unidad de servicio. La depuración del CATUS y la estructuración del nuevo catálogo en desarrollo identifican, al cierre del año 2008, un total de 2,513 unidades, de las cuales 1,830 (73 por ciento) están asignadas a la prestación de servicios médicos o son apoyo de los mismos, en tanto que 683 (27 por ciento) poseen funciones relacionadas con las prestaciones económicas y sociales, los servicios de Afiliación y Cobranza, así como la administración.

Como puede observarse, este inventario de unidades presenta diferencias respecto al informe precedente que obedecen a movimientos de altas, bajas y reclasificación de inmuebles, resultantes de avances en el desarrollo de la infraestructura, o bien, de ajustes en los procesos operativos que requieren modificaciones en el tipo y funciones de estos inmuebles. Estos ajustes se precisan en los incisos correspondientes.

X.1.1. Unidades médicas

Para otorgar prestaciones médicas a la población derechohabiente, las unidades están organizadas en tres niveles de atención y regionalizadas. Esta organización responde a la frecuencia, distribución y características propias de los problemas de salud. La regionalización de servicios

permite el otorgamiento de las prestaciones médicas en áreas geográficas relativamente circunscritas, evitando grandes desplazamientos al acercar los servicios a la población, equilibrar la demanda de atención con los recursos instalados y mejorar la oportunidad y la calidad de la atención en un marco de inversión restringido por la situación financiera del Instituto.

El Instituto cuenta, a la fecha, con 1,500 unidades de primer nivel; de éstas, 1,100 son Unidades de Medicina Familiar (en 2008 se terminaron ocho UMF nuevas) y 400 son unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 28 años. Como se aprecia, este Informe reporta ocho unidades más de primer nivel respecto a las que señaló el año anterior, lo cual obedece a la diferencia entre la desconcentración de una UMF, de siete nuevas unidades de este tipo. En relación a unidades auxiliares se presenta una disminución de 31.

En lo que se refiere a hospitales generales, a la fecha de este Informe el Catálogo identifica 260 inmuebles, de los cuales, 225 hospitales para la atención en el segundo nivel tienen una antigüedad promedio de 31 años y de estos, 121 (53.7 por ciento) continúan prestando servicios de medicina familiar. En cuanto a Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), en 2008 se terminaron cuatro nuevas, para totalizar 33; seis corresponden a inmuebles autónomos y 27 son unidades anexas a UMF y Hospitales. Cabe mencionar que 30 se encuentran en operación actualmente.

En el tercer nivel de atención se incrementa de 36 a 37 el número de unidades, en razón de la reclasificación de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de Villa Coapa, que ahora se identifica en el rubro de infraestructura de apoyo a la atención médica. La infraestructura destinada a resolver la demanda de tercer nivel tiene, en promedio, 28 años de antigüedad.

Adicionalmente, se cuenta con 28 inmuebles con más de 24 años de antigüedad, que apoyan la atención o están dedicados a la educación y a la investigación médica, como se describe en el cuadro X.1.

Cuadro X.1.
Clasificación de Unidades Médicas por Nivel y Tipo, Diciembre 2008

Unidades Médico-Hospitalarias	1,795
Primer Nivel de Atención	1,500
Unidades de Medicina Familiar ^{1/}	1,100
Unidades Auxiliares de Medicina Familiar	400
Segundo Nivel de Atención	258
Hospitales Generales	225
Unidades Médicas de Atención Ambulatoria	33
Anexa a Unidad Médica (Unidad de Medicina Familiar u hospital)	27
Autónoma de Unidad Médica	6
Tercer Nivel de Atención	37
Infraestructura de Apoyo a la Atención Médica	7
Laboratorio de Citología Exfoliativa	1
Taller de Prótesis y Órtesis	1
Farmacias Centrales	5
Infraestructura para la Capacitación, Desarrollo Médico e Investigación en Salud^{2/}	28
Bibliotecas (Centros de Investigación y Documentación en Salud)	1
Escuelas de Enfermería	5
Centros de Investigación Educativa y Formación Docente	12
Unidades de Investigación Biomédica	9
Bioterio	1
Total de Unidades Médicas	1,830

^{1/} Incluye Unidades de Medicina Familiar que están en servicio.

^{2/} Mención aparte merecen las 174 bibliotecas, 58 salas de consulta electrónica y 168 salas de lectura, como parte de los recursos del Sistema Institucional de Documentación en Salud que se ubican físicamente en unidades médicas y/o de investigación, por lo que no se contabilizan como inmuebles independientes y no se incluyen en el total.

Fuente: IMSS.

En lo relativo a la infraestructura destinada para actividades de investigación biomédica, es importante señalar que las nueve identificadas en el cuadro X.1 corresponden a las que cuentan con inmueble independiente, pero en el sistema existen un total de 63 unidades en las que se realizan acciones de investigación epidemiológica, farmacológica, genética, de enfermedades neurológicas, infecciosas, de investigación clínica, educativas y de economía de la salud, entre otras, que operan en inmuebles de unidades médicas o administrativas del Instituto.

La distribución por región, Delegación y nivel de atención de los 1,795 inmuebles con que cuenta el Instituto en todo el sistema dedicados a la prestación de los servicios médicos, se señala en el cuadro X.2.

Cuadro X.2.

Distribución de Unidades Médicas en Servicio por Región y Delegación, Diciembre 2008

Región/Delegación	Derechohabientes Usuarios	Primer Nivel (Atención Ambulatoria)		Segundo Nivel		Tercer Nivel ^{3/}
		Medicina Familiar ^{1/}	Unidades Auxiliares	Hospitales ^{2/}	UMAA	
CENTRO	9,918,382	180	105	41	9	19
Distrito Federal Norte	1,563,464	21	51	7		10
Distrito Federal Sur	2,329,889	21	19	9	3	7
Guerrero	549,197	14	9	6	1	
México Oriente	2,878,828	43	17	10	3	
México Poniente	1,417,257	40	2	4	1	2
Morelos	464,408	21	1	3		
Querétaro	715,339	20	5	2	1	
Oficinas Centrales			1			
NORTE	9,311,485	276	60	51	12	7
Aguascalientes	535,521	10	1	2	1	
Coahuila	1,591,532	37	13	12	2	1
Chihuahua	1,569,586	48	7	10	3	
Durango	527,449	30	18	4		
Nuevo León	2,608,046	45	7	8	2	6
San Luis Potosí	792,612	30	6	6	1	
Tamaulipas	1,355,085	43	7	7	2	
Zacatecas	331,654	33	1	2	1	
OCCIDENTE	10,011,922	346	139	80	6	7
Baja California	1,413,392	28	4	8	2	
Baja California Sur	262,122	12	6	6	1	
Colima	249,922	10	6	3		
Guanajuato	1,644,698	34	4	12	1	2
Jalisco	3,003,823	101	59	16	2	4
Michoacán	831,378	43	17	9		
Nayarit	307,316	21	10	5		
Sinaloa	1,132,964	40	28	8		
Sonora	1,166,307	57	5	13		1
SUR	6,370,390	298	96	53	6	4
Campeche	250,627	9	5	2		
Chiapas	461,719	27	13	3		
Hidalgo	440,849	14	5	6		
Oaxaca	365,365	23	6	4	1	
Puebla	1,133,268	44		5	1	2
Quintana Roo	497,341	8	8	5	1	
Tabasco	326,188	31	2	3	1	
Tlaxcala	275,936	14		3		
Veracruz Norte	994,310	44	7	8	1	1
Veracruz Sur	823,116	60	23	9		
Yucatán	801,671	24	27	5	1	1
Total Nacional	35,612,179	1,100	400	225	33	37

^{1/} Incluye UMF, UMF/H y Unidad Médica Rural Esquema Modificado (UMRM).

^{2/} Incluye Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM). No incluye Laboratorio de Citología Exfoliativa.

^{3/} No incluye la unidad de Consulta Externa de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza".

Fuente: IMSS.

X.1.2. Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE)

En enero de 2004 el Instituto implementó un programa estratégico de desconcentración administrativa. Mediante los acuerdos 389/2003, 4/2004, 148/2004 y 447/2004, el Consejo Técnico autorizó la entrada en operación de 25 hospitales de tercer nivel de atención como Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y de 11 unidades médicas complementarias, teniendo como fundamento las reformas y adiciones al Reglamento de Organización Interna, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de junio de 2003.

Las UMAE son organismos de operación administrativa desconcentrada, constituidas por una o varias unidades médicas que otorgan servicios con calidad y eficiencia, para la atención de patologías de alta complejidad diagnóstica y terapéutica, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, y con equipamiento de tecnología compleja; forman y desarrollan personal, además de generar conocimiento a través de la investigación científica.

El objetivo principal de estas unidades es acercar a las áreas operativas la toma de decisiones técnicas y administrativas para responder a las necesidades de atención de los derechohabientes con un funcionamiento eficiente, coadyuvando a elevar la calidad de los servicios que presta el Instituto. Entre los criterios para su operación se incluyen la necesidad de contar con un órgano de gobierno propio, otorgar servicios médicos de tercer nivel de atención con altos estándares de calidad y eficiencia, contar con un programa de mejora continua de la calidad; para la capacitación y desarrollo gerencial, desarrollar investigación y contribuir en la generación de conocimiento y tecnología y, finalmente, rendir cuentas conforme a la normatividad vigente. La conformación de las UMAE, considerando el hospital principal y las unidades complementarias, se muestra en el cuadro X.3.

Cuadro X.3.

Conformación de las Unidades Médicas de Alta Especialidad

Distrito Federal

1. Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional "La Raza"
 - *Hospital de Psiquiatría "Morelos"
 - *Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional "La Raza"
2. Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional "La Raza"
 - *Hospital de Infectología "Dr. Daniel Méndez Hernández", Centro Médico Nacional "La Raza"
3. Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional "La Raza"
4. Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Magdalena de las Salinas
 - *Hospital de Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Magdalena de las Salinas
 - *Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
5. Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
6. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez", Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
 - *Hospital de Psiquiatría "San Fernando"
 - *Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
7. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
8. Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional "Siglo XXI"
9. Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala"
 - *Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Sur

Naucalpan, Estado de México

10. Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes"
 - *Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro

Guadalajara, Jalisco

11. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente
 - *Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional de Occidente
12. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente
13. Hospital de Gineco Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente

Monterrey, Nuevo León

14. Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste
 - *Hospital de Psiquiatría No. 22
15. Hospital de Cardiología No. 34
16. Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 21
 - *Unidad de Medicina Física y Rehabilitación No. 1
17. Hospital de Gineco Obstetricia No. 23 "Dr. Ignacio Morones Prieto"

Torreón, Coahuila

18. Hospital de Especialidades No. 71

Puebla, Puebla

19. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho"
20. Hospital de Traumatología y Ortopedia, Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho"

León, Guanajuato

21. Hospital de Especialidades No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío
22. Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Centro Médico Nacional del Bajío

Veracruz, Veracruz

23. Hospital de Especialidades No. 14, Centro Médico Nacional "Lic. Adolfo Ruiz Cortínes"

Ciudad Obregón, Sonora

24. Hospital de Especialidades No. 2 "Lic. Luis Donaldo Colosio Murrieta", Centro Médico Nacional Noroeste

Mérida, Yucatán

25. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Ignacio García Téllez"

*Unidad complementaria.

Fuente: IMSS.

Se reclasificó el inmueble que aloja las áreas de la consulta externa del Centro Médico Nacional “La Raza”, que hasta ahora se había considerado como una unidad independiente, para ser un servicio complementario de las UMAE que conforman ese Centro Médico.

Como se mencionó anteriormente, el tercer nivel de atención incrementa de 36 a 37 el número de unidades, en razón de la reclasificación de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de Villa Coapa, que ahora se identifica en el rubro de infraestructura de apoyo a la atención médica.

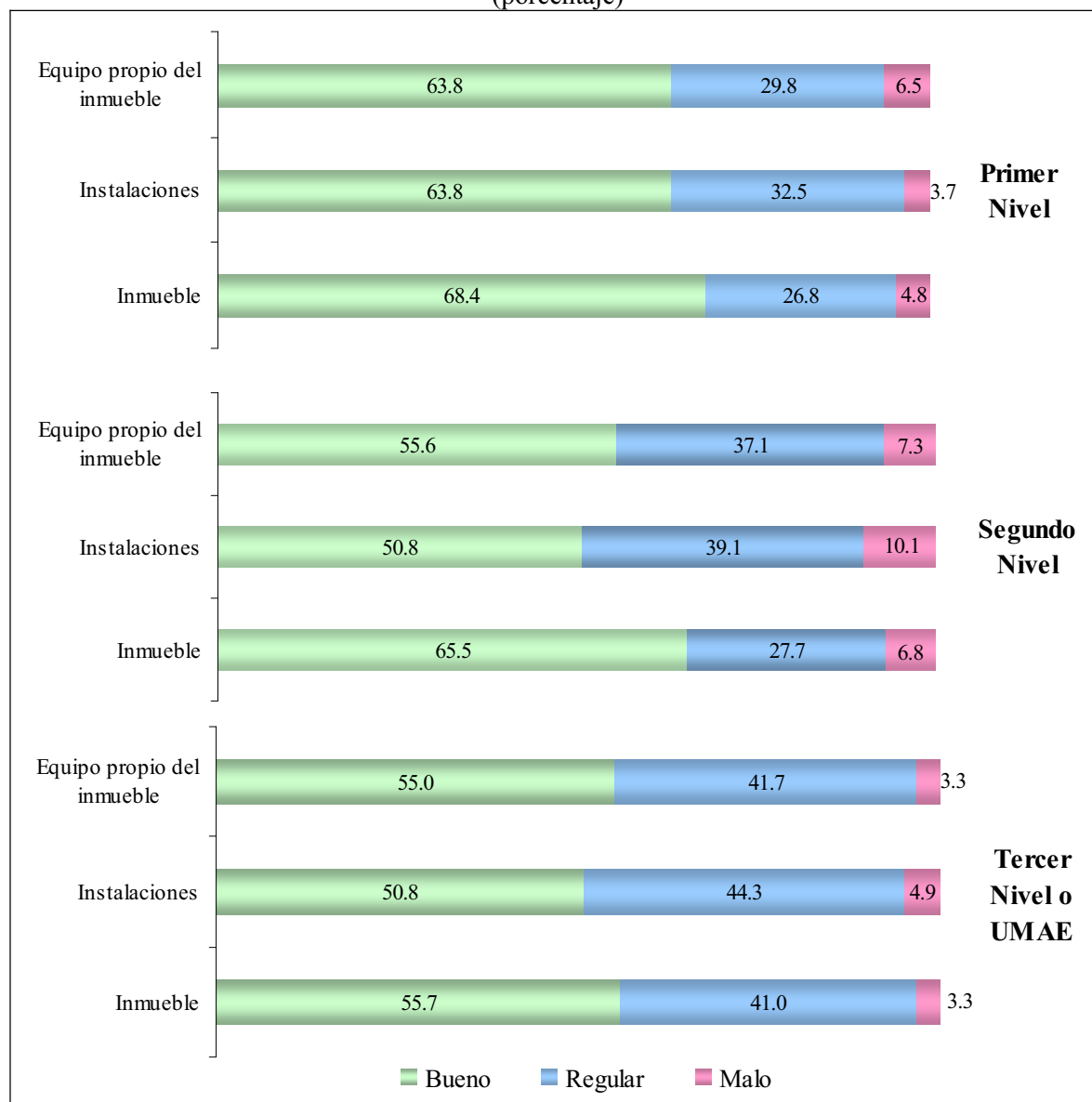
X.1.3. Estado que guardan las unidades médicas

Con objeto de evaluar las condiciones de los inmuebles para servicios médicos, se valoraron el estado físico del inmueble, instalaciones y equipos propios en 1,452 unidades médico-hospitalarias, unidades auxiliares y Unidades Médicas de Alta Especialidad. Es importante mencionar que en tres de cada cinco unidades (de primer, segundo y tercer niveles), el estado del inmueble, instalaciones y equipo se calificaron en “buenas condiciones”, por lo tanto se demandan acciones de mantenimiento preventivo rutinario y correctivo menor. Por otra parte, una de cada 25 unidades de primer nivel de atención y 23 de los 225 hospitales de segundo nivel obtuvieron una calificación de “malo” en sus instalaciones. La gráfica X.1 resume lo anterior. En términos generales predomina la calificación de “bueno” para la evaluación independiente de cada uno de estos rubros: inmueble, instalaciones y equipo propio del inmueble.

En lo referente al Programa de Sustitución de Equipo Electromecánico, durante 2008 fueron adquiridos 50 equipos de diversas especialidades, beneficiando a 13 Delegaciones; este Programa de Sustitución continuará en 2009 para atender el requerimiento de, aproximadamente, 600 equipos solicitados por las Delegaciones.

Dentro del proceso de mejora continua que se sigue en el Instituto para prestar un mejor servicio a los derechohabientes, se llevó a cabo la instalación de siete equipos de medicina nuclear (Gamma cámara) en igual número de Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Gráfica X.1.
Condición del Estado Físico de Inmuebles, Instalaciones y su
Equipo por Nivel de Atención, Diciembre 2008
 (porcentaje)



Fuente: IMSS.

X.1.4. Programa IMSS-Oportunidades

Como se mencionará más a detalle en el capítulo XII de este Informe, el Programa IMSS-Oportunidades ofrece servicios de salud a la población que carece de seguridad social y que habita principalmente en el medio rural y urbano marginado del país. No obstante, también atiende a derechohabientes del IMSS, a familias beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y del Sistema de Protección Social en Salud. Las reformas y adiciones a

la Ley General de Salud publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003 fortalecieron la relación del Programa con el Instituto, en particular en el Artículo 16 Transitorio, el cual define que la infraestructura de IMSS-Oportunidades pasa a ser patrimonio del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La infraestructura inmobiliaria del Programa IMSS-Oportunidades incluye unidades distribuidas en 17 estados del país en el ámbito rural y en 25 entidades federativas en el ámbito urbano, incluyendo el Distrito Federal, identificándose un total de 3,845 inmuebles. Para otorgar las prestaciones médicas a la población beneficiaria del Programa, las unidades están organizadas en dos niveles de atención, con la finalidad de lograr una mejor organización en la prestación de los servicios médicos y mejorar la oportunidad de la atención al evitar grandes desplazamientos de la población rural.

Las unidades médicas de primer nivel de atención corresponden a las Unidades Médicas Rurales, Unidades Médicas Auxiliares y Unidades Médicas Urbanas, en las que se otorgan servicios básicos de salud a la población usuaria. En promedio, resuelven alrededor de 85 por ciento de los problemas de salud de baja complejidad de la población usuaria y requieren contar con recursos básicos para su diagnóstico y tratamiento. Las unidades médicas de segundo nivel de atención comprenden a los Hospitales Rurales que atienden a los pacientes remitidos por las unidades médicas de primer nivel, de acuerdo con la regionalización establecida para recibir atención médica especializada con recursos hospitalarios, de conformidad con la complejidad de su padecimiento, correspondiendo a este nivel aproximadamente 15 por ciento de la demanda de atención.

Del total de 3,845 inmuebles del Programa, 3,775 son unidades médicas de primer nivel: 3,454 Unidades Médicas Rurales, 95 Unidades Médicas Auxiliares y 226 Unidades Médicas Urbanas. En el segundo nivel se cuenta con 70 Hospitales Rurales, como se aprecia en el cuadro X.4.

Cuadro X.4.
Programa IMSS-Oportunidades
Clasificación de Unidades Médicas por Nivel y Tipo, 2008

Unidades Médicas	3,845
Primer nivel de atención	3,775
Unidades Médicas Rurales	3,454
Unidades Médicas Auxiliares	95
Unidades Médicas Urbanas	226
Segundo nivel de atención	70

Fuente: Unidad IMSS-Oportunidades.

La distribución por región, Delegación y nivel de atención de los 3,845 inmuebles con que cuenta el Programa se señala en el cuadro X.5.

Cuadro X.5.
Programa IMSS-Oportunidades
Distribución de Unidades por Nivel de Atención y Delegación, 2008

Delegación	Número de Regiones	Primer Nivel				Segundo Nivel
		Total	Unidades Médicas Rurales	Unidades Médicas Auxiliares	Unidades Médicas Urbanas	Hospitales Rurales
Baja California	1	11	11			1
Campeche	1	44	39	1	4	1
Coahuila	2	85	70	9	6	3
Chiapas	7	565	506	47	12	10
Chihuahua	2	148	140	4	4	3
Distrito Federal		19	1		18	
Durango	2	164	152	11	1	3
Guanajuato		11			11	
Guerrero		16			16	
Hidalgo	3	220	212	2	6	4
Jalisco		9			9	
Edo. de México		8			8	
Michoacán	3	351	334	2	15	5
Morelos		4			4	
Nayarit	1	83	79		4	1
Nuevo León		3			3	
Oaxaca	5	484	453	17	14	9
Puebla	3	316	306		10	6
Querétaro		4			4	
San Luis Potosí	2	208	202		6	4
Sinaloa	2	109	104		5	3
Sonora		5			5	
Tamaulipas	1	104	102	2		3
Tlaxcala		3			3	
Veracruz Norte	2	297	291		6	2
Veracruz Sur	2	260	228		32	3
Yucatán	2	94	83		11	4
Zacatecas	2	150	141		9	5
Total Nacional	43	3,775	3,454	95	226	70

Fuente: IMSS-Oportunidades. SISPA 2008.

X.1.4.1. Estado que guardan las unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades

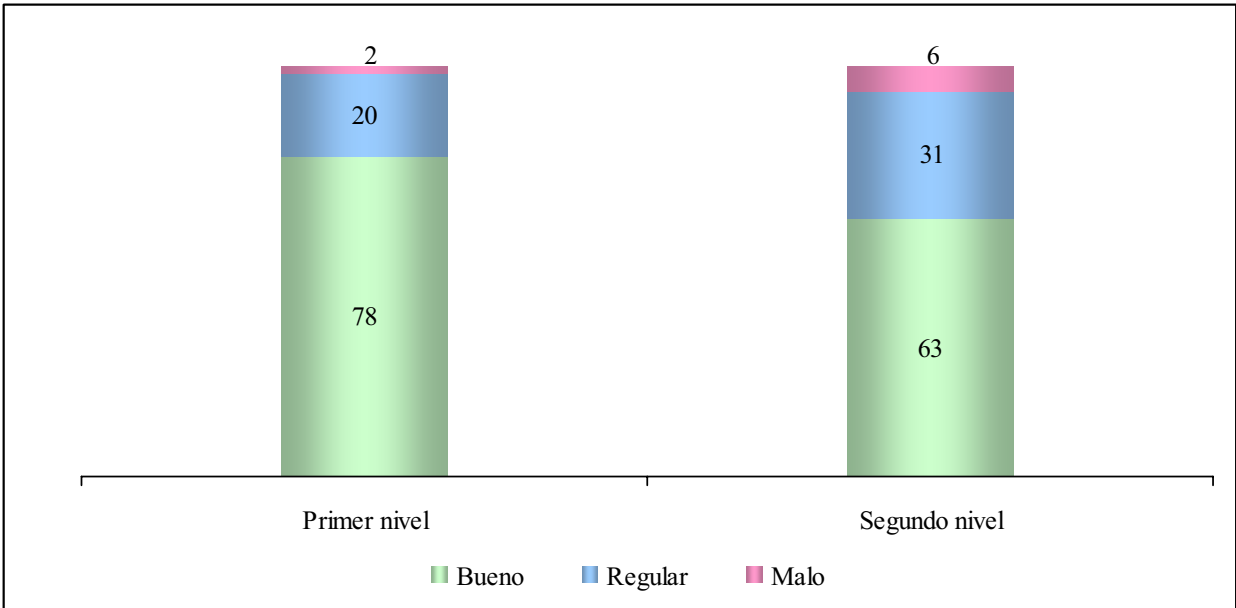
Con el propósito de garantizar la adecuada conservación de los inmuebles de las Unidades Médicas Rurales (UMR), existe un equipo de asesoría y supervisión zonal por cada 18 UMR, en promedio, con un técnico polivalente que en forma bimestral visita el total de las unidades de su ámbito de responsabilidad, a fin de proporcionar el mantenimiento en el primer nivel de atención;

en caso de requerir un segundo nivel, solicita el apoyo del Jefe de Conservación del Hospital Rural correspondiente. Cabe señalar que anualmente se autoriza una partida presupuestal por unidad médica para el desarrollo de las actividades antes señaladas.

Con el propósito de evaluar el estado físico de los inmuebles, año con año se supervisan los 70 Hospitales Rurales del Programa; por lo que respecta a las unidades médicas de primer nivel, 30 por ciento se realiza en forma directa y 70 por ciento en forma indirecta, de acuerdo con la autoevaluación que efectúan y envían las propias Delegaciones.

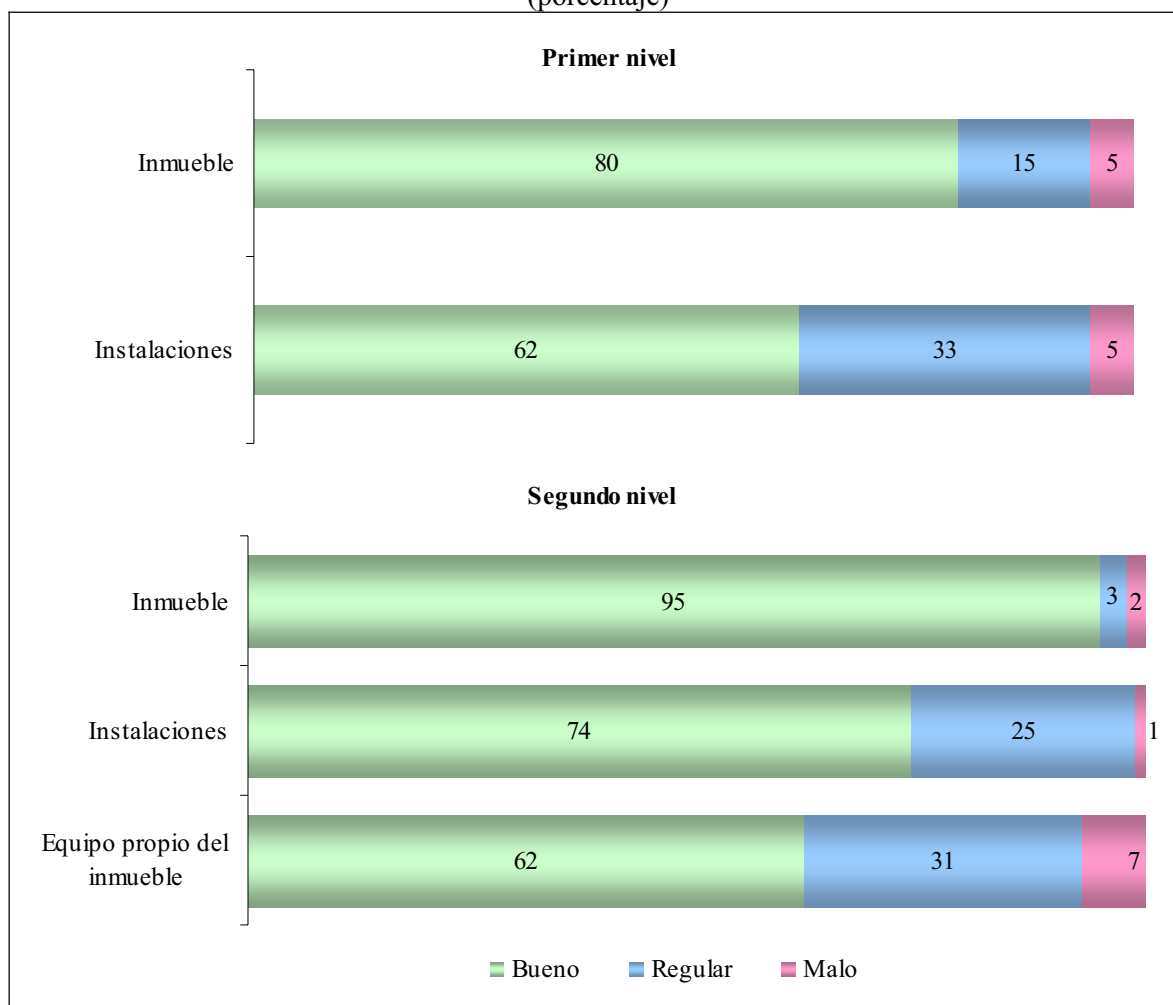
Como resultado de ello, al corte de 2008, 44 hospitales de segundo nivel se encuentran en buen estado de conservación (63 por ciento), 22 en regular estado (31 por ciento) y cuatro en mal estado (6 por ciento), debido principalmente a que sus equipos de casa de máquinas rebasaron su tiempo de vida útil y presentan problemas continuos de operación. En relación con el primer nivel, 2,952 unidades se encuentran en buen estado (78 por ciento), 753 en estado regular (20 por ciento) y 70 se calificaron en mal estado (2 por ciento), lo que se ilustra en la gráfica X.2. La calificación de los diferentes rubros por capítulo se muestra en la gráfica X.3.

Gráfica X.2.
Programa IMSS-Oportunidades
Distribución del Estado Físico de Inmuebles, Equipos e Instalaciones por Nivel de Atención, 2008
(porcentaje)



Fuente: Cédulas de Supervisión de Conservación 2008, IMSS-Oportunidades.

Gráfica X.3.
Programa IMSS-Oportunidades
Situación que Guardan el Estado Físico de Inmuebles, Equipos Electromecánicos
e Instalaciones por Nivel de Atención, 2008
 (porcentaje)



Fuente: Cédulas de Supervisión de Conservación 2008, IMSS-Oportunidades.

En general, los inmuebles se encuentran en buenas condiciones y cumplen con la funcionalidad y seguridad, tanto para los usuarios que acuden para su atención médica, como para el personal de los equipos de salud, considerando que dichos inmuebles cuentan con un promedio de más de 25 años de antigüedad y que en su gran mayoría están ubicados en lugares lejanos y dispersos del territorio nacional, a los que se puede acceder en 80 por ciento por caminos de terracería o brechas y con un tiempo promedio de traslado en vehículo de cinco horas o más, desde las capitales de los estados.

X.1.5. Unidades no médicas

La infraestructura inmobiliaria no médica del Instituto se conforma por unidades o inmuebles donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales, de incorporación y recaudación, de servicios administrativos, de servicios generales y los inmuebles desocupados, teniendo una distribución conforme a lo señalado en el cuadro X.6.

Cuadro X.6.
Clasificación de Inmuebles No Médicos, Diciembre 2008^{/1}

Unidades de Prestaciones Económicas y Sociales	420
Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar	114
Teatros	12
Deportivos	4
Tiendas	24
Centros Vacacionales	4
Velatorios	8
Guarderías	249
Biblioteca	1
Albergues	3
Unidad de Congresos	1
Unidades de Incorporación y Recaudación	25
Subdelegación	25
Unidades Administrativas	36
Oficinas Delegacionales	15
Casas Delegados	20
Organismo de Seguridad Social (CIESS)	1
Unidad de Servicios Generales	85
Lavanderías Regionales	11
Centros de Capacitación	3
Unidades de Reproducciones Gráficas	2
Módulos de Ambulancias y Transportes	4
Estacionamientos	6
Centrales de Servicios	5
Almacenes	42
Bodegas	7
Bodegas de Bienes Embargados	5
Unidades Desocupadas	117
Terrenos	97
Inmuebles Pendientes de Aplicar	20
Total	683

^{/1} Sólo se refiere a los inmuebles propios.
Fuente: IMSS.

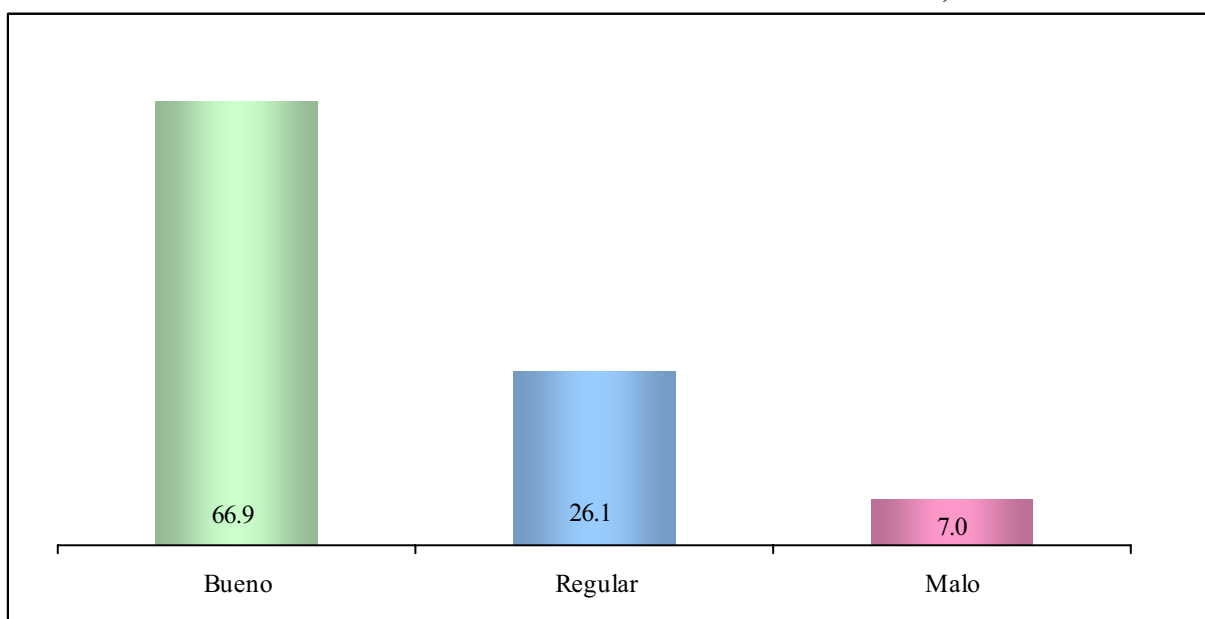
Cabe señalar que la información anterior no incluye a las unidades que operan en inmuebles rentados, prestados o en comodato.

X.1.5.1. Estado que guardan los inmuebles no médicos

El estado que guardan los inmuebles institucionales para proporcionar los servicios Administrativos y de Prestaciones Económicas y Sociales, almacenes en el IMSS, servicios administrativos y otros de servicios generales, se valora mediante el estado físico de los mismos, así como instalaciones y equipos propios del inmueble; actualmente el Instituto cuenta con 1,063 inmuebles de este tipo.

En lo que se refiere a los equipos propios del inmueble y sus instalaciones, la calificación resultó satisfactoria. En relación con los inmuebles en particular, dos de cada tres de ellos resultaron en buenas condiciones. La gráfica X.4 resume lo anterior.

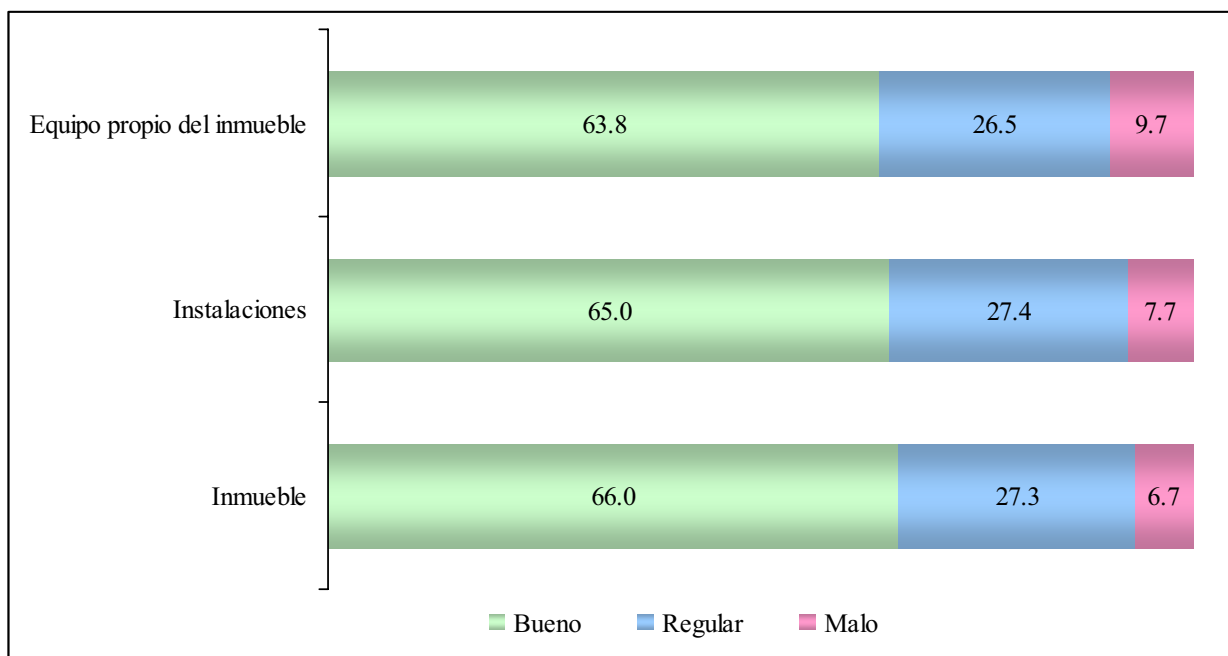
Gráfica X.4.
Distribución del Estado Físico de Inmuebles en Unidades No Médicas, Diciembre 2008



Fuente: IMSS.

Como en el caso de los inmuebles médicos, en esta valoración los inmuebles que se calificaron en “buenas condiciones” representan condiciones adecuadas de funcionalidad y seguridad, tanto para derechohabientes como para trabajadores, y sólo demandan acciones de mantenimiento preventivo rutinario y correctivo menor. Así lo presenta la gráfica X.5.

Gráfica X.5.
Indicador del Estado Físico de los Inmuebles, Equipos e Instalaciones en Unidades No Médicas,
Diciembre 2008



Fuente: IMSS.

X.2. Equipamiento Médico Institucional

X.2.1. Panorama general del equipo médico institucional

El Instituto cuenta con equipo médico distribuido en la red de 1,795 unidades médicas descritas en la sección anterior. El equipo médico forma parte de la tecnología que a lo largo de más de 60 años el Instituto ha logrado obtener mediante diversas estrategias. Su obsolescencia y el surgimiento de nuevas tecnologías en medicina han hecho indispensable que la institución implemente un programa destinado a mejorar la calidad de los servicios médicos, a través de la incorporación de tecnología de diagnóstico y terapia de vanguardia, cuyos objetivos principales son anticiparse al daño y contener los costos asociados a las enfermedades de alto impacto epidemiológico.

En la actualidad, la administración y planeación de su sustitución requieren la evaluación de la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de los nuevos equipos médicos que se utilizarán en los servicios de salud para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. En este proceso de selección de tecnologías se deben considerar el costo, la demografía, epidemiología,

el personal usuario, la capacitación, el rendimiento del equipo al máximo de su capacidad y el impacto esperado en los resultados de la salud de la población a quien va dirigido.

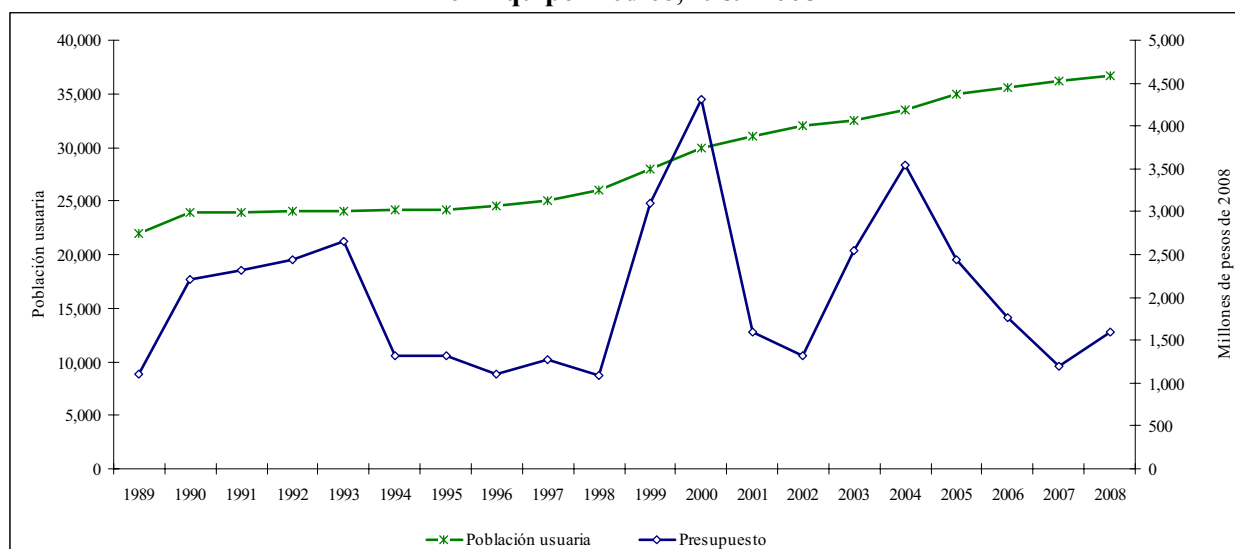
No obstante lo anterior, es muy difícil establecer el momento óptimo para la sustitución de equipos, toda vez que su vida promedio es definida por los propios fabricantes y aun para equipos similares ésta es heterogénea. Asimismo, la obsolescencia puede ser determinada por falta de refacciones, accesorios y consumibles, o bien, por descomposturas frecuentes que disminuyen su productividad. A lo anterior se agrega la sustitución de equipos que, manteniendo vida útil, son rebasados por el surgimiento de tecnologías menos invasivas, de bajo costo de utilización y que superan las opciones diagnósticas y terapéuticas existentes.

X.2.2. Inversión en equipamiento

La asignación de recursos para inversión en equipo médico ha sido muy variable y a partir de 2004 presenta una tendencia a la baja, como se observa en la gráfica X.6. En 2008 la inversión en equipamiento médico fue de 1,666 millones de pesos.

A pesar del incremento constante de derechohabientes usuarios, la tendencia de la inversión en equipo, en pesos reales, se ha mantenido en niveles muy similares desde 1994, a excepción del esfuerzo de inversión en 1999-2000 y la recuperación de 2003-2004-2005.

Gráfica X.6.
Crecimiento de la Población Derechohabiente Usuaría y Recursos para la Inversión en Equipo Médico, 1989-2008



Fuente: IMSS.

Durante 2008 se realizó un esfuerzo importante que permitió que la inversión en equipo médico fuera superior en 48 por ciento a 2007. Por ejemplo, no tiene precedente la adquisición de ambulancias para renovar aquellas unidades que por su antigüedad habían perdido funcionalidad, el impulso del cambio de los equipos de imagenología, así como la adquisición de elevadores para facilitar el acceso a los servicios que se prestan en 98 Unidades Médicas y cuya instalación se ha efectuado en 2009.

Sin embargo, todavía existieron algunas situaciones que evitaron que el impacto positivo de este esfuerzo fuera aún mayor, como un proceso de adquisición afectado por procesos licitatorios incompletos, por cuestiones técnicas y precios altos, catalogados como inconvenientes por el Instituto. Es importante mencionar que algunos rubros de servicios médicos se han llevado a cabo a través de la subrogación del servicio.

X.2.3. Equipo médico adquirido

En el año 2008 se obtuvieron recursos para la adquisición de 25,599 bienes con un importe de 704.5 millones de pesos; finalmente se adquirieron 10,537 artículos por los cuales se erogó un total de 299.1 millones de pesos.

En cuanto a equipo médico del grupo de Imagen y Radiaciones, se tiene diferido el proceso de adquisición de 52 bienes por un monto de 962.1 millones de pesos; de estos, en el primer trimestre de 2009 se concluyó la adquisición de 21 Unidades de Tomografía de hasta 20 cortes, por un importe de 311.3 millones de pesos y siete Cámaras de Centelleo por 77.3 millones de pesos.

Cuadro X.7.
Equipo Médico Adquirido en 2008 por Programa y Nivel de Atención
(millones de pesos)

Programa	1er. Nivel		2o. Nivel		3er. Nivel		Total	
	Bienes	Importe	Bienes	Importe	Bienes	Importe	Bienes	Importe
Carros Rojos	104	25.0	284	68.2	146	35.0	534	128.2
Monitoreo	2	0.2	126	24.1	32	11.0	160	35.3
Programa de Oftalmología	3	0.0	349	51.5	97	13.9	449	65.5
Programa de Enfermería	6,805	26.0	1,491	7.7	42	0.1	8,338	33.8
Programa de Red Fría	447	8.0	149	2.7	7	0.0	603	10.7
Programa de Salud en el Trabajo	100	0.0	48	0.0			148	0.0
Programa de Soporte de Vida	10	4.5	29	13.1	7	3.2	46	20.7
Programa de Trasplantes			140	3.5	119	1.5	259	5.0
Total	7,471	63.7	2,616	170.7	450	64.7	10,537	299.1

Fuente: IMSS.

X.2.4. Equipo médico con presupuesto autorizado en proceso de adquisición

Derivado de que algunas partidas se declararon desiertas, se tienen pendientes de compra 14,972 artículos de diversos programas, con un presupuesto de 2008 de 404.7 millones de pesos, así como la adquisición de 24 bienes de Imagen y Radiaciones, con un importe comprometido de 572.5 millones de pesos.

X.2.5. Equipo médico pendiente de adquirir

Las necesidades acumuladas de equipo y mobiliario, la obsolescencia y deterioro no resueltos, el reto en la incorporación de nuevas tecnologías que resulten costo-efectivas y el agotamiento de la vida útil de bienes que hacen imprescindible su reemplazo, integran una importante cartera de urgentes requerimientos de adquisición, cuyo monto asciende a 4,692 millones de pesos.

Es necesario ejecutar las etapas que se planean en forma consecutiva para la sustitución de equipo médico en diversas áreas y servicios como Imagenología, Anestesia, Angiógrafos, Red Fría, Estuches de Diagnóstico y Equipo de Rehabilitación, especificados en el cuadro siguiente.

Cuadro X.8.
Solicitudes Pendientes para la Adquisición de Equipo por Programas y Tipo de Bien, 2009
(millones de pesos)

Programa	Cantidad de Bienes	Monto
Servicios de Imagenología	782	3,111.5
Servicios de Anestesiología	481	365.5
Angiógrafos	26	904.1
Red Fría	1,014	57.9
Estuches de Diagnóstico para UMF	6,814	69.3
Equipo de Rehabilitación	2,814	184.2
Total	11,931	4,692.6

Fuente: IMSS.

En cuanto a los requerimientos en las unidades médicas, es importante mencionar que además de estos requerimientos, en la Proforma Requisición Electrónica se encuentra todavía una solicitud que alcanza los 282,292 artículos, con un importe de 8,544 millones de pesos.

También se requieren recursos para mantener activa la evaluación de la tecnología y los estudios de costo-beneficio que son indispensables, de la misma manera que es necesario continuar con las actividades de investigación en salud. Actualmente el Instituto lleva a cabo uno de cada cuatro proyectos de este tipo de investigación en el país y con ello contribuye a mejorar

los servicios que otorga a los derechohabientes, y promueve el desarrollo de la medicina social. De ahí la necesidad de continuar su práctica de contribuir a aplicar la biotecnología para otorgar mejores servicios de salud, así como de demostrar el valor de la medicina basada en evidencias para la toma de decisiones sobre cuestiones de la salud de nuestra población.

El Instituto enfrenta el enorme reto de dar respuesta con calidad a la creciente demanda de servicios por parte de la población en un escenario en el que los recursos son cada vez más limitados. Por ello, adquiere especial importancia la adecuada definición de prioridades, que para las instalaciones y equipo médico se pueden resumir como sigue:

- Inversión para la adquisición de nuevo equipo y sustitución del ya obsoleto que permita fortalecer la atención médica ambulatoria en sus tres componentes: prevención, atención al daño y rehabilitación, con el propósito de mejorar la calidad en la prestación de servicios médicos;
- Conclusión y ampliación de instalaciones y puesta en operación de unidades médicas nuevas para cubrir las necesidades de infraestructura, principalmente necesidades de consultorios, camas, quirófanos y servicios de Urgencias en hospitales generales;
- Planeación de la inversión en tecnología diagnóstica y terapéutica de avanzada en hospitales de alta especialidad, y
- Particularmente en el equipo médico considerado de vanguardia, es necesario revisar los costos unitarios de los mismos, ya que con el cambio de paridad con el dólar americano y otras monedas el instrumental quirúrgico y los equipos médicos han aumentado su costo considerablemente.

X.3. Programa de Inversiones

Esta sección describe las acciones y resultados de lo realizado en 2008 y lo que se tiene programado para 2009. Aparte del carácter informativo de este apartado, se pretende aportar elementos de juicio que ayuden a dimensionar el reto que enfrenta el Instituto para ampliar la disponibilidad y capacidad de las unidades que ofrecen servicios de salud a través de la inversión en infraestructura médica. Asimismo, informa que se reestructuró integralmente la organización del área de Infraestructura y se actualizaron las políticas, bases y lineamientos de obra pública a fin de asegurar mejores condiciones para el Instituto. Ello permitió acelerar los procesos de licitación, mejorar la supervisión e integrar conceptos de sustentabilidad a los nuevos proyectos,

tales como energía solar y acceso a personas con capacidades diferentes, entre otros. Además, se definió el Programa de Obra Pública hasta 2012 sobre criterios objetivos (camas por 1,000 derechohabientes usuarios).

X.3.1. Medicina familiar

Como se ha comentado en informes previos, para responder a la obsolescencia que resulta de los 28 años de edad promedio de nuestras Unidades de Medicina Familiar, a las condiciones inadecuadas de operación, a las necesidades de remodelación y ampliación de servicios, así como a las adecuaciones en los inmuebles a las que obligan las actividades de PREVENIMSS y del Proceso de Mejora de Medicina Familiar, las prioridades de inversión establecieron como premisas básicas en la presente administración, construir nuevas Unidades de Medicina Familiar para incrementar la infraestructura en consultorios y ampliar la capacidad de atención, pero también remodelar UMF existentes para mejorar su funcionalidad e imagen, recuperar las obras inconclusas, favorecer la implantación del Proceso de Mejora de Medicina Familiar, incluyendo la estrategia PREVENIMSS; impulsar la modernización y sistematización de la operación de los servicios médicos y el expediente clínico electrónico; establecer el servicio de rehabilitación física en el primer nivel de atención; modernizar y sistematizar las farmacias y, por último, diseñar nuevos esquemas de atención para los jornaleros agrícolas.

La pasada administración, después de un periodo caracterizado por profundizar en el proceso de análisis y planeación para fortalecer las unidades médicas a través de la inversión de la infraestructura, consideró como una acción fundamental el cumplimiento del Proceso de Mejora de Medicina Familiar. Éste se estructura a partir del concepto de atención integral a la salud mediante la articulación de todos los servicios (Medicina Preventiva, Atención al Daño y Rehabilitación) en la UMF, con el médico familiar como eje del trabajo del equipo de salud, y con la participación activa del asegurado y de su familia. La promoción de la demanda informada de servicios preventivos y curativos permite la atención continua y coordinada entre estos servicios, en cada ocasión que se les utiliza. De tal suerte que se logra el cuidado y la satisfacción de las necesidades y expectativas de salud de la población, con oportunidad y en la secuencia técnicamente correcta.

Se considera haber logrado un cambio relevante en la atención que se brinda a los derechohabientes, al incorporar los servicios de Rehabilitación Física en el primer nivel de atención. La incorporación de estos servicios permite apoyar la limitación del daño y la

recuperación funcional del individuo a través de acciones diagnósticas y terapéuticas más oportunas. El módulo de rehabilitación en estas unidades hará posible la atención inicial de accidentes de trabajo, la rehabilitación en padecimientos crónico-degenerativos, la estimulación temprana del niño, así como dar continuidad a las acciones de rehabilitación iniciadas en el segundo y tercer niveles de atención. Esta infraestructura de servicios logrará, además, un impacto favorable en la disminución de días de incapacidad temporal para el trabajo, al acortar los tiempos de espera y el proceso mismo de rehabilitación del paciente. Las Unidades de Medicina Familiar a las que se agregó este módulo durante 2008 se describen en el cuadro X.9.

Cuadro X.9.
Unidades Médicas Nuevas, Agregando un Módulo de Rehabilitación, 2008

Delegación	Localidad	Unidad	Estatus
Coahuila	Saltillo	UMF-10 Consultorios y UMAA	Concluida
Durango	Gómez Palacio	UMF-10 Consultorios y UMAA	Concluida
Sinaloa	Culiacán	UMF-10 Consultorios y UMAA	En proceso
Michoacán	Uruapan	UMF-10 Consultorios	En proceso
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	UMAA y Módulo Rehabilitación	En proceso
Veracruz Sur	Córdoba	UMF-10 Consultorios	Concluida

Fuente: IMSS.

Para la planeación de nuevas UMF se partió de la actualización de los prototipos para los modelos arquitectónicos, incorporando al proceso de la consulta del médico familiar las acciones que tradicionalmente se habían ofrecido al derechohabiente en las áreas de servicio de medicina preventiva. Lo anterior con el propósito de propiciar una atención integral y garantizar la aplicación de las acciones propuestas en PREVENIMSS. Este prototipo arquitectónico sustentó los proyectos de las nuevas unidades incorporadas al programa de construcciones, adicionando también, en 11 de éstas, el servicio de Rehabilitación Física.

En este contexto, en 2008 fueron concluidas ocho nuevas Unidades de Medicina Familiar (una de ellas para sustitución), todas en operación, con lo que se agregaron a la infraestructura de servicios de primer nivel 63 consultorios: 60 que representan un incremento real y tres que sustituyen a un número equivalente de consultorios que se encontraban en locales que por su deterioro tenían que ser renovados.

Del total de las Unidades de Medicina Familiar proyectadas quedan en proceso 12 para 2009, una por iniciar y otra para sustitución. La ubicación y situación de estas unidades se señalan en el cuadro X.10.

Cuadro X.10.
Unidades de Medicina Familiar, 2008

Región/Delegación	Localidad	Unidad	Estatus
Centro			
Distrito Federal Sur	Orizaba, Col. Roma	UMF-10 Consultorios	En proceso
Estado de Méx. Ote.	Apaxco	UMF-5 Consultorios	En proceso
Estado de Méx. Ote.	Chimalhuacán	UMF-10 Consultorios	En proceso
Morelos	Yecapixtla	UMF-5 Consultorios	Concluida
Norte			
Coahuila	Saltillo	UMF-10 Consultorios y UMAA	Concluida
Chihuahua	Madera	UMF-5 Consultorios	Concluida
Chihuahua	Nuevo Casas Grandes	UMF-10 Consultorios	Por iniciar
Durango	Gómez Palacio	UMF-10 Consultorios y UMAA	Concluida
San Luis Potosí	Tamazunchale	UMF-3 Consultorios	Concluida
Tamaulipas	Matamoros	UMF-10 Consultorios y UMAA	En proceso
Tamaulipas	Cd. Victoria	UMF-10 Consultorios	En proceso
Occidente			
Baja California	Tecate	UMF-10 Consultorios	Concluida
Guanajuato	León Sur	UMF-10 Consultorios	Concluida
Michoacán	Uruapan	UMF-10 Consultorios	En proceso
Michoacán	Zamora	UMF-10 Consultorios	En proceso
Sinaloa	Culiacán	UMF-10 Consultorios y UMAA	En proceso
Sonora	Hermosillo	UMF-10 Consultorios y UMAA	En proceso
Sonora	Puerto Peñasco	UMF-5 Consultorios	En proceso
Sur			
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	UMF-10 Consultorios	En proceso
Tabasco	Cárdenas	UMF-10 Consultorios	Sustitución
Veracruz Norte	Poza Rica	UMF-10 Consultorios	En proceso
Veracruz Sur	Córdoba	UMF-10 Consultorios	Concluida

Fuente: IMSS.

X.3.2. Hospitales generales

Las prioridades de la inversión institucional en el segundo nivel de atención se han orientado al fortalecimiento de hospitales en operación, a la construcción de nuevos hospitales para aumentar la infraestructura en camas, a recuperar las obras inconclusas y a construir Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) para disminuir la demanda de camas de hospital.

En lo que respecta a los hospitales en operación, además de las medidas orientadas a modernizar y sistematizar la operación de las farmacias de los hospitales, se planeó ampliar la capacidad resolutive de los hospitales regionales y algunos generales, cuya ubicación lo requería,

con el propósito de incrementar la autonomía zonal en la solución de los problemas de salud que tradicionalmente han requerido del apoyo de hospitales de tercer nivel y con ello disminuir la necesidad de trasladar a los pacientes, así como reducir los costos para su atención.

Durante 2008 se concluyeron las acciones de fortalecimiento (ampliación y remodelación) correspondientes al Hospital General de Zona 1A “Los Venados” del Distrito Federal, quedando cinco acciones de fortalecimiento en proceso para 2009, cuya localización se precisa en el cuadro X.11.

Cuadro X.11.
Hospitales con Acciones de Fortalecimiento de Unidades Médicas, Diciembre de 2008

Delegación	Hospital	Localidad	Estatus
Durango	HGZ/MF No. 1 ^{1/}	Durango	En proceso
Baja California	HGZ No. 1 ^{2/}	La Paz	En proceso
Nayarit	HGZ No.1	Tepic	En proceso
Chiapas	HGZ No. 2	Tuxtla Gutiérrez	En proceso
Veracruz Sur	HGZ/MF No. 36	Coatzacoalcos	En proceso

^{1/} HGZ/MF= Hospital General de Zona con Medicina Familiar.

^{2/} HGZ= Hospital General de Zona.

Fuente: IMSS.

En relación con la construcción de hospitales nuevos, en 2008 se inició la construcción del HGZ de Apodaca, Nuevo León, y en 2009 los HGS de Tecate, Baja California y San José del Cabo, Baja California Sur, por lo que, aunado a los cinco que se empezaron en años anteriores, se cuenta con ocho hospitales en proceso de construcción. A excepción de los tres mencionados, cuya conclusión se espera en 2010, se tiene planeado terminar los demás en 2009, lo que representa agregar 558 camas hospitalarias en este nivel en dicho año y 212 en 2010, como se describe en el cuadro X.12.

Cuadro X.12.
Hospitales Generales en Proceso de Construcción, 2008-2009

Delegación	Localidad	Unidad	Estatus	Fecha de Término
Distrito Federal Norte	San Pedro Xalpa	HGZ-188 Camas y UMAA	En proceso	2009
Chihuahua	Nuevo Casas Grandes	HGS-40 Camas	En proceso	2009
Jalisco	Tepatitlán	HGZ-72 Camas	En proceso	2009
Puebla	La Margarita	HGZ-186 Camas	En proceso	2009
Quintana Roo	Playa del Carmen	HGZ-72 Camas	En proceso	2009
Baja California	Tecate	HGS-34 Camas	En proceso	2010
Baja California Sur	San José del Cabo	HGS-34 Camas	En proceso	2010
Nuevo León	Apodaca	HGZ-144 Camas	En proceso	2010

Fuente: IMSS.

X.3.2.1. Unidades Médicas de Atención Ambulatoria

Con el propósito de abatir los rezagos en la infraestructura hospitalaria, disminuir el uso de las camas en hospitales generales y racionalizar la inversión, se continuó impulsando la construcción y puesta en operación de Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA). En 2008 se terminaron cuatro; sólo una está en operación (Tlalnepantla) y tres se encuentran en proceso de equipamiento, quedando 11 en proceso de construcción (nueve a terminarse en 2009 y dos en 2010). En el cuadro X.13 se detallan los proyectos mencionados.

Cuadro X.13.
Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, 2008

Delegación	Localidad	Estatus
Distrito Federal Norte	San Pedro Xalpa	En proceso
Distrito Federal Sur	Cuajimalpa	En proceso
Estado de México Ote.	Chalco	En proceso
Estado de México Ote.	Tlalnepantla	Concluida
Coahuila	Saltillo	Concluida
Durango	Gómez Palacio	Concluida
Nuevo León	Apodaca	En proceso
Tamaulipas	Matamoros	En proceso
Michoacán	Morelia	En proceso
Nayarit	Tepic	En proceso
Sinaloa	Culiacán	En proceso
Sonora	Hermosillo	En proceso
Campeche	Campeche	Concluida
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	En proceso
Puebla	Puebla (Margarita)	En proceso

Fuente: IMSS.

X.3.3. Unidades Médicas de Alta Especialidad

Continuando con los proyectos para el fortalecimiento de la infraestructura física, para el desarrollo de los procesos que fueron desconcentrados, en el ejercicio 2008 se concluyeron tres obras de ampliación o remodelación en Unidades Médicas de Alta Especialidad, quedando 15 en proceso, para su conclusión en 2009, como se muestra en el cuadro X.14.

Cuadro X.14.
Obras de Ampliación y Remodelación en Unidades Médicas de Alta Especialidad, 2009

Unidad	Localidad	Fecha Inicio	Fecha Término
Hospital de Especialidades No.71	Torreón, Coah.	Mar-09	Jun-09
Hospital de Cardiología No.34 (dos proyectos)	Monterrey, N. L.	Mar-09	Jun-09
Hospital de Especialidades No. 1	León, Gto.	Jul-06	Jun-09
Hospital de Gineco Pediatría No. 48	León, Gto.	May-06	Ene-09
Hospital de Especialidades	Guadalajara, Jal.	Feb-06	Mar-09
Hospital de Gineco Obstetricia	Guadalajara, Jal.	Abr-06	Jul-09
Hospital de Pediatría	Guadalajara, Jal.	Ago-08	Mar-09
Unidad de Medicina Física UMAE	Magdalena de las Salinas	Ago-08	Ene-09
Hospital General	Centro Médico Nacional “La Raza”	Jun-06	Mar-09
Hospital de Especialidades	Centro Médico Nacional “La Raza”	Sep-09	Dic-09
Banco Central de Sangre	Centro Médico Nacional “Siglo XXI”	Feb-09	Jul-09
Hospital de Cardiología	Centro Médico Nacional “Siglo XXI”	May-06	Abr-09
Hospital de Oncología	Centro Médico Nacional “Siglo XXI”	Ene-09	Mar-09
Hospital de Especialidades	Puebla, Pue.	Jun-06	Abr-09

Fuente: IMSS.

X.3.4. Programa IMSS-Oportunidades

La reforma a la Ley General de Salud ordena que la infraestructura del Programa IMSS-Oportunidades, así como cualquier inversión futura en este Programa, pase a formar parte del patrimonio del IMSS. Ello ofrece al Instituto la posibilidad de optimizar la infraestructura médica existente, atender derechohabientes en sus instalaciones e invertir recursos institucionales para este propósito. Con este marco de referencia se ha determinado la aplicación de una serie de medidas a efecto de ampliar la capacidad resolutive de los Hospitales Rurales, recuperar obras inconclusas, modernizar las Unidades Médicas Rurales, incorporando equipo de cómputo, e integrar progresivamente esta infraestructura para el uso complementario dentro del Régimen Obligatorio del IMSS.

Tradicionalmente, los Hospitales Rurales han mantenido una capacidad resolutive que se limita a la existencia de las cuatro especialidades básicas de: Cirugía General, Gineco Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, lo que, en general, permite la solución de los problemas más frecuentes, tanto médicos como quirúrgicos. Sin embargo, se analiza la posibilidad de ampliar su potencial resolutive mediante el reforzamiento de algunos servicios y la incorporación de otras especialidades de mayor demanda, como las de Ortopedia y Traumatología. Para lograrlo se requiere la ampliación y adecuación de áreas físicas en algunos hospitales en los que, además, se plantea la complementación de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento, propios de ese nivel resolutive.

En tal sentido, se ha iniciado una estrategia orientada al análisis de aquellos Hospitales Rurales que por sus características, ubicación y volumen de demanda de población derechohabiente local justifiquen estas acciones, con el propósito de incorporarlos al programa de inversión.

Como ejemplo de lo anterior se mencionan las ampliaciones y remodelaciones realizadas en los Hospitales Rurales de Hecelchakan, Campeche; San Felipe Ecatepec, Chiapas; Guachochi y Valle de Allende en Chihuahua; Cerritos y Zacatipan en San Luis Potosí; Matías Romero en Oaxaca y Villa Unión en Sinaloa; destacando, además, las obras del Hospital de Huejutla, Hidalgo, que se está llevando a cabo por etapas, bajo un plan integral, presentando grandes avances y restando la intervención en el área de consulta externa.

El presupuesto de inversión ejercido para 2008 en materia de inversión fue de 273.6 millones de pesos, de los cuales 30 por ciento se destinó a 74 obras localizadas en 45 Hospitales Rurales y en 29 Unidades Médicas Rurales, mientras que 70 por ciento se asignó al equipamiento de unidades médicas. Se destaca la terminación del Hospital de Ciudad Hidalgo, con lo que se acercarán servicios médicos a zonas de alto rezago social en Tamaulipas.

Además, se llevó a cabo la sustitución de diversos equipos de casa de máquinas y la mejora de 26 módulos de salud ginecológica, restando únicamente los correspondientes a nueve hospitales, para coadyuvar a este programa clave, para diagnosticar y tratar oportunamente el cáncer cérvico-uterino, una de las principales causas de muerte en las mujeres mexicanas.

X.3.5. Escuelas de Enfermería y Centros de Investigación Educativa y Formación Docente

La formación y capacitación de recursos humanos para la salud es una actividad institucional de suma importancia. Su aplicación en el personal de enfermería ha propiciado no sólo la posibilidad de integrar los cuadros de personal que en esta rama requiere el Instituto para la operación de sus servicios, sino ofrecer al sector en su conjunto profesionales de enfermería de alta calidad y capacidad técnica. Sin embargo, los espacios y áreas para su preparación evidenciaban una insuficiencia incompatible con el propósito académico y formativo al que están destinados, por lo cual, en 2005, se asignaron recursos de inversión para ampliar los espacios para la formación de este personal, modernizar las instalaciones y recuperar las obras inconclusas.

En este contexto, las dos nuevas escuelas de enfermería de Nuevo León y Yucatán, cuya construcción se aprobó en 2005, fueron ya concluidas y puestas en operación, mientras que la

escuela de Jalisco es la única que sigue pendiente de concluir, teniendo un avance de 40 por ciento. Respecto a las obras de ampliación y remodelación en las escuelas de enfermería de Hermosillo, Ciudad Obregón, Tijuana y Sur del Distrito Federal, ya fueron concluidas.

Es importante mencionar la acreditación de la escuela de enfermería de Yucatán por el Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de Enfermería (COMACE), el pasado 5 de marzo de 2009, proceso que involucra todos los indicadores de Calidad de Educación Superior: plan de estudios, construcción de la escuela, plantilla docente de tiempo completo y recursos técnicos.

Como se había señalado en el informe anterior, estas acciones permitirán incrementar en, por lo menos, 10 por ciento de la capacidad docente de estos centros, como se muestra en el cuadro X.15.

Respecto al Sistema de Universidad Abierta, el Convenio de Colaboración UNAM-IMSS para profesionalizar al personal de Enfermería, que originalmente se pactó por el periodo 2002-2007, fue prorrogado tres años más. En el cuadro X.15 se muestran los beneficios esperados del citado Convenio, junto con los proyectos de inversión. Es importante mencionar que de este Programa han egresado más de cuatro mil enfermeras trabajadoras IMSS, con el grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Cuadro X.15.
Beneficios Esperados de las Obras Proyectadas en las Escuelas de Enfermería, 2008-2009

Escuela de Enfermería	Capacidad actual (alumnos)					Capacidad esperada (alumnos)				
	Licenciatura	Sistema de Universidad Abierta	Investigación Educativa y Formación Docente	Pasantes en Servicio Social	Total	Licenciatura	Sistema de Universidad Abierta	Investigación Educativa y Formación Docente	Pasantes en Servicio Social	Total
México, D. F.	318	30	0	43	391	349	33	0	37	419
Mérida, Yucatán	126	12	0	32	170	138	14	0	30	182
Cd. Obregón, Sonora	184	0	0	31	215	202	10	0	30	242
Hermosillo, Sonora	208	12	0	30	250	228	10	0	30	268
Monterrey, Nuevo León	290	19	0	36	345	319	21	0	30	370
Tijuana, Baja California	160	20	0	40	220	176	22	0	30	228
Guadalajara, Jalisco	171	15	0	50	236	188	17	0	30	235
TOTAL	1,457	108	0	262	1,827	1,600	127	0	217	1,944

Fuente: IMSS.

Para el Programa de Construcción, Remodelación y Equipamiento de los Centros de Investigación Educativa y Formación Docente, que consideró 13 centros ubicados en las Delegaciones Coahuila, Guanajuato, Jalisco, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas, Yucatán, D. F. Norte y D. F. Sur, para diciembre de 2008, el avance en la construcción fue de 100 por ciento; en adquisición de material y equipo de 100 por ciento, y en adquisición de recursos tecnológicos, electrónicos y de telecomunicaciones de 63 por ciento.

X.3.6. Equipamiento en tecnologías de la información y comunicación

Un rubro de gran importancia es sin duda el relativo a la incorporación en los servicios institucionales de tecnologías modernas de información y comunicación. El equipamiento necesario para poder instrumentarlo se dirigió a sistematizar los procesos operativos; incorporar recursos informáticos congruentes con los avances en la materia; contar con instrumentos para la implantación del Expediente Clínico Electrónico (ECE); informatizar y sistematizar las farmacias de Unidades de Medicina Familiar y Hospitales; conectar las unidades médicas en una sola red institucional para la transmisión de datos e imágenes entre todas ellas; desarrollar sistemas que permitan la solicitud en red de equipo, instrumental y mobiliario médico y no médico, e implementar la conexión para solicitud de servicios entre las unidades médicas (Sistema de Referencia y Contrarreferencia).

En cuanto al primer nivel de atención, el Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) se ha consolidado como una herramienta diaria de trabajo para el personal involucrado en la provisión de los servicios médicos en UMF, y ha hecho más eficientes las labores de otras áreas como Afiliación, Farmacia y Pago de Subsidios. Durante 2008 se liberó e implantó la Versión 4.1 para 1,192 de las 1,202 clínicas con SIMF, haciendo posible iniciar el uso del Módulo de PREVENIMSS, así como aplicar los ajustes a la interfaz con Sistema de Abasto Institucional-Farmacias para la Expedición de la Receta Electrónica, incluyendo la Receta Resurtible y la Receta de Transcripción; ajustes a la interfaz con el Sistema de Información de Atención Integral a la Salud, actualizaciones de catálogos y ajustes, en general, a módulos como Estomatología, Salud en el Trabajo, Nutrición y Dietética, Hojas de Control, Urgencias, y los respectivos a Salud Reproductiva.

Como elemento para la capacitación al personal usuario del SIMF sobre los cambios de la nueva versión y buscando utilizar elementos innovadores, se generó Material de Actualización de tipo interactivo que se distribuyó en todas las unidades médicas. Por su parte, con el objeto de facilitar la adopción del Módulo de PREVENIMSS para los usuarios de ese servicio, se proporcionaron 115 cursos de capacitación, cubriendo a todas las Delegaciones, y se asignó soporte técnico especializado en los consultorios de salud pública, proporcionando poco más de mil eventos de soporte durante el último trimestre de 2008, quedando pendientes para el año siguiente cerca del doble.

Asimismo, se liberó una nueva versión del Sistema de Control de Incapacidades, incluyendo un reporte específico para el seguimiento a trabajadores IMSS, y se inició el desarrollo de un sistema para el Control de la Asignación de Blocs de Incapacidades que abarcará el Nivel Central, Delegacional, unidad médica y médico.

Por otro lado, se agregan para los hospitales el Sistema de Información de Consulta Externa Hospitalaria (SICEH), el Sistema de Información Hospitalaria IMSS-VISTA, el Sistema de Información IMSS-Imagenología y los distintos sistemas de laboratorios, bancos de sangre, hemodiálisis y otros auxiliares de diagnóstico y tratamiento, con base en la aplicación de estándares internacionales como HL7 Versión 3, para mensajes de naturaleza médica y DICOM, para imagenología digital.

El SICEH es utilizado para la atención en la Consulta Externa de Especialidades de las unidades hospitalarias del Instituto. En una primera etapa, iniciada en octubre de 2004, el Sistema se implantó en 14 Unidades Médicas de Alta Especialidad. En diciembre de 2005 se inició el proceso de capacitación en 72 hospitales generales y 12 Unidades Médicas de Alta Especialidad. Actualmente, la infraestructura para el SICEH está instalada en 44 unidades hospitalarias de segundo nivel y 26 Unidades Médicas de Alta Especialidad.

El Sistema de Información Hospitalaria IMSS-VISTA se utiliza para la atención en urgencias y admisión continua, hospitalización y cirugía. A la fecha se encuentra instalado en 38 hospitales de segundo nivel y en 20 Unidades Médicas de Alta Especialidad.

Con la instalación en 2009 de la nueva Versión 4.1 del Sistema de Información de Consulta Externa Hospitalaria se pretende, entre otras cosas, integrar los tres niveles de atención a través de la Referencia-Contrarreferencia en línea y con mayores beneficios para los usuarios finales. La instalación contempla nueve unidades nuevas, es decir, que no cuentan con sistema alguno, y 70 hospitales que actualmente tienen la Versión 3.9 en producción

Desde la implantación del SICEH e IMSS-VISTA se han generado 11'595,566 atenciones en el servicio de Consulta Externa Hospitalaria; 1'751,153 atenciones en el servicio de Urgencias y Admisión Continua, así como Hospitalización y 3'678,735 recetas electrónicas.

El Hospital HGZ/UMAA No. 7 en Lagos de Moreno, Jalisco, opera desde 2006 como el primer hospital digital en el país, integrando todos sus procesos operativos mediante sistemas informáticos y herramientas tecnológicas que hacen posible que la información requerida fluya en tiempo real hacia quien la requiere sin el uso de papel.

Los componentes tecnológicos de esta sistematización son:

- Dispositivos inalámbricos;
- Tarjetas de identificación inteligentes;
- Localizadores por radiofrecuencia;
- Sistemas de información de consulta externa, hospitalización, imagenología y dietas;
- Infraestructura electromecánica, civil y de comunicaciones, y
- Servicios de consultoría para la logística, integración y puesta en marcha de los componentes, capacitación y administración del cambio.

Desde la implementación del ECE en el primer nivel de atención del Instituto, entre el periodo 2002 y hasta diciembre de 2008 se han otorgado 241'692,835 atenciones en el servicio de Medicina Familiar, abierto 30.6 millones de expedientes electrónicos, emitido 241'859,892 recetas electrónicas y expedido 14'774,195 incapacidades electrónicas. Las 1,202 unidades médicas que operan ya con este Sistema representa más de 99 por ciento de los derechohabientes que son atendidos de esta manera en su clínica, lo cual, además, permite que sus expedientes clínicos se puedan consultar en cualquier momento; también se hizo en el segundo y en el tercer nivel de atención.

En suma, el ECE continúa siendo el sistema de información médica electrónica con mayor cobertura nacional. Esta tecnología de información y comunicación ha permitido, entre otras cosas, que actualmente se cuente con registros médicos en línea.

Para dar una idea de la importancia del ECE, su infraestructura se puede comparar con la del proveedor de salud privado más grande de Estados Unidos, el Sistema *Kaiser* Permanente, que cuenta con un registro de menos de tres millones de pacientes. La tecnología de información que maneja el IMSS coloca a México a la vanguardia en esta materia, con 30.6 millones de expedientes electrónicos centralizados, junto con países como el Reino Unido, Canadá, Australia y Nueva Zelanda.

Por su parte, el Programa de Modernización de la Administración de los Derechohabientes y sus Prestaciones (PROMADYP), surge como una respuesta por parte del Instituto a la necesidad de hacer más eficiente la atención a los derechohabientes, así como a reforzar los mecanismos de control existentes sobre los servicios otorgados por la institución.

El PROMADYP tiene por objeto: i) fortalecer el proceso actual de incorporación, con el fin de contar con un registro de beneficiarios, mejorar el registro actual de los asegurados y establecer la relación entre ambos; ii) simplificar la entrega de las prestaciones en especie y en dinero a los derechohabientes; iii) lograr eficiencias en el ejercicio del gasto mediante la vinculación del derechohabiente de forma única, confiable, segura e inequívoca a las prestaciones a que tiene derecho; y, iv) promover la mejora de los procesos del Instituto, con la consecuente reducción de costos operativos y el incremento en su eficiencia.

El PROMADYP se compone de tres Subprogramas para cubrir los objetivos planteados, los cuales son: i) Subprograma de Acreditación de Derechohabientes (ADIMSS); ii) Subprograma de Emisión de la Forma Numerada Múltiple del IMSS (tarjeta inteligente) para los derechohabientes; y, iii) Subprograma de Vinculación de los Derechohabientes con sus respectivas prestaciones a través de la tarjeta inteligente.

Al cierre de 2008 se concluyó con la primera fase del Subprograma de Acreditación de Derechohabientes del IMSS (ADIMSS), a través del cual se logró el otorgamiento de más de siete millones de credenciales a los derechohabientes del IMSS, dando inicio a la construcción de la base de datos de derechohabientes más completa del Instituto, gracias a que el Programa prevé el registro de datos biométricos de los derechohabientes, que permitirán vincular de manera segura y confiable el otorgamiento de los servicios y de las prestaciones.

Para dar continuidad al Programa e incrementar el universo de derechohabientes que cuentan con la credencial ADIMSS, el Instituto está llevando a cabo la ejecución de la segunda fase, la cual considera una ampliación en la cobertura a más del doble de centros de enrolamiento a nivel nacional, con un total de 700 centros de enrolamiento al segundo semestre de 2009, así como mantener actualizada la base de datos de derechohabientes y el incremento de la población registrada en la misma, ya que con la ejecución de esta segunda fase se estima alcanzar la cifra de más de 20 millones de derechohabientes, con lo cual se obtendría la base de datos con información biométrica de población derechohabiente más grande del sector salud, así como la continuidad y permanencia del Programa al interior del Instituto.

Algunos factores críticos de éxito y beneficios de este Programa se describen a continuación:

Factores críticos de éxito

- Trámite expedito;

- Entrega de credenciales en el momento de realizar el trámite;
- Cobertura a nivel nacional, principalmente en unidades médicas, Subdelegaciones y centros de seguridad social, y
- Vinculación de servicios a la credencial, para dar inicio a la ejecución del tercer Subprograma de Vinculación de los Derechohabientes con sus respectivas prestaciones a través de la tarjeta inteligente, como son:
 - Control de supervivencia de pensionados;
 - Trámite y pago de incapacidades;
 - Simplificación de trámites administrativos;
 - Integración del expediente único del derechohabiente, y
 - Medio de acceso al derechohabiente ante los trámites que realice en el Instituto.

Beneficios:

- Proporciona un medio de identificación confiable de los derechohabientes para los trámites en el Instituto;
- Permite el establecimiento de controles en la operación; por ejemplo, certificados de incapacidad y entrega de medicamentos controlados;
- Es el primer paso para la integración de los servicios que presta el Instituto a través de un medio electrónico;
- Garantiza el servicio a quien tiene derecho, y
- Facilita el acceso a los servicios que presta el Instituto.

X.3.7. Servicios de incorporación y recaudación

El IMSS es la segunda autoridad fiscal en el país y las oficinas Subdelegacionales son el contacto de primera instancia del Instituto con los sujetos obligados en materia de incorporación y recaudación. La imagen y funcionalidad de estas áreas son, por lo tanto, de primordial importancia para cumplir con los objetivos del Instituto en esta materia.

A principios de 2003 se elaboró un diagnóstico en el cual se determinaron cuántas y cuáles oficinas deberían ser modernizadas para mejorar su accesibilidad y funcionalidad. Dentro de este diagnóstico, las prioridades de inversión se determinaron con base en la recuperación de las obras inconclusas para renovar, equipar y, en su caso, construir obras nuevas, beneficiando a todas las oficinas Subdelegacionales propiedad del Instituto y a otras en que se reemplazaron

edificios rentados por propios, así como mejorar las condiciones de las restantes; además de transformar procesos sustantivos bajo la óptica de tendencias administrativas más modernas y eficientes con enfoque al cliente.

En 2008 se terminaron seis acciones de obra, quedando nueve en proceso de construcción, para su conclusión en 2009, como se muestra en el cuadro X.16.

Cuadro X.16.
Programa de Obras en Subdelegaciones, 2008-2009

Delegación	Localidad	Estatus
Chihuahua	Chihuahua	En proceso
Coahuila	Piedras Negras	Concluida
Coahuila	Saltillo	En proceso
Coahuila	Sabinas	En proceso
Colima	Villa de Álvarez	En proceso
Colima	Manzanillo	Por iniciar
Distrito Federal Norte	Av. Hidalgo	En proceso
Distrito Federal Sur	San Ángel	Concluida
Distrito Federal Sur	San Ángel	En proceso
Jalisco	Puerto Vallarta	Concluida
Morelos	Zacatepec	Concluida
Morelos	Cuernavaca	En proceso
Nuevo León	Monterrey 3 Suroeste	Concluida
Oaxaca	Salina Cruz	Concluida
Tamaulipas	Tampico	En proceso

Fuente: IMSS.

Cabe mencionar que en 77 Subdelegaciones del sistema que se encuentran en edificios rentados, sólo se pueden realizar acciones menores de mantenimiento.

X.3.8. Infraestructura informática

Los avances en materia de información y comunicación hacen necesario dotar al Instituto de los centros de cómputo y equipos informáticos que permitan el almacenamiento y procesamiento de la información requerida para los procesos médicos, de incorporación y recaudación, de pensiones, de abasto, de presupuesto, contabilidad y tesorería, y otros derivados de las diferentes facetas de su actuación, así como desarrollar una red de comunicación de voz y datos para la interconexión de todo el Instituto. En este contexto fueron desarrollados los Centros Nacionales de Tecnologías de la Información en el Distrito Federal y en la ciudad de Monterrey, Nuevo León; este último mediante la recuperación de una obra inconclusa localizada en esa ciudad.

En la actualidad se procesan y almacenan 30.6 millones de Expedientes Clínicos Electrónicos de pacientes; las cuotas obrero-patronales de 800 mil patrones con 16 millones de

asegurados vigentes; los más de 58 mil proveedores que generan cerca de 800 mil pagos anuales; la administración de un sistema contable-presupuestal con más de cinco mil usuarios en línea; la nómina de más de 2.5 millones de pensionados y de casi 570,000 trabajadores y jubilados IMSS; los servicios electrónicos para el Sistema IMSS Desde Su Empresa y Firma Digital, que a través de Internet se proporcionan las 24 horas del día, así como el control del abasto de medicamentos de las 1,800 farmacias.

Adicionalmente, se invirtieron más de 145,000 millones de pesos de reservas y se maneja el Sistema de Planeación de Recursos Institucionales –basado en un *software* ERP (siglas en inglés de *Enterprise Resource Planning*) de *Peoplesoft*, mediante el cual se administran los procesos financieros del Instituto (tesorería, contabilidad, presupuesto, cuentas por pagar y otros)–, para estandarizar los procesos financieros del IMSS.

Para lograr lo anterior, el Instituto desarrolló una de las infraestructuras de cómputo más grandes del país, que actualmente atiende a más de cinco mil usuarios de finanzas del Instituto.

Derivado de las directrices, se inició en 2007 la aplicación de metodologías basadas en las mejores prácticas en tecnologías de información (TI) para la incorporación de los procesos del abasto institucional y la administración de recursos humanos en un nuevo modelo basado en el uso de los módulos del *software* ERP mencionado. Este proceso pretende aprovechar toda la funcionalidad de esta poderosa herramienta para seguir contribuyendo a los ahorros institucionales en los próximos tres años. Como parte de la metodología antes descrita, durante 2008 fue concluida la primera etapa del proyecto concerniente al levantamiento de información de los procesos actuales de las áreas de Recursos Humanos y Abasto Institucionales. Para el segundo semestre del año 2009 se tiene planeada la conclusión de la segunda fase que corresponde al diseño del modelo futuro operativo de ambas áreas, que permitirá la incorporación de las mejores prácticas existentes en el mercado internacional.

En forma complementaria y con el propósito de contar con un área especialmente diseñada para el control y procesamiento de las transacciones financieras del Instituto, se construyó una unidad de inversiones financieras que permitirá brindar mayor seguridad para la transferencia de recursos, traspasos y liquidaciones en el proceso integral de inversión de las reservas y fondos del IMSS. La obra está en operación desde diciembre de 2004, con acceso restringido que requiere de una tarjeta de identificación y otras medidas adicionales de seguridad y control para el área. Asimismo, el Instituto mantiene su operación con la red privada de comunicación de voz y datos más grande del país, a través de un esquema de Red Privada

Virtual. Esta red se desarrolló en 2008 e interconecta 2,851 puntos de servicio, entre los que se incluyen todos los Hospitales del Régimen Ordinario, Unidades de Medicina Familiar, Unidades Médicas de Alta Especialidad, Unidades de Medicina Ambulatoria, Hospitales Rurales, Subdelegaciones y Oficinas Auxiliares, así como oficinas administrativas, Delegaciones Estatales, centros vacacionales, tiendas, guarderías y centros de capacitación y seguridad social. Actualmente, el servicio de la Nueva Red Privada Virtual (NRPV) se encuentra en operación, dando transporte a todas las aplicaciones del Instituto en voz, datos, videoconferencias, seguridad e Internet, con mejora en ancho de banda y administración del tráfico. De igual manera, se garantiza la continuidad operativa de las aplicaciones del Instituto con mayor capacidad de respuesta bajo la nueva infraestructura, en la transmisión de datos de los CeNaTis de México y Monterrey, para dar acceso a las aplicaciones sustantivas y de apoyo. Los sitios que forman parte de la Red Virtual cuentan con acceso a la solución de voz, lo que permite disminuir el costo en llamadas de larga distancia. Uno de los grandes beneficios de la NRPV es contar con la infraestructura necesaria para la transmisión de información relacionada con imagenología; asimismo, se trabaja en extenderla a la infraestructura del Sistema IMSS-Oportunidades.

Para la operación de todos los sistemas en las distintas fases del quehacer institucional, a partir de 2002 se impulsó un esfuerzo para dotar de equipo de cómputo al personal. Los equipos no deberán tener más de cinco años de uso para evitar la obsolescencia y garantizar óptimos niveles de disponibilidad, por lo que en 2008 se comenzó con el proceso de sustituir alrededor de 42,000 equipos de los más de 120,000 con que cuenta el Instituto.

X.3.9. Centros vacacionales

En septiembre de 2007 se iniciaron las obras de remodelación y adecuación del centro vacacional de Metepec, en Puebla, la cual se terminó en junio de 2008, quedando en proceso otra remodelación, misma que se espera terminar durante el primer semestre de 2009.

X.3.10. Recuperación de obras inconclusas

En informes previos se han mencionado las acciones orientadas al aprovechamiento de la infraestructura inconclusa que por diferentes motivos el Instituto mantenía en algunos estados del país. Por su relevancia se ha considerado importante reiterar que, de desarrollarse el programa de inversión según lo planeado, la totalidad de esos inmuebles –algunos de los cuales cuentan con más de 20 años de antigüedad en esas condiciones– fueron íntegramente recuperados durante

2008 o se espera hacerlo durante 2009. Lo anterior significa haber recuperado tres Unidades de Medicina Familiar con 30 consultorios; dos Unidades Médicas de Atención Ambulatoria equivalentes a 120 camas; ocho hospitales de segundo nivel con 894 camas; un hospital de tercer nivel con 120 camas; tres Hospitales Rurales con 100 camas; dos escuelas de enfermería; un centro nacional de tecnología de información y una Subdelegación, lo que se detalla en el cuadro X.17.

Cuadro X.17.
Avances del Programa de Recuperación de Obras Inconclusas, 2008

Localidad	Proyecto original	Fecha suspensión	Fecha reactivación de obra	Destino final	Situación actual
Villa Coapa, D. F.	Hospital de Traumatología y Ortopedia	1988	Dic-04	Hospital General Regional.	Obra concluida en diciembre 2006, actualmente en operación.
Las Margaritas, Pue.	Hospital General de Zona	1982	Nov-04	Continuación de obra programada de origen como Hospital General de Zona con 186 camas, para su conclusión en 2006.	Obra rescindida que reinició proceso de ejecución, con grado de avance físico de 88 por ciento y fecha de término programada en junio de 2009.
Taxco, Gro.	Hospital General de Subzona	1982	Jul-05	La estructura es aprovechada para la ampliación y remodelación del Hospital General de Subzona; será concluida en el segundo semestre de 2006.	Hospital General de Subzona No. 5, obra terminada en marzo de 2008, actualmente en operación.
Monterrey, N. L.	Hospital de Traumatología y Ortopedia	1982	Feb-05	Parte de la estructura del conjunto se aprovechó para la construcción del Centro Nacional de Tecnología de Información, el cual se terminó en junio de 2002. Parte de esta estructura se destinó para la adecuación de la Subdelegación No. 3.	Centro Nacional de Tecnología de Información, actualmente en operación. La Subdelegación No. 3 en proceso de construcción, con un avance físico de 96 por ciento y con fecha de término en junio de 2008.
Córdoba, Ver.	Hospital General de Zona	1982	Mar-05	UMF con 10 consultorios. La obra reinició en julio de 2005 y será concluida en octubre de 2006.	UMF con 10 consultorios, obra terminada en julio de 2008.

Localidad	Proyecto original	Fecha suspensión	Fecha reactivación de obra	Destino final	Situación actual
Nuevo Casas Grandes, Chih.	UMF/Hospital General de Subzona	1991	Jun-05	Hospital General de Subzona con 40 camas (sustitución). La obra se inició en noviembre de 2005, para concluirse en el último cuatrimestre de 2006.	Obra terminada en 2009.
San Pedro Xalpa, D. F.	Hospital General de Zona	1999	May-05	Continuación de obra programada; actualmente en proceso desde mayo de 2005, para concluir el Hospital General de Zona en 2006.	Obra rescindida que reinició proceso de ejecución, con grado de avance físico de 72 por ciento y fecha de término programada en junio de 2009.
Ciudad Alemán, Tamps.	Hospital Rural	1982	May-05	Reinicio de obra programada para Hospital Rural con 40 camas, con esquema de atención mixta: MSS-Oportunidades y esquema ordinario, para ser concluido en 2006.	A diciembre de 2006, IMSS-Oportunidades reporta como concluidos los trabajos de obra originalmente aprobados; sin embargo, su terminación total se realizará con recursos del Régimen Ordinario, autorizados por el H. Consejo Técnico, en su sesión del 25 de julio de 2007. Obra iniciada en octubre de 2007, con avance físico de 88 por ciento y con fecha de término programada en junio de 2009.
San Carlos, Tamps.	Hospital Rural	1982	May-05	Reinicio de obra programada para Hospital Rural con 30 camas, con esquema de atención para población IMSS-Oportunidades. Será concluido en 2006.	La delegación reporta que esta obra se terminó en noviembre de 2008.
Hidalgo, Tamps.	Hospital Rural	1982	May-05	Reinicio de obra programada para Hospital Rural con 30 camas, con esquema de atención mixta: IMSS-Oportunidades y esquema ordinario. Su conclusión está programada para 2006.	Hospital terminado en octubre de 2007 y finiquitado en 2008; actualmente en operación.

Fuente: IMSS.

X.4. Perspectivas sobre las Instalaciones y Equipo Médico

En los informes preliminares se había señalado que los cambios en la organización de los servicios de salud observados mundialmente, el impulso a la medicina preventiva, el interés por fomentar la participación de la familia y de la comunidad en los problemas de salud, la adopción de tratamientos médicos y procedimientos ambulatorios no invasivos más eficaces, así como el permanente surgimiento y uso de tecnología médica cada vez más precisa para la detección temprana de la enfermedad maligna o crónica, están permitiendo nuevas formas de práctica médica, mayor efectividad y eficiencia de los servicios de salud y una mejor planeación de los recursos de los programas de salud con mejoras importantes en los costos de atención, sobre todo hospitalaria. Sin embargo, se mantiene una constante necesidad de incrementar la infraestructura de servicios, aun cuando no sea hospitalaria necesariamente, para poder satisfacer el aumento de la demanda derivada del cambio en el perfil de las enfermedades y del envejecimiento de la población.

Como efecto de las crecientes dificultades financieras del Instituto, su capacidad de crecimiento se ha debilitado y el rezago en su infraestructura se traduce en un abatimiento de los recursos disponibles para la atención de los derechohabientes. Para ejemplificar lo anterior, se examinan indicadores que tradicionalmente han expresado la disponibilidad de infraestructura en índices por 1,000 Derechohabientes Usuarios (DHU) que, en lo referente a consultorios, pasa de un valor de 0.6 consultorios por 1,000 derechohabientes existentes en 1980, a 0.4 en 2008, mientras que respecto a las camas censables de hospital, se pasó de 1.85 camas por 1,000 DHU en 1980 a 0.83 en 2006. El esfuerzo realizado en 2008 para incorporar más camas censables a la oferta del Instituto permitió continuar con la leve recuperación mostrada en los últimos años para posicionarse en 0.85.

En la estimación de las necesidades de infraestructura médica el Instituto considera, entre otros factores, la demanda de servicios expresada en el crecimiento poblacional, la tasa de uso de los recursos hospitalarios y la capacidad resolutive requerida en cada zona y localidad, lo cual se traduce en el número de especialidades y el tipo y complejidad de los recursos médicos con los que debe contar cada unidad en función del volumen y composición específica de la demanda de atención de la población usuaria. Bajo estas consideraciones se puede reafirmar que la capacidad de uso de los consultorios y hospitales del Instituto se encuentra, en la mayoría de los casos, en su

máximo posible, situación que se agrava ante la obsolescencia y antigüedad de las unidades, que plantea, por tal razón, la necesidad de sustituirlas o actualizarlas.

El análisis de la disponibilidad y necesidad de infraestructura médica presupone la existencia de un total de casi 36 millones de derechohabientes usuarios en 2008¹¹⁰, cifra que contrasta con los cerca de 50 millones de derechohabientes potenciales esperados para 2008. Esta observación es relevante porque, aun cuando no se dispone de un análisis exhaustivo que explique las razones de la no asistencia a los servicios médicos institucionales de la población derechohabiente no usuaria, es válido suponer que parte de la problemática sea causada, al menos en algunos casos, por la propia insuficiencia en la oferta de servicios médicos de calidad y, en consecuencia, es necesario prever que su expansión en el ámbito institucional podría acompañarse, en virtud de tal incentivo, de un aumento de la población usuaria. En ese sentido, resulta evidente que los cálculos presentados estarían subestimando las necesidades reales de infraestructura médica futura, si bien resulta difícil poder establecer con precisión la magnitud de esa subestimación.

Adicionalmente, el aumento de las acciones de PREVENIMSS en el corto plazo tendrá como efecto un incremento en la demanda de servicios, resultado de las acciones de promoción, detección y prevención específica o procedimientos complementarios propios de la oferta preventiva, incremento cuya magnitud también resulta difícil de estimar y que tampoco se contempla en las consideraciones previas.

Advirtiendo tales consideraciones, deben añadirse a las necesidades financieras para camas y consultorios médicos antes señaladas, las derivadas del rezago en equipos médicos, que es otro de los rubros que también ha sufrido una subinversión sistémica en los últimos años, además de las acciones necesarias para atender la obsolescencia de la actual infraestructura. Los elementos anteriores presentan una estimación global de los recursos financieros necesarios para la inversión en diversos rubros de infraestructura y equipo médico, que asciende a más de 60,000 millones de pesos; esto permitiría al Instituto dar un servicio médico adecuado a los derechohabientes usuarios esperados en 2008, al abatir los rezagos acumulados durante las últimas décadas.

Como se presentó en el capítulo II, la tendencia en el número de trabajadores que se incorporarán al mercado laboral es al alza, a pesar de la baja temporal enmarcada en el ciclo

¹¹⁰ Adscritos a médico familiar.

económico, lo que se traducirá en un aumento en el número de trabajadores afiliados en los próximos años. Estos nuevos derechohabientes –incluyendo a sus familiares– si bien constituirán una fuente complementaria de ingresos, es claro que generarán demandas de atención adicionales. Utilizando los mismos indicadores antes discutidos, se puede identificar que por cada 500,000 trabajadores afiliados, que se traducirán en un total de 1'400,000 DHU¹¹¹ adicionales, se necesitarán 243 nuevos consultorios de medicina familiar, con un costo de inversión de 1,879 millones de pesos; 3.7 UMAA, con un costo de 327 millones de pesos y 1,120 camas adicionales de hospital de segundo nivel, con un costo de 4,067 millones de pesos, para evitar la generación de mayores rezagos en materia de atención médica¹¹². El cuadro X.18 suma los anteriores componentes, identificando necesidades de inversión en infraestructura médica por 6,274 millones de pesos, a los que habría que agregar otros elementos de inversión no considerados, tales como equipo médico, mobiliario médico y administrativo, equipos de cómputo y otros similares.

Cuadro X.18.
Necesidades de Inversión en Infraestructura Médica para Atender a 500,000
Trabajadores Afiliados Adicionales
(millones de pesos 2008)

Nivel de Atención	Necesidades de Infraestructura	Monto
Primer	243 Consultorios	1,879
Segundo	1,120 Camas Censables	4,067
	3.7 UMAA	327
Total		6,274

Fuente: IMSS.

Como puede apreciarse, el Instituto difícilmente tendrá la capacidad financiera que permita la inversión requerida de más de 60,000 millones de pesos necesarios para abatir el rezago y obsolescencia de su infraestructura y, al mismo tiempo, sostener un ritmo de inversión de 6,106 millones de pesos adicionales por cada medio millón de trabajadores que se incorporen.

¹¹¹ En el Informe correspondiente al periodo 2002-2003, el Instituto actualizó sus coeficientes de trabajadores afiliados a derechohabientes, siendo de 1.8 la última estimación aprobada por el Consejo Técnico. En consecuencia, la cifra de 500,000 trabajadores afiliados adicionales está asociada a un total de 1'400,000 DHU.

¹¹² Costos calculados en 2006, actualizados por inflación a 2008.

X.4.1. Estrategias innovadoras

Los resultados anteriores, independientemente de estimaciones más precisas que se puedan elaborar, señalan claramente la necesidad de que el Instituto diseñe y adopte nuevas estrategias para otorgar prestaciones médicas a los derechohabientes. Una de estas estrategias que es fundamental, debe dirigirse al cuidado y fomento integral de la salud de su población afiliada con eficacia, eficiencia y calidad. Sin embargo, el rezago acumulado es de tal magnitud, que hace pensar que bajo el modelo de atención actual –en el cual el Instituto es proveedor prácticamente ilimitado de los servicios médicos integrales en todos los niveles de atención–, la eficacia, eficiencia y calidad deseables no serán alcanzables, a menos que se disponga de los recursos necesarios en forma pronta, estable y suficiente.

Las líneas generales antes descritas deben contar con estrategias innovadoras que complementen un esquema integral de atención médica. A continuación se mencionan las dos más importantes:

Modelo de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico

Fortalecer el modelo de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC), alternativa instrumentada especialmente en los adultos mayores, ya que la atención periódica del paciente en su domicilio para efectuar procedimientos de vigilancia y control de diversas enfermedades crónico-degenerativas evita visitas y hospitalizaciones innecesarias en las unidades médicas y mejora la calidad de vida de los pacientes, en un ambiente mucho más agradable que en el medio hospitalario.

El equipo de salud del IMSS que acude al hogar del paciente está constituido por el médico especialista, enfermera, nutrióloga, trabajadora social y, en algunos casos, el psicólogo, a fin de brindar una atención integral y mejorar tanto la salud física como mental del enfermo.

Hospital sin Ladrillos

Otra estrategia para abatir el rezago en infraestructura hospitalaria es la denominada Hospital sin Ladrillos, la cual tiene dos vertientes; la primera es el aprovechamiento de espacios vacíos o reacomodo de los mismos para aumentar el número de camas por hospital y la segunda, recuperar camas censables para servicios con mayor demanda como lo son Medicina Interna y Cirugía. En este sentido, se aprovecharán espacios o transformarán camas de los servicios de Pediatría y de

Ginecología y Obstetricia, hacia las dos especialidades antes mencionadas; lo anterior, derivado del análisis de tendencia que identificó un decremento en la utilización de servicios de hospitalización en estas últimas especialidades. Con esta estrategia se piensa recuperar 1,040 camas y transformar 780 más, sumando un total de 1,820 camas censables, lo cual, a corto y mediano plazos significarán para el Instituto el ahorro en la construcción de por lo menos cinco hospitales modelo, con 216 camas, así como aproximadamente 7,000 plazas de nueva creación. Hasta diciembre de 2008, a través de esta estrategia, se aumentaron 630 camas en 24 Delegaciones y en 51 hospitales, con 1,890 plazas que operan estas camas. Con este resultado favorable se propuso, formalmente, en agosto de 2008, el uso de esta estrategia en todas las Delegaciones y se espera su consolidación durante 2009.

CAPÍTULO XI

RIESGOS ADICIONALES DEL INSTITUTO

XI. RIESGOS ADICIONALES DEL INSTITUTO

XI.1. Contingencias de Carácter Litigioso

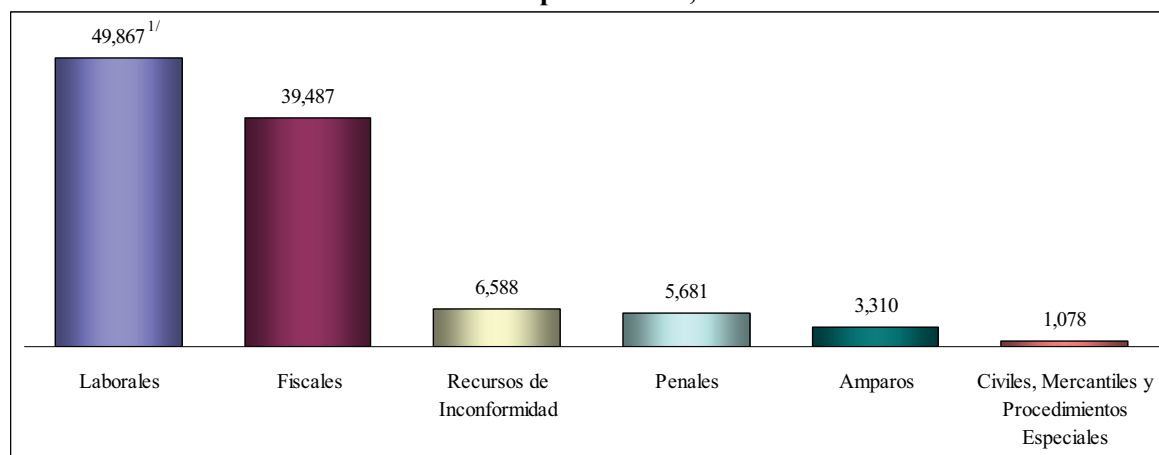
El Instituto Mexicano del Seguro Social, en términos de la Ley del Seguro Social, tiene el carácter de organismo público descentralizado, administrador del servicio público de carácter nacional denominado Seguro Social, así como de organismo fiscal autónomo. También, tiene el carácter de patrón, en términos de la Ley Federal del Trabajo.

Derivado de lo anterior, en su actuación cotidiana, el IMSS realiza actos que pueden ser combatidos por quienes se consideren afectados en su esfera jurídica. Cuando es el Instituto quien considera afectados sus derechos por la actuación de terceros, ya sea entidades públicas o particulares, tiene el derecho y la obligación de hacer valer los medios previstos en las leyes, para la protección de sus intereses.

En este contexto, hay una diversidad de asuntos contenciosos en que el Instituto es parte y cuya atención es una de las responsabilidades fundamentales de las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos y de la Dirección Jurídica, respecto de aquellos que por su importancia y trascendencia son atraídos por la misma.

Al 31 de diciembre de 2008, el Instituto tenía en proceso un total de 106,011 asuntos laborales, fiscales, administrativos, penales, civiles, mercantiles y procedimientos especiales, los cuales se integran como se muestra en la gráfica XI.1.

Gráfica XI.1.
Asuntos en Trámite por Proceso, Diciembre 2008



^{1/} Se consideran juicios que representan un pasivo contingente en trámite, es decir, en etapa de Instrucción, por lo que no se incluyen 21,586 juicios que se encuentran en fase de dictamen; 13,434 con laudo; 5,468 en ejecución y 5,882 en amparo. El total asciende a 96,237 asuntos.
Fuente: IMSS.

El pasivo contingente en materia litigiosa se define como aquellas cantidades que inminentemente debe pagar el Instituto, a corto plazo, en razón de los asuntos y su situación procesal; sin embargo, los importes a pagar son una estimación, ya que las erogaciones a realizar quedan sujetas a la determinación de la autoridad competente.

XI.1.1. Juicios laborales

El mayor número de juicios en trámite por atender, que existe en materia contenciosa y que, en general, representa un pasivo contingente es el relativo a juicios laborales, mismos que a diciembre de 2008 ascendían a 49,867 y se seguían ante las Juntas Especiales de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, ya que no se consideran los radicados en las Juntas Locales y los relativos a SAR y Afore, en los que no se emiten laudos condenatorios para el IMSS.

En 2008 la Dirección Jurídica ejerció la facultad de atracción respecto de 41,207 juicios laborales radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, que eran atendidos originalmente por las Delegaciones ubicadas en el Distrito Federal y en el Estado de México. Como resultado de la acciones realizadas por la Dirección Jurídica, incluyendo la depuración de expedientes, a diciembre de 2008, el número de asuntos en trámite ascendió a 35,731, que significa 37 por ciento del total nacional (96,237) a esa fecha. Los juicios atraídos se distribuyen como se observa en el cuadro XI.1.

Cuadro XI.1.	
Juicios Laborales Dirección Jurídica	
Juntas Especiales de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	
Junta 8	8,950
Junta 8 Bis	8,763
Junta 9	10,306
Junta 9 Bis	7,712
Total	35,731

Fuente: IMSS.

Por otra parte, en materia de pasivos contingentes, cuyo monto asciende a 10 millones de pesos o más, su distribución se presenta en el cuadro XI.2.

Cuadro XI.2.
Pasivo de Juicios Laborales
Cuyo Monto es de 10 Millones o Más
Delegaciones

Nuevo León	\$211'549,620
Baja California Sur	\$45'417,156
Baja California	\$28'174,213
Sonora	\$30'000,000
Chihuahua	\$15'288,732
Yucatán	\$10'000,000
Coordinación Laboral	\$71'750,000
Total	\$412'179,721

Fuente: IMSS.

No obstante, es necesario reiterar que los montos señalados en el cuadro anterior son estimados, ya que los pagos a realizar, en el caso de laudos condenatorios, quedan sujetos a la determinación de la autoridad competente.

XI.1.2. Juicios fiscales

En los juicios fiscales en los que el IMSS tiene el carácter de actor, resulta complejo determinar, previamente a la emisión de la sentencia respectiva, las sumas a pagar en cada caso específico y aun de manera general, toda vez que cuando procede la pretensión del pago reclamado, éste se tiene que cubrir con la actualización, en los términos que establece el Artículo 17-A del Código Fiscal de la Federación, cuya cuantificación está sujeta a los factores que se determinen conforme a la aplicación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) que establece el Banco de México.

Por otra parte, es de considerarse que en términos de la Ley del Seguro Social, el Instituto no es sujeto de pago de contribuciones federales, estatales y municipales. Sin embargo, esta disposición ha sido controvertida por diversas autoridades, haciendo necesaria la defensa de los intereses institucionales. Destacan dentro de estas reclamaciones, las que el Gobierno Federal, en su oportunidad, y algunos gobiernos estatales y del Distrito Federal han presentado para exigir al Instituto el pago de los gravámenes federales, como es el caso del Impuesto Sobre las Erogaciones al Trabajo Personal Subordinado Prestado Bajo la Dirección y Dependencia de un Patrón, y del Impuesto Sobre la Renta, así como multas federales y, en el ámbito local, los impuestos predial y sobre nóminas, entre otros.

Bajo este contexto se presentan los pasivos contingentes de esta materia en el ámbito federal, en el cuadro XI.3.

Cuadro XI.3.
Pasivos Contingentes en Juicios Fiscales

Origen	Importe
Nivel Central	\$9,070'887,959
Delegaciones	\$1,126'978,555
Total pasivo	\$10,197'866,514

Fuente: IMSS.

Cabe señalar que en el rubro Nivel Central, dos créditos representan la cantidad de \$9,070'887,959, ambos requeridos al Instituto por el Servicio de Administración Tributaria de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; el primero determinado desde el 25 de abril de 2001 por concepto de pago del Impuesto Sobre las Erogaciones al Trabajo Personal Subordinado Prestado Bajo la Dirección y Dependencia de un Patrón, por la cantidad de \$4,771'621,892, por los ejercicios 1990, 1991 y 1992, y el otro determinado en el año 2007 por concepto del Impuesto Sobre la Renta, por el ejercicio 2003, cuyo monto asciende a \$4,299'266,067, ya que se considera gravable el impuesto absorbido por el Instituto respecto de sus trabajadores, por los conceptos de ayuda de renta, estímulo de asistencia, aguinaldo, fondo de ahorro y ayuda para material didáctico.

Asimismo, existen pasivos contingentes en virtud de los juicios interpuestos en contra del IMSS, por las resoluciones de rescisión de contratos de obra pública, devoluciones de cuotas obrero-patronales, reintegro de gastos médicos y reclamaciones promovidas, con base en la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, como se describe en el cuadro XI.4.

Cuadro XI.4.
Juicios de Nulidad

Concepto	Origen	Importe
Obra pública	Nivel nacional	\$930'344,679
Devoluciones	Delegaciones	\$5'930,517
Reintegro de gastos médicos	Nivel nacional	\$4'544,114
Reclamaciones	Nivel nacional	\$60'445,951 ^{1/}
Total pasivo		\$1,001'265,261

^{1/} Respecto a las reclamaciones promovidas en contra del IMSS, en las que la cuantía no está determinada, se consideró el monto previsto en el Artículo 14, fracción II, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, que establece que la indemnización no excederá de 20,000 veces el salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal.

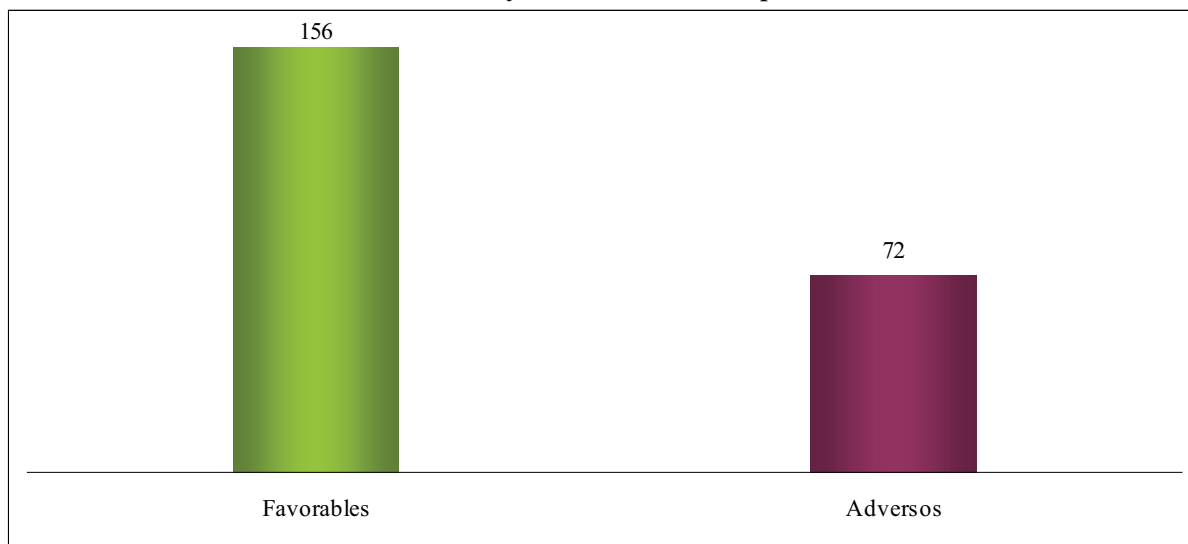
Fuente: IMSS.

XI.1.3. Juicios civiles, mercantiles y de otra índole

Por la prestación de servicios a cargo del Instituto puede derivar una responsabilidad civil. Asimismo, debido a la celebración de diversos instrumentos jurídicos con particulares, cuando aquellos no se cumplen en los términos en que son pactados, se obliga al Instituto, ya sea como demandado o demandante, a defender sus intereses ante los tribunales competentes.

Durante 2008 se atendieron 1,078 juicios. En Juzgados del Fuero Común, 745; en Juzgados de Distrito, 319; en Tribunales Unitarios, 6 y en Colegiados, 8. Se concluyeron 228, como se muestra en la gráfica XI.2.

Gráfica XI.2.
Juicios Civiles, Mercantiles y Procedimientos Especiales Concluidos



Fuente: IMSS.

En consecuencia, en el cuadro XI.5 se plasman los pasivos contingentes que pueden derivarse de juicios de carácter civil, ordinarios mercantiles y especiales, cuya distribución se puede apreciar en el mismo cuadro.

Cuadro XI.5.
Pasivos Contingentes en Juicios Civiles, Mercantiles y Especiales

Origen	Importe
Nivel Central	\$27'958,041
Delegaciones	\$921'335,882
Total pasivo	\$949'293,923

Fuente: IMSS.

XI.1.4. Programa Nacional de Atención y Control de Juicios

La gran cantidad de juicios laborales y fiscales en los que el IMSS tiene el carácter de demandado, así como los recursos de inconformidad que se tienen que atender, constituyen el problema fundamental que enfrentan las áreas jurídicas del Instituto.

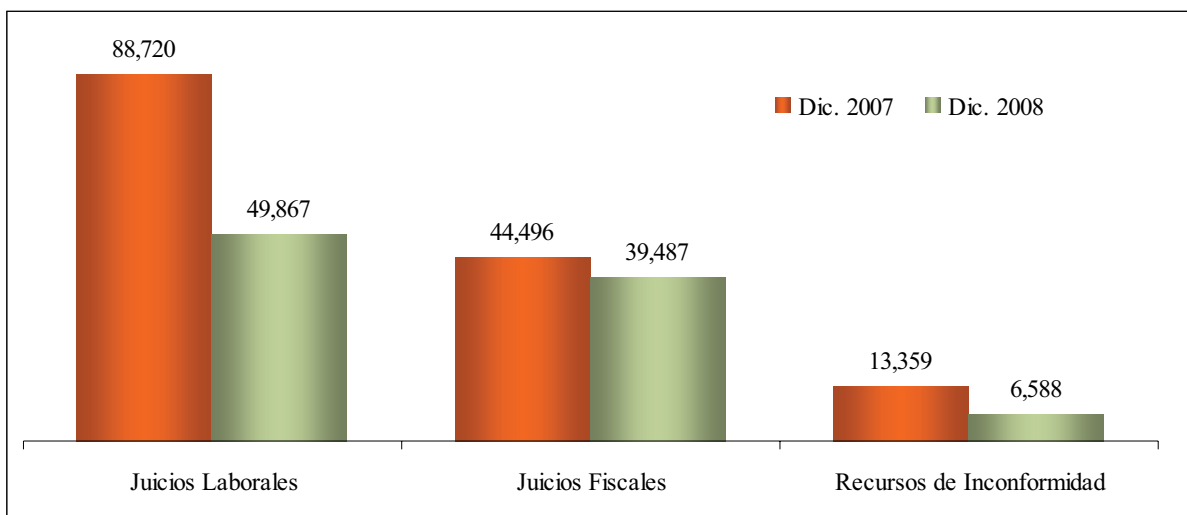
Para atacar ese problema, se sometió a consideración del H. Consejo Técnico el Programa Nacional de Atención y Control de Juicios, el cual fue aprobado el 18 de febrero de 2004 e inició en el mes de marzo del mismo año. La estrategia de atención y control de juicios implícita en el Programa consta de dos vertientes:

- a) Una Vertiente Administrativa, cuyos objetivos fueron:
 - Aumentar el número de abogados responsables de los procesos.
 - Proporcionar computadoras a las Jefaturas de Servicios Jurídicos para apoyar el desahogo de los asuntos.
 - Mejorar los sistemas de control y seguimiento de los juicios.
 - Elevar el nivel profesional de los abogados procuradores.
 - Abatir los índices de conductas irregulares respecto de todos los agentes involucrados en la tramitación y resolución de juicios.

- b) Una Vertiente Técnico Jurídica, mediante la cual se pretendió:
 - Atender las causas que originan los juicios.
 - Reducir el costo presupuestario del Instituto al evitar la creciente promoción de demandas.
 - Obtener el mayor número de juicios con resultados favorables.

El ejercicio fiscal de 2008, por lo que hace a los asuntos materia del Programa referido (juicios laborales, juicios fiscales y recursos de inconformidad), se cerró con 95,942 asuntos en trámite. En la gráfica XI.3 se observan las diferencias por materia respecto a los asuntos registrados en trámite al mes de diciembre de 2007.

Gráfica XI.3.
Comparativo de Asuntos en Trámite
Diciembre 2007-Diciembre 2008



Fuente: IMSS.

XI.1.4.1. Juicios laborales

Las causas que ponen en riesgo el resultado de los juicios laborales promovidos por trabajadores, son las siguientes:

a) Liquidación y reinstalación:

- Pago incorrecto de finiquitos por no estar calculados con base en el Contrato Colectivo de Trabajo.
- Se ordena la rescisión del trabajador, sin previa investigación laboral o sin cumplir las formalidades contractuales.
- Modificación de horarios, plazas, revocación de conceptos o estímulos, sin explicación previa al trabajador.
- Desconocimiento o falta de confianza del trabajador para obtener administrativamente la reconsideración de la rescisión.

b) Pago de jubilaciones y pensiones:

- Diferencias en la integración de los finiquitos, al excluir los conceptos 32 y 33 por infectocontagiosidad y emanaciones radiactivas, o cancelación injustificada o sin explicación previa de su pago.

- Falta de claridad y sencillez en el desglose de los conceptos que integran la jubilación o pensión.
- Desconocimiento y/o aplicación incorrecta de la normatividad institucional para el trámite de salarios y prestaciones por parte del personal administrativo encargado de ello.

c) Regularización de plazas:

- Inadecuado manejo administrativo para la contratación de notificadores, monitores, vacunadoras, promotores de salud comunitaria, entre otras.
- No se otorga la adscripción definitiva en el centro de trabajo a empleados de Base que han ocupado más de seis meses una plaza en ese lugar de trabajo.
- Negativa a regularizar su nivelación aunque realicen funciones distintas a la plaza que ocupan.

d) Reclamaciones fraudulentas:

- Reclaman una antigüedad mayor a la efectivamente laborada, con base en las discrepancias entre la fecha de ingreso y la antigüedad efectiva que constan en sus comprobantes de pago.
- Demandan el pago de indemnizaciones por riesgos de trabajo ficticios.
- Solicitan su reinstalación en las rescisiones por faltas injustificadas, aun cuando carezcan de elementos para justificar sus ausencias.
- Simulan despidos injustificados para cobrar la indemnización correspondiente.

Las causas que ponen en riesgo el resultado de los juicios laborales promovidos por asegurados son las siguientes:

a) Accidentes y enfermedades de trabajo:

- Negativa sistemática de pensión por riesgos de trabajo.
- No se reconocen las patologías profesionales reclamadas.
- Inadecuada calificación del porcentaje de la incapacidad, o negativa de incremento.
- Negativa de otorgamiento de pensión definitiva: el dictamen médico señala que el asegurado no presenta padecimientos, a pesar de que se han otorgado pensiones provisionales hasta en tres ocasiones.

b) Pensiones:

- Diferencias en el cálculo de semanas cotizadas: se entregan constancias con un número de semanas cotizadas mayor al que posteriormente se incluye en la Certificación de Derechos.
- Inadecuada calificación del porcentaje de invalidez o negativa de incremento.

c) Incumplimiento de obligaciones patronales:

- No inscriben a sus trabajadores al Régimen Obligatorio del Seguro Social.
- Omiten declarar los accidentes o enfermedades de trabajo que afectan a sus empleados.
- El Instituto es llamado como “tercero” por el Asegurado, a efecto de inscribir o regularizar su situación laboral.

d) Falta de información:

- Falta de orientación de los asegurados sobre los trámites administrativos para la obtención de pensiones y otras prestaciones.
- Falta de confianza en obtener una respuesta oportuna y/o favorable, ante la negativa reiterada de pensiones procedentes.
- Desconocimiento y/o aplicación incorrecta dentro del Instituto de la normatividad aplicable al otorgamiento de prestaciones y servicios.
- Falta de claridad y sencillez en el desglose de los conceptos que integran los montos de las pensiones.

e) Reclamaciones fraudulentas:

- Los asegurados reclaman riesgos de trabajo ficticios: no padecieron el accidente o enfermedad profesional que reclaman; no existe relación laboral con la empresa en que supuestamente trabajaron o el patrón no existe, de acuerdo con los registros del SINDO.

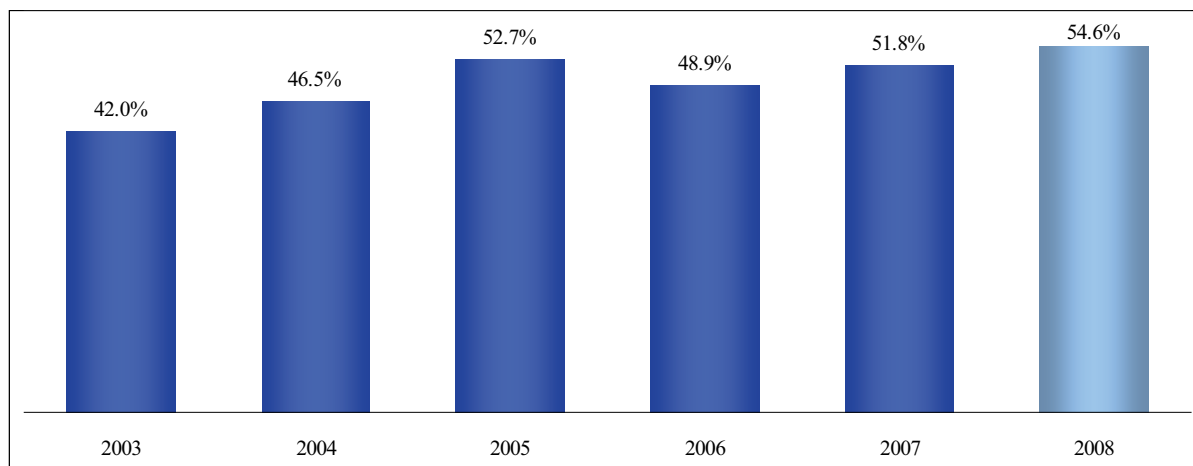
Durante el año 2008 se reforzó la estrategia de atención y control de juicios, con las acciones siguientes:

- Depuración administrativa. Se realiza especialmente en aquellos expedientes que, encontrándose concluidos en el procedimiento laboral, no se ha realizado su baja del Sistema de Seguimiento de Casos.

- **Prevención.** Se contemplan acciones encaminadas a establecer, de manera consensuada con las áreas administrativas del Instituto, tanto normativas como delegacionales, medidas que permitan, de manera eficaz, prevenir un juicio laboral y aun originándose éste, contar con los elementos indispensables para la adecuada defensa institucional.
- **Evaluación.** Con el objeto de evaluar regularmente el desempeño del Jefe Delegacional de Servicios Jurídicos, se llevaron a cabo revisiones de control a las Jefaturas, las que tuvieron por objeto detectar las áreas de oportunidad en el control del proceso, así como establecer compromisos con término para su cumplimiento, procurando unificar los métodos de trabajo y actualizar el Sistema de Seguimiento de Casos.
- **Atracción de juicios.** La Dirección Jurídica ejerció la facultad de atracción de los juicios laborales en trámite ante las Juntas 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, lo que representa tener el control de más de 37 por ciento de los juicios a nivel nacional, con el objeto de promover las mejores prácticas en defensa del interés institucional, eficientar recursos humanos y materiales, y consolidar los resultados del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios.

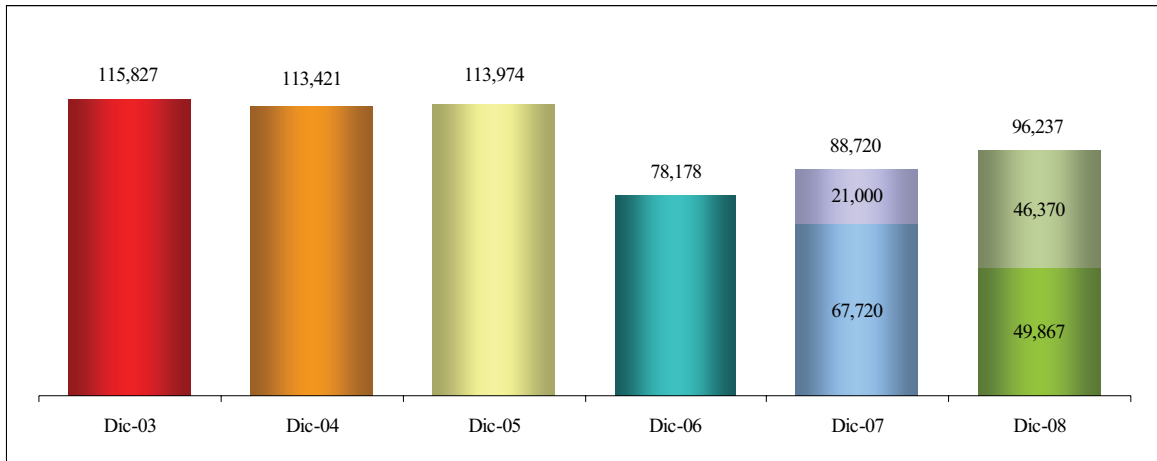
Durante el periodo de ejecución del Programa (2004-2008), los juicios laborales en contra del Instituto se han atendido en un número mayor y con mejores resultados, como se observa en las variables de laudos a favor del IMSS y en el número de juicios en trámite que representan, en ambos casos, un pasivo contingente (gráficas XI.4 y XI.5).

Gráfica XI.4.
Comparativo de Laudos Favorables al IMSS,
Diciembre 2003-Diciembre 2008



Fuente: IMSS.

Gráfica XI.5.
Comparativo de Juicios Laborales en Trámite
Diciembre 2003-Diciembre 2008



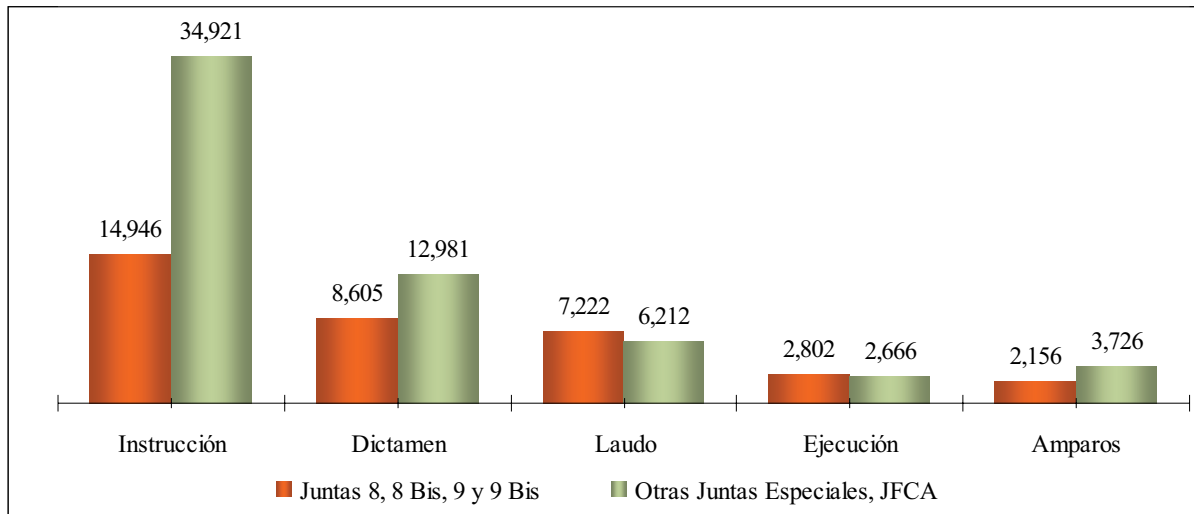
Nota: A partir de 2006, se excluyen los juicios radicados en Juntas Locales, así como los relativos a SAR y Afore. Los datos de 2007 y 2008 sólo se refieren a juicios en trámite, es decir, en etapa de instrucción. Incluyendo los juicios en dictamen, laudo, ejecución y amparo, el total asciende a 88,720 y 96,237, respectivamente.

Fuente: IMSS.

Por lo que se refiere al indicador de diferimiento de audiencias, de igual forma se han obtenido resultados favorables, en virtud de que en 2003 se presentaba 24 por ciento de audiencias diferidas, por causas imputables al IMSS, de las audiencias programadas, y para 2008, con la aplicación de las estrategias del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios, se alcanzó 5.7 por ciento, lo que representa una disminución de 18.3 puntos porcentuales.

De los 96,237 juicios laborales en trámite ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje al cierre de 2008, 49,867 juicios se encontraban en el estado procesal de instrucción, como se muestra en la gráfica XI.6.

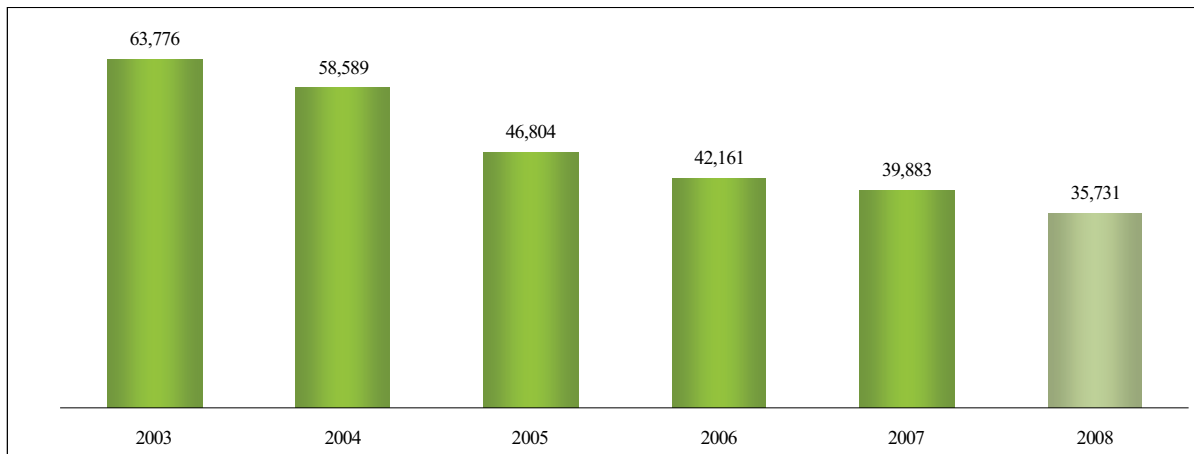
Gráfica XI.6.
Juicios Laborales por Fase



Fuente: IMSS.

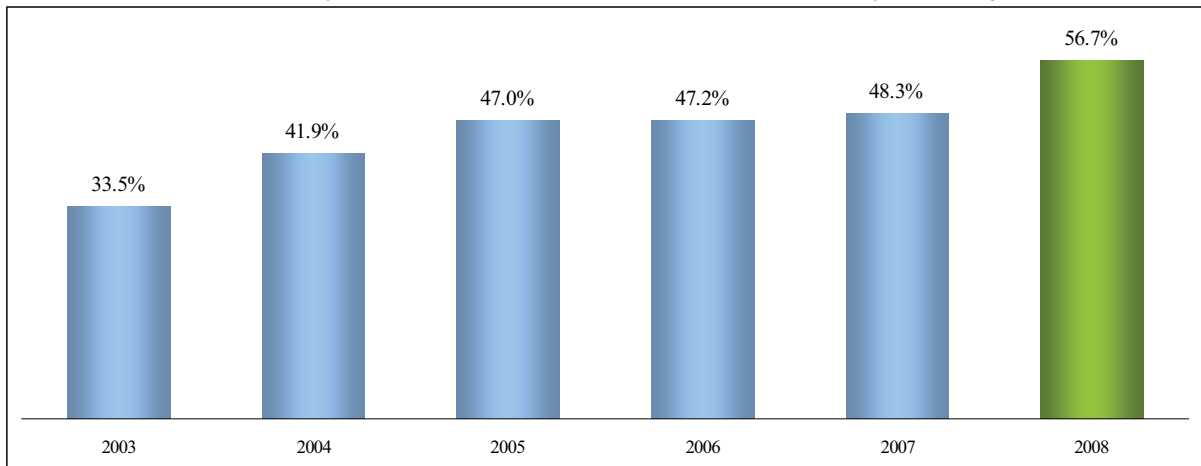
Con la atracción de los juicios laborales en 2008 se consolidó la tendencia de los resultados que se muestran en las gráficas XI.7, XI.8 y XI.9:

Gráfica XI.7.
Juicios Laborales en Trámite, Radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje



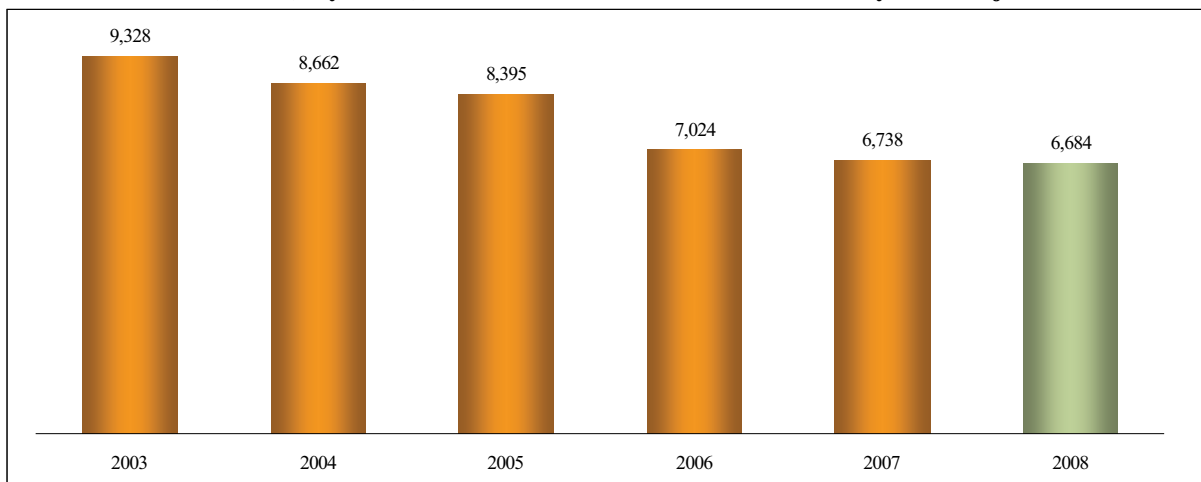
Fuente: IMSS.

Gráfica XI.8.
Porcentaje de Laudos Favorables Notificados en las Juntas Especiales
8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje



Fuente: IMSS.

Gráfica XI.9.
Nuevas Demandas Notificadas por las Juntas Especiales
8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje



Fuente: IMSS.

XI.1.4.2. Juicios fiscales

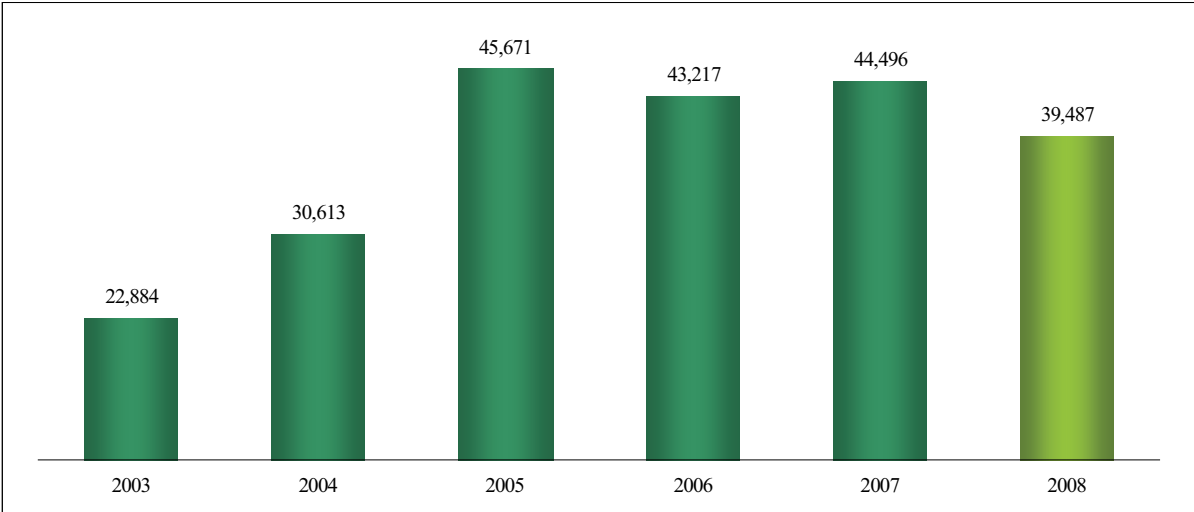
En lo que se refiere a los juicios fiscales en trámite en los que el IMSS tiene el carácter de demandado, el comportamiento de los mismos no es favorable al Instituto, toda vez que han venido observando una tendencia a la alza, ya que al cierre de 2003 se ubicaron en 22,884 y para el cierre de 2008 alcanzaron la cifra de 39,487, como se observa en la gráfica XI.10.

Esto obedece, entre otras razones, a que cada vez más, los patrones impugnan los actos definitivos del Instituto directamente ante el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y

Administrativa, sin agotar previamente el recurso de inconformidad, por ser éste una instancia optativa, así como por el número de actos impugnables generados por el Instituto, principalmente por cédulas de liquidación de diferencias (rezago del Sistema de Verificación de Pagos [SIVEPA]) y por la imposición de multas por incumplimiento del pago de los conceptos fiscales a favor del IMSS.

En los juicios de nulidad en los que el IMSS es demandado, se impugnan, generalmente, las cuotas obrero-patronales determinadas por este Instituto, por lo que no han ingresado a su patrimonio; de obtenerse sentencias desfavorables no representarán una erogación a cargo de este organismo descentralizado.

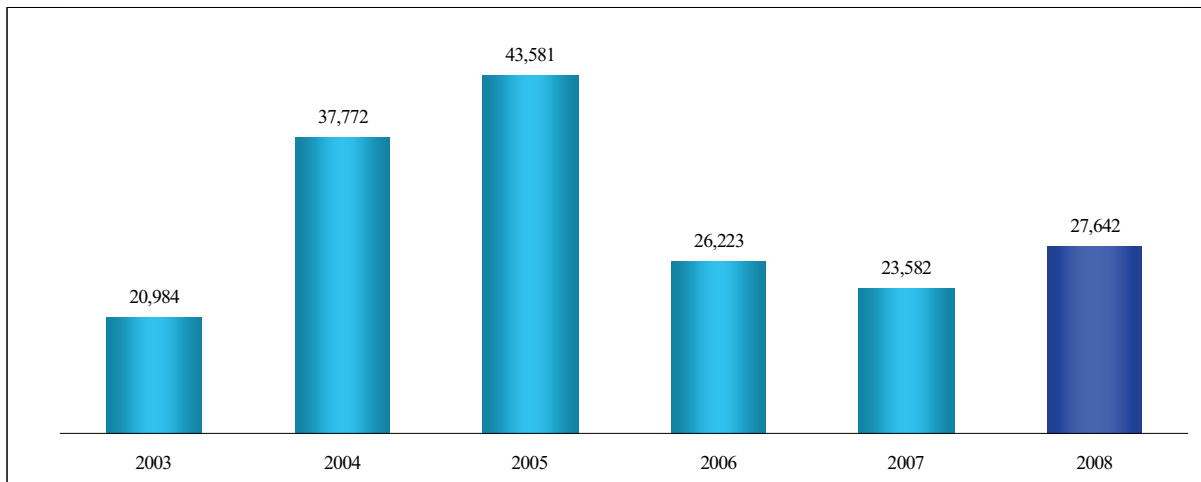
Gráfica XI.10.
Comportamiento de los Juicios Fiscales en Trámite,
Diciembre 2003-Diciembre 2008



Fuente: IMSS.

Lo anterior también se refleja en el considerable número de demandas (179,184) que se notificaron al Instituto durante el periodo 2003-2008, como se muestra en la Gráfica XI.11.

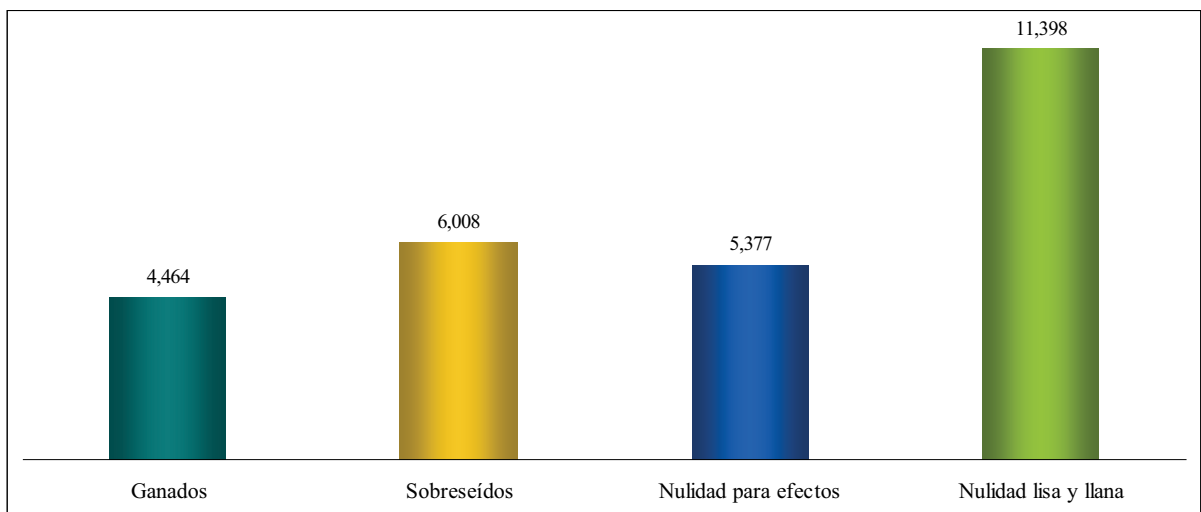
Gráfica XI.11.
Comportamiento de las Demandas Notificadas,
Diciembre 2003-Diciembre 2008



Fuente: IMSS.

Durante 2008 se concluyeron 27,247 juicios fiscales; a continuación se muestran los resultados obtenidos, de acuerdo con el sentido de la sentencia.

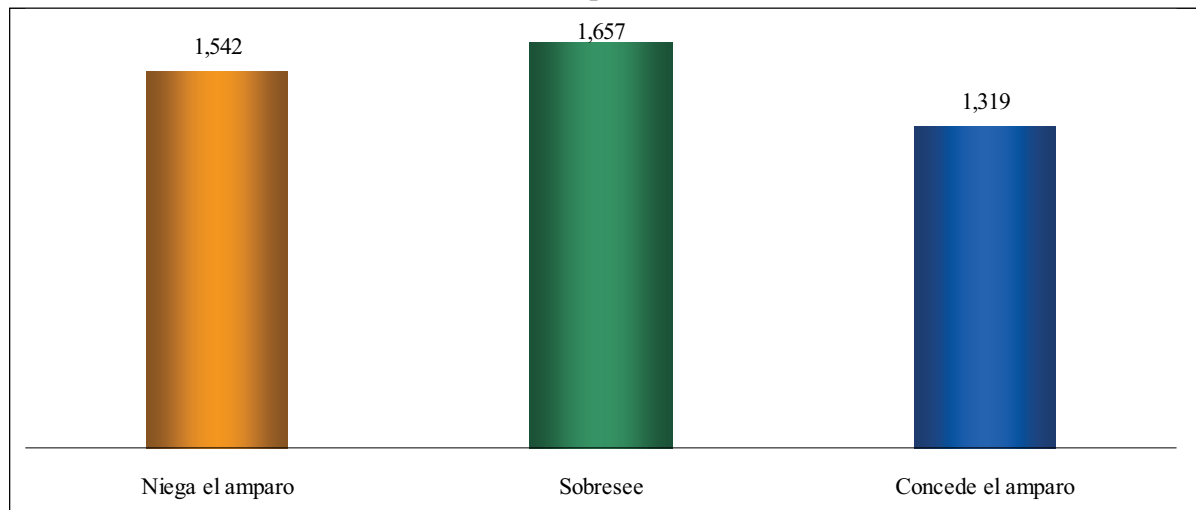
Gráfica XI.12.
Juicios Fiscales Concluidos



Fuente: IMSS.

Se tramitaron 8,160 juicios de amparo en materia administrativa y fiscal, en contra de Decretos que reforman diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social y de actos emitidos por autoridades del Instituto. Se concluyeron 4,518 juicios, obteniéndose los resultados que se observan en la gráfica XI.13.

Gráfica XI.13.
Sentido de las Sentencias Emitidas por el Poder Judicial de la Federación



Fuente: IMSS.

Principales causas por las que se declara la nulidad de los actos de:

a) Fiscalización:

- No se desahoga la auditoría en los plazos establecidos en el Código Fiscal de la Federación.
- Omisión de los visitadores de asentar en las actas, de manera detallada, los datos y documentos revisados, así como su contenido en relación con los trabajadores, por los que se determinarán las cuotas obrero-patronales.
- Notificación de las cédulas de liquidación fuera del plazo de los seis meses siguientes, contados a partir de la fecha en que se levantó el acta final.
- En la auditoría a patrones, cuya actividad de manera permanente o eventual es la construcción, no se cumple con la notificación del requerimiento de documentos ni con el levantamiento circunstanciado de las actas.
- La orden de visita carece de designación del domicilio para llevarla a cabo.
- En el citatorio no se señala que se notificará una orden de visita.

b) Recaudación:

- Indebida fundamentación de la competencia territorial.
- Carencia de firma autógrafa de la autoridad emisora.
- No se cumple con las formalidades para la notificación de las cédulas de liquidación.

- Falta de acreditamiento de la relación laboral de los trabajadores que se enlistan en las cédulas de liquidación de cuotas, por no presentar los avisos de afiliación.
- Improcedencia de la imposición de multas, por tratarse de pagos espontáneos.
- Se omite detallar, en las resoluciones de rectificación de la prima del Seguro de Riesgos de Trabajo, la fecha de emisión y de notificación al patrón, de los dictámenes de calificación del riesgo, alta del trabajador, incapacidad parcial permanente, incapacidad permanente total o defunción, o no existen las constancias de los dictámenes mencionados.
- Inicio del Procedimiento Administrativo de Ejecución respecto a créditos que están pagados o que no han sido notificados.

Acciones implementadas para atender y controlar los juicios fiscales:

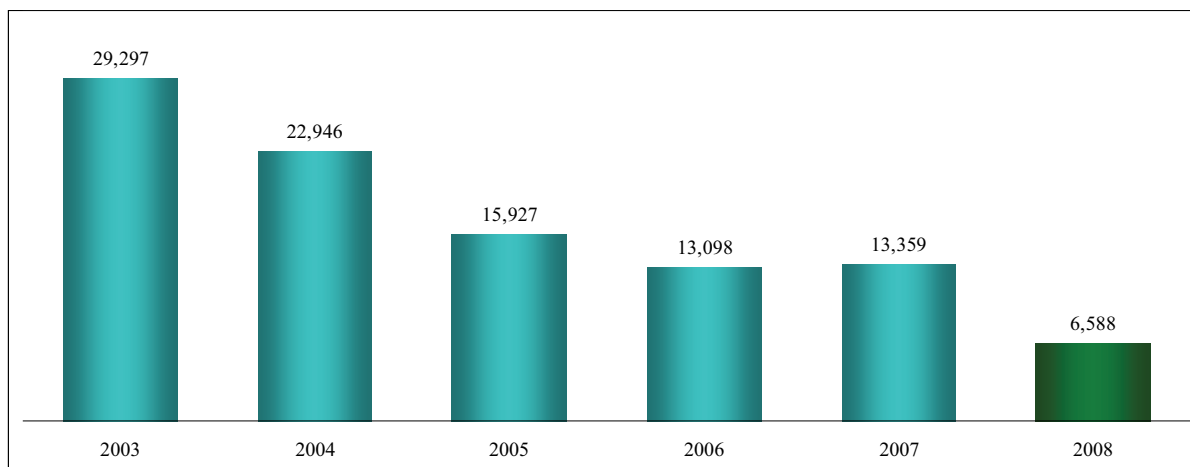
- Difusión a las Delegaciones, a través de medios electrónicos (Intranet) y de oficios circulares, de los criterios institucionales y jurisdiccionales favorables a este Instituto, para hacerlos valer en los juicios fiscales y administrativos, y comentarlos con el personal de los tribunales judiciales y jurisdiccionales, lo cual agilizará la emisión de la sentencia y, como consecuencia, la disminución de los juicios.
- Asistencia y apoyo a los Servicios Jurídicos Delegacionales con el objeto de fortalecer la defensa de los juicios que se tramitan ante los tribunales administrativos y judiciales.
- Ejercicio de la facultad de atracción de los asuntos de importancia y trascendencia que puedan afectar el interés institucional, competencia de las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos.
- Con el fin de que los Servicios Jurídicos Delegacionales cuenten con una base normativa para atender los juicios de nulidad y los juicios de amparo que se instauren en contra del Instituto en el ámbito fiscal, se elaboraron y autorizaron las normas y manuales siguientes :
 - Norma que Establece las Disposiciones Generales para la Atención de los Recursos Administrativos y Juicios Fiscales y Administrativos, registrada en el Catálogo Normativo Institucional el 22 de diciembre de 2006.

- Manual de Procedimientos para la Atención de los Recursos Administrativos y Juicios Fiscales y Administrativos, registrado en el Catálogo Normativo Institucional el 27 de julio de 2007.
- Norma que Establece las Disposiciones Generales para la Atención de los Juicios de Amparo Fiscales y Administrativos, registrada en el Catálogo Normativo Institucional el 22 de marzo de 2007.
- Se celebró reunión con personal de la Dirección de Incorporación y Recaudación y de la Dirección Jurídica, en la que se acordó revisar los actos impugnables de las Subdelegaciones, supervisar que se entreguen en tiempo y forma los documentos que se ofrecerán como prueba en los juicios y mantener actualizado el Sistema de Seguimiento de Casos, a fin de que en el futuro las Jefaturas Delegacionales de Afiliación y Cobranza tengan acceso para conocer el estado procesal de los juicios.
- Se determinaron las causas de impugnación más frecuentes de los actos que emiten las Delegaciones Regionales, Estatales y del Distrito Federal, a fin de que sean subsanadas.
- Se revisaron conjuntamente, por la Dirección de Incorporación y Recaudación y la Dirección Jurídica, 21 formatos utilizados para el citatorio y el acta de notificación de cédulas de liquidación; 67 de visita domiciliaria; 4 de cédulas de liquidación de aportación de seguridad social; 17 del procedimiento administrativo de ejecución y 5 de resoluciones de rectificación de clasificación de empresas y prima del seguro de grado de riesgo de trabajo.
- Se visitaron las Delegaciones en Baja California, Campeche, Distrito Federal Norte, Distrito Federal Sur, Durango, Estado de México Poniente, Estado de México Oriente, Guanajuato, Michoacán, Oaxaca, Tabasco y Veracruz Norte, para asesorar en la defensa y verificar que la presentación de los actos procesales se realice conforme a la normatividad.
- Se elaboró y autorizó el Programa de Capacitación para impartir los cursos El Acto Administrativo y el Procedimiento Contencioso Administrativo, El Juicio de Amparo Directo y El Juicio de Amparo Indirecto, para el personal de las Jefaturas Delegacionales de Servicios Jurídicos.

XI.1.4.3. Recursos de inconformidad

En lo que se refiere a los recursos de inconformidad en trámite desde la aplicación del Programa, han mostrado una tendencia a la baja, al pasar de 29,297 en diciembre de 2003 a 6,588 en diciembre de 2008, lo cual significó una reducción de 77.5 por ciento en el periodo comentado. El comportamiento de dichos recursos se observa en la Gráfica XI.14.

Gráfica XI.14.
Recursos de Inconformidad en Trámite,
Diciembre 2003-Diciembre 2008



Fuente: IMSS.

XI.2. Riesgo del Aumento en el Gasto en Enfermedades Crónico-Degenerativas de Alto Impacto

El IMSS enfrenta el efecto de una transición demográfica y epidemiológica que anticipa un importante crecimiento en los niveles de atención médica de personas con enfermedades crónico-degenerativas o infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), lo que conlleva a presiones en los niveles de gasto del Instituto. En este sentido, uno de los más grandes retos en materia de salud para el Instituto es la prevención, el tratamiento y la curación de las mismas.

En este apartado se presenta la evolución reciente y futura de la magnitud del gasto ambulatorio, farmacológico y hospitalario que representa el grupo de enfermedades que concentra una proporción significativa de los recursos financieros destinados a la atención médica de sus derechohabientes. Estas enfermedades y padecimientos son: diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HA), insuficiencia renal (IR), cáncer cérvico-uterino (CaCu),

cáncer de mama (CaMa) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). Es importante destacar que las estimaciones de este año incluyen los resultados preliminares del Sistema de Costeo por Grupos Relacionados con el Diagnóstico.

XI.2.1. Evolución bianual 2004-2008

Estas seis enfermedades requieren de diagnósticos especializados, así como de tratamientos largos y complejos. Por ello, sus costos ejercen cada vez más presión sobre las finanzas institucionales, como se muestra en el cuadro XI.6.

Cuadro XI.6.
Evolución Bianual de Consultas Totales, Pacientes con Tratamiento,
Casos de Hospitalización y Gasto por Componente, 2004-2008
(importes en millones de pesos de 2009)

Padecimiento	Año	Consultas Totales	Pacientes con Tratamiento	Casos de Hospitalización	Gasto Médico			Total
					Ambulatorio	Farmacológico	Hospitalización	
Diabetes Mellitus	2004	8,374,797	681,199	27,745	4,636	660	1,422	6,719
	2006	8,757,796	652,680	31,059	4,839	656	1,654	7,149
	2008	10,148,594	704,317	33,770	5,564	753	1,916	8,233
Hipertensión Arterial	2004	9,903,213	726,208	12,403	5,378	394	333	6,104
	2006	10,859,746	636,855	13,862	5,849	356	386	6,591
	2008	12,797,041	722,605	15,087	6,868	422	446	7,737
Insuficiencia Renal	2004	540,770	13,710	59,117	427	1,550	2,069	4,046
	2006	634,166	10,360	65,864	493	1,215	2,390	4,099
	2008	803,073	13,140	72,059	608	1,639	2,776	5,023
Cáncer Cérvico Uterino	2004	145,008	30,715	5,032	115	16	148	279
	2006	131,547	32,106	5,758	104	18	175	298
	2008	131,075	29,946	6,046	104	18	196	317
Cáncer de Mama	2004	784,741	140,895	10,499	541	214	542	1,297
	2006	900,901	185,265	11,870	619	292	634	1,545
	2008	986,368	195,582	12,875	677	324	730	1,730
Virus de Inmunodeficiencia Humana	2004	138,287	10,215	3,008	110	466	257	832
	2006	163,297	14,739	3,346	129	697	296	1,122
	2008	179,582	15,606	3,535	142	785	333	1,259
Total	2004	19,886,816	1,602,942	117,804	11,207	3,300	4,770	19,277
	2006	21,447,453	1,532,005	131,758	12,033	3,235	5,535	20,803
	2008	25,045,733	1,681,196	143,372	13,962	3,940	6,397	24,299

Fuente: IMSS.

En este periodo el gasto médico ha crecido a razón de 6 por ciento anual, en promedio, y ha sido impulsado, principalmente, por el componente hospitalario. Por su parte, el número de consultas, de pacientes con tratamiento y de pacientes en hospitalización han aumentado a tasas promedio de 5.9, 1.2 y 5 por ciento, respectivamente.

XI.2.2. Proyecciones 2009-2050

La magnitud del gasto médico de este grupo de padecimientos se evalúa a partir de dos escenarios de evolución futura de estas enfermedades. El primero de ellos se denomina “base”, y parte del supuesto de que las acciones preventivas y avances de la ciencia médica y tecnológica, coadyuvarán a frenar el crecimiento de las tasas de morbilidad y mortalidad observadas en la historia reciente. En contraste, el segundo se denomina “catastrófico” y asume que ni las medidas preventivas ni la medicina moderna impactarán de manera significativa en las tasas de morbilidad y mortalidad, razón por la cual éstas se mantendrán constantes a lo largo del periodo de proyección.

En las proyecciones que se presentan en las siguientes subsecciones se considera un incremento real anual promedio en los costos médicos de 2.37 por ciento.

XI.2.2.1. Escenario base

El Instituto destina cada año recursos financieros para el fortalecimiento de su Programa PREVENIMSS, cuya estrategia está basada en la prevención, la curación y la rehabilitación de diversas enfermedades. Como consecuencia de los resultados por la aplicación de estas medidas y de aquellas que se implementen en el mediano y largo plazos, se presupone que todas las enfermedades se desarrollarán en las fases siguientes:

1. **Expansión.** En esta fase, las tasas de morbilidad y mortalidad mantendrán la tendencia promedio observada en la evolución reciente¹¹³.
2. **Control.** Fase en que la introducción de acciones preventivas y los avances médicos permitirán frenar el crecimiento de las tasas de morbilidad y mortalidad.
3. **Compresión.** Momento a partir del cual las medidas y los avances previamente descritos comenzarán a revertir la tendencia creciente de casos.

En el cuadro XI.7 se presentan las proyecciones hasta 2050, de los padecimientos en estudio. Destaca que para 2009 el gasto conjunto de HA y DM representa 65.7 por ciento del gasto global del grupo de enfermedades y aumenta hasta 75 por ciento en 2050.

¹¹³ A excepción del cáncer cérvico uterino, el cual ha registrado una tendencia decreciente.

Cuadro XI.7.
Proyecciones de Consultas Totales, Pacientes con Tratamiento, Casos de Hospitalización
y Gasto por Componente, 2009, 2010, 2020, 2030, 2040 y 2050
en el Escenario Base
(importes en millones de pesos de 2009)

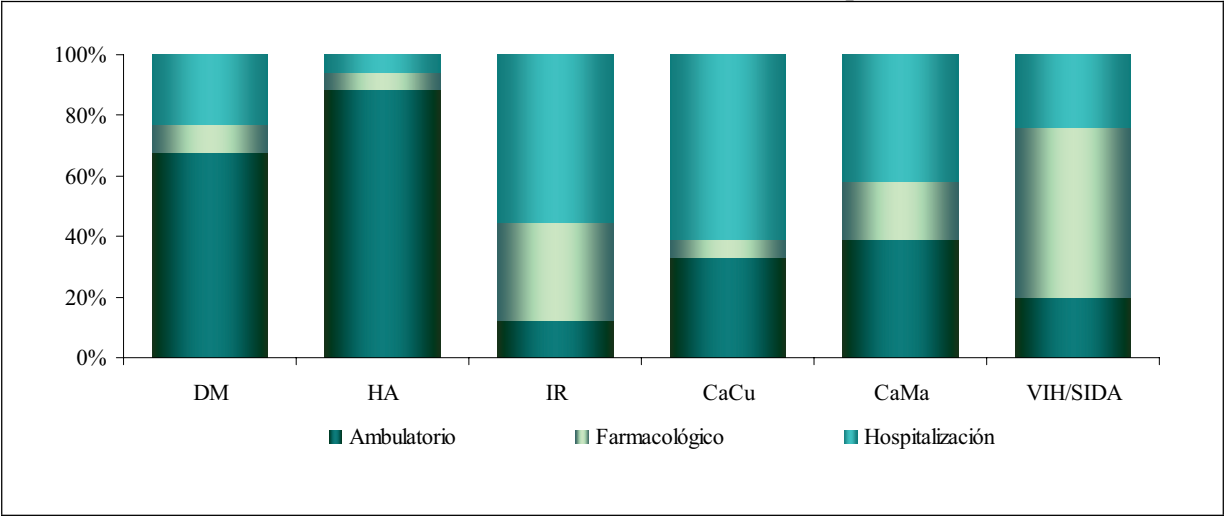
Padecimiento	Año	Consultas Totales	Pacientes con Tratamiento	Casos de Hospitalización	Gasto Médico			Total
					Ambulatorio	Farmacológico	Hospitalización	
Diabetes Mellitus	2009	10,703,311	741,634	35,429	5,948	799	2,028	8,776
	2010	11,287,643	780,828	37,169	6,421	861	2,181	9,464
	2020	18,744,886	1,274,059	59,281	13,463	1,776	4,449	19,688
	2030	27,525,813	1,844,677	85,957	24,973	3,251	8,231	36,455
	2040	30,859,873	2,054,849	97,231	35,388	4,577	11,850	51,814
	2050	22,257,870	1,480,734	70,244	32,267	4,168	10,857	47,292
Hipertensión Arterial	2009	13,490,317	760,134	15,837	7,341	445	472	8,258
	2010	14,220,852	799,393	16,625	7,920	479	507	8,907
	2020	23,608,405	1,283,738	26,746	16,594	973	1,033	18,600
	2030	35,080,715	1,833,957	39,523	31,117	1,757	1,934	34,808
	2040	40,177,272	2,034,551	46,025	44,993	2,463	2,858	50,314
	2050	29,360,256	1,466,543	33,773	41,542	2,244	2,657	46,443
Insuficiencia Renal	2009	839,014	13,725	75,368	643	1,725	2,926	5,295
	2010	876,459	14,336	78,827	688	1,845	3,133	5,666
	2020	1,328,413	21,897	121,403	1,318	3,561	6,095	10,974
	2030	1,818,255	30,771	168,327	2,277	6,325	10,686	19,289
	2040	1,950,645	34,143	181,173	3,082	8,871	14,555	26,508
	2050	1,360,691	24,193	125,974	2,715	7,945	12,802	23,462
Cáncer Cérvico Uterino	2009	134,528	30,728	6,069	108	19	198	325
	2010	137,773	31,461	6,079	113	20	203	336
	2020	149,520	34,080	5,285	155	27	224	405
	2030	116,192	26,453	3,299	152	26	177	355
	2040	59,213	13,500	1,351	98	17	91	206
	2050	17,343	3,964	315	36	6	27	70
Cáncer de Mama	2009	1,030,499	204,366	13,468	717	346	769	1,832
	2010	1,075,279	213,278	14,071	766	370	822	1,958
	2020	1,502,794	298,826	19,746	1,363	655	1,448	3,466
	2030	1,651,931	330,072	21,627	1,911	914	1,994	4,819
	2040	1,329,820	267,305	17,438	1,962	936	2,029	4,926
	2050	707,173	143,549	9,378	1,328	635	1,377	3,341
Virus de Inmunodeficiencia Humana	2009	350,750	16,285	3,688	287	825	349	1,461
	2010	368,266	16,980	3,823	308	881	371	1,560
	2020	556,574	24,552	5,214	589	1,610	636	2,834
	2030	709,036	30,598	6,009	949	2,536	920	4,404
	2040	678,393	29,388	5,309	1,147	3,078	1,019	5,245
	2050	462,030	19,906	3,331	987	2,635	805	4,427
Total	2009	26,548,419	1,766,872	149,859	15,044	4,160	6,743	25,946
	2010	27,966,271	1,856,277	156,594	16,217	4,456	7,217	27,889
	2020	45,890,592	2,937,151	237,675	33,483	8,602	13,883	55,968
	2030	66,901,942	4,096,527	324,741	61,379	14,809	23,942	100,129
	2040	75,055,217	4,433,736	348,526	86,669	19,942	32,402	139,013
	2050	54,165,363	3,138,890	243,015	78,876	17,635	28,524	125,035

Fuente: IMSS.

Por otra parte, existen significativas diferencias en la estructura por componente de gasto médico; por ejemplo, para IR y VIH/SIDA, el gasto farmacológico representa 32.6 y 56.4 por ciento, respectivamente; para HA y DM el gasto ambulatorio es el más importante, con 88.9 y 67.8 por ciento. Finalmente, el gasto hospitalario es el principal componente del

CaCu, ya que concentra 65.1 por ciento del gasto. La gráfica XI.15 muestra un comparativo de la distribución del gasto médico en 2009, para cada uno de los seis padecimientos.

Gráfica XI.15.
Estimación de la Estructura del Gasto Médico en 2009 por Padecimiento



Fuente: IMSS.

XI.2.2.1.1 Descomposición del gasto por transición demográfica y por incremento de los costos médicos

El elevado crecimiento del gasto médico en el mediano y largo plazos se debe a dos efectos: i) el proceso de envejecimiento y las tendencias de las enfermedades; y, ii) el incremento en los costos médicos. Por esta razón, se evaluaron de forma independiente estos comportamientos, y los resultados se presentan en el cuadro XI.8.

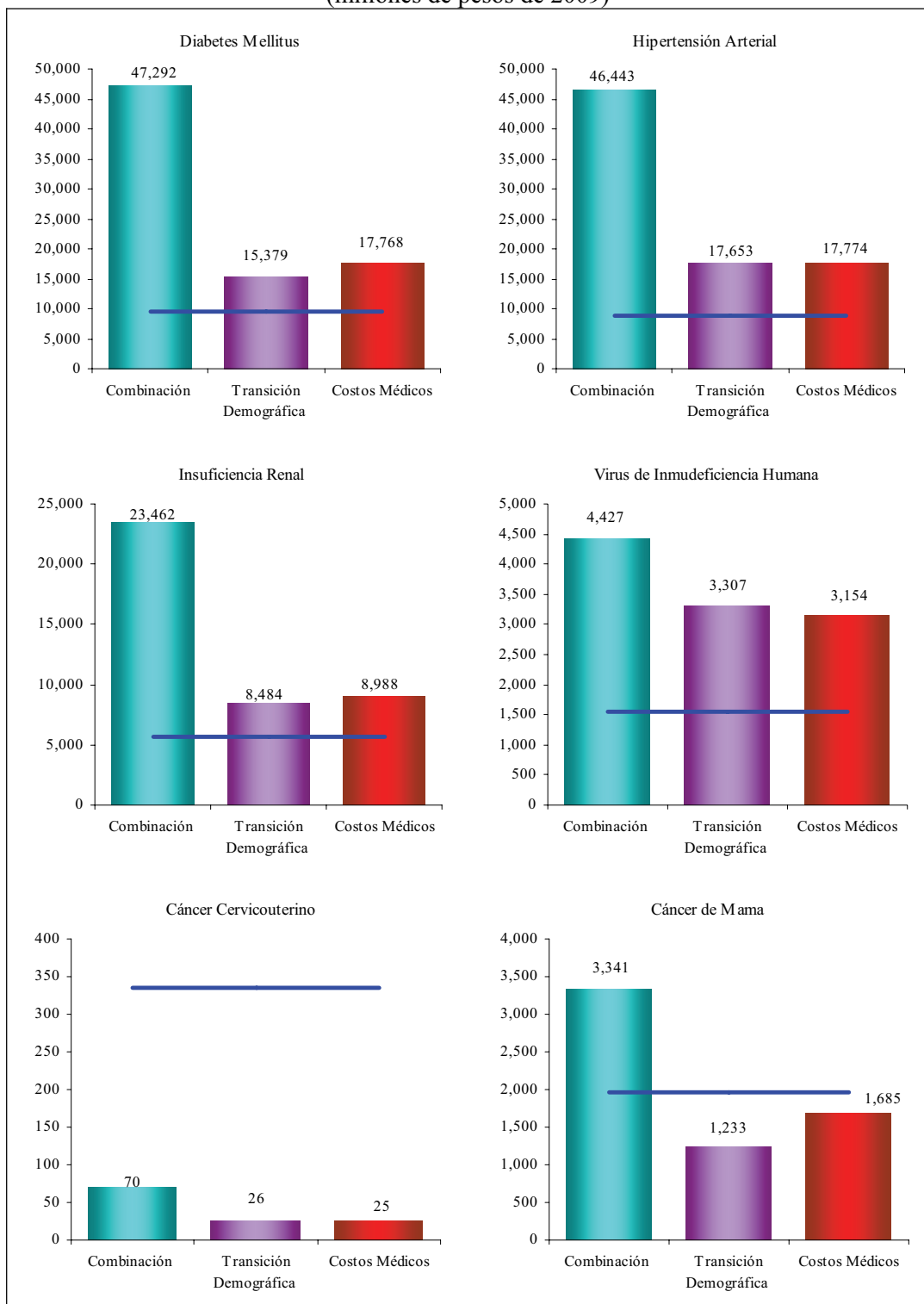
Cuadro XI.8.
Estimación del Gasto Médico Total por Padecimiento, 2010, 2020, 2030, 2040 y 2050 en el Escenario Base y su Descomposición por Transición Demográfica y Epidemiológica e Incremento de los Costos Médicos
(millones de pesos de 2009)

Padecimiento	Combinación de Transición Demográfica e Incremento en Costos Médicos					Sólo Transición Demográfica (sin Incremento en Costos Médicos)					Sólo Incremento en los Costos Médicos (sin Transición Demográfica)				
	2010	2020	2030	2040	2050	2010	2020	2030	2040	2050	2010	2020	2030	2040	2050
DM	9,464	19,688	36,455	51,814	47,292	9,072	14,936	21,883	24,606	17,768	9,100	13,071	17,492	19,145	15,379
HA	8,907	18,600	34,808	50,314	46,443	8,636	14,271	21,133	24,171	17,653	8,559	12,242	16,312	17,774	14,213
IR	5,666	10,974	19,289	26,508	23,462	5,233	8,020	11,150	12,118	8,484	5,486	7,822	10,387	11,280	8,988
CaCu	336	405	355	206	70	317	303	211	97	26	322	272	182	86	25
CaMa	1,958	3,466	4,819	4,926	3,341	1,843	2,582	2,841	2,298	1,233	1,888	2,523	2,942	2,671	1,685
VIH/SIDA	1,560	2,834	4,404	5,245	4,427	1,527	2,534	3,653	4,104	3,307	1,523	2,307	3,247	3,734	3,154
Total	27,889	55,968	100,129	139,013	125,035	26,629	42,646	60,870	67,394	48,471	26,878	38,237	50,561	54,690	43,445

Fuente: IMSS.

En el cuadro anterior se puede apreciar que el efecto más importante durante todo el periodo es en el incremento debido a la transición demográfica y epidemiológica. Sin embargo, a partir de 2038 y hasta 2050, los incrementos en los costos médicos tienen un mayor peso en el gasto estimado. En la gráfica XI.16 se presenta el comparativo de ambos efectos para cada uno de los padecimientos evaluados hacia el año 2050 y con la comparación respecto al gasto estimado para 2009 (línea azul en cada panel).

Gráfica XI.16.
Estimación de la Descomposición del Impacto Financiero para el IMSS de Cada
Padecimiento por Transición Demográfica y por Incremento
de los Costos de Atención Médica en 2050
(millones de pesos de 2009)



Fuente: IMSS.

En la gráfica anterior se observa que en todos los padecimientos, a excepción de VIH y CaCu, el componente de costos médicos tendrá un impacto mayor en el gasto esperado para 2050. El impacto aislado de la transición demográfica y epidemiológica ocasionaría que los gastos médicos en 2050 de DM, HA, IR y VIH se incrementarían en 102, 114, 70 y 126 por ciento respecto a los niveles de gasto total esperado en 2009, mientras que los costos médicos por sí solos aumentarían en 75, 72, 70 y 116 por ciento, respectivamente. Para los cánceres de la mujer (CaCu y CaMa), se estima que, derivado de la transición demográfica y epidemiológica, haya disminuciones de 92 y 33 por ciento, respectivamente. En cuanto al efecto por los incrementos en los costos médicos para estos padecimientos se espera en CaCu una disminución de 92 por ciento, mientras que en CaMa se tendría un incremento de 8 por ciento, respecto al gasto de 2009.

XI.2.2.2. Escenario catastrófico

En este escenario se asume que durante todo el periodo de evaluación, el número de consultas, los pacientes en tratamiento y los casos de hospitalización se incrementarán en función de las transiciones demográfica y epidemiológica, es decir, no se consideran programas de prevención y avances médicos como factores de mitigación del gasto. El cuadro XI.9 muestra los resultados de este escenario.

Cuadro XI.9.
Estimación de Consultas Totales, Pacientes con Tratamiento, Casos de Hospitalización
y Gasto por Rubro, 2009, 2010, 2020, 2030, 2040 y 2050
en el Escenario Catastrófico
(importes en millones de pesos de 2009)

Padecimiento	Año	Consultas Totales	Pacientes con Tratamiento	Casos de Hospitalización	Gasto Médico			Total
					Ambulatorio	Farmacológico	Hospitalización	
Diabetes Mellitus	2009	10,703,311	741,634	35,429	5,948	799	2,028	8,776
	2010	11,287,643	780,828	37,169	6,421	861	2,181	9,464
	2020	18,744,886	1,274,059	59,281	13,463	1,776	4,449	19,688
	2030	29,548,568	1,980,235	91,985	26,809	3,489	8,819	39,117
	2040	43,477,883	2,895,037	135,708	49,857	6,448	16,603	72,908
	2050	56,071,762	3,730,249	174,146	81,285	10,501	27,100	118,887
Hipertensión Arterial	2009	13,490,317	760,134	15,837	7,341	445	472	8,258
	2010	14,220,852	799,393	16,625	7,920	479	507	8,907
	2020	23,608,405	1,283,738	26,746	16,594	973	1,033	18,600
	2030	37,660,504	1,968,824	42,432	33,405	1,886	2,077	37,367
	2040	56,618,576	2,867,128	64,880	63,405	3,471	4,029	70,905
	2050	74,012,404	3,696,916	85,209	104,720	5,657	6,703	117,081
Insuficiencia Renal	2009	839,014	13,725	75,368	643	1,725	2,926	5,295
	2010	876,459	14,336	78,827	688	1,845	3,133	5,666
	2020	1,328,413	21,897	121,403	1,318	3,561	6,095	10,974
	2030	1,951,967	33,033	180,163	2,445	6,791	11,457	20,692
	2040	2,748,886	48,115	252,157	4,343	12,502	20,397	37,241
	2050	3,430,079	60,987	309,600	6,844	20,028	31,909	58,782
Cáncer Cérvico Uterino	2009	134,816	30,793	6,071	108	19	198	325
	2010	138,532	31,635	6,083	114	20	203	337
	2020	170,170	38,787	5,361	176	31	228	434
	2030	190,222	43,307	3,523	249	43	192	484
	2040	198,740	45,310	1,702	329	57	121	507
	2050	193,127	44,144	682	404	70	67	541
Cáncer de Mama	2009	1,030,499	204,366	13,468	717	346	769	1,832
	2010	1,075,279	213,278	14,071	766	370	822	1,958
	2020	1,513,413	298,826	20,082	1,370	655	1,473	3,498
	2030	1,776,972	330,072	25,777	2,016	914	2,377	5,307
	2040	1,728,239	267,305	31,424	2,387	936	3,656	6,979
	2050	1,443,362	143,549	36,912	2,323	635	5,422	8,380
Virus de Inmunodeficiencia humana	2009	350,750	16,285	3,688	287	825	349	1,461
	2010	368,266	16,980	3,823	308	881	371	1,560
	2020	556,574	24,552	5,219	589	1,610	636	2,835
	2030	760,826	32,833	6,556	1,018	2,721	1,004	4,743
	2040	953,856	41,321	7,797	1,613	4,328	1,497	7,438
	2050	1,157,585	49,873	9,027	2,474	6,603	2,180	11,257
Total	2009	26,548,706	1,766,938	149,861	15,044	4,160	6,743	25,947
	2020	45,921,861	2,941,858	238,091	33,511	8,606	13,912	56,029
	2030	71,889,060	4,388,303	350,436	65,942	15,844	25,924	107,710
	2040	105,726,181	6,164,217	493,667	121,933	27,742	46,303	195,978
	2050	136,308,319	7,725,718	615,576	198,051	43,495	73,381	314,926

Fuente: IMSS

Como puede observarse, al soslayar la eficacia de las acciones de prevención y/o detección oportuna, así como de los beneficios de los avances médicos, las enfermedades se mantendrían en su fase de expansión, por lo que, con el paso del tiempo, consumirían mayores recursos del Instituto. En este sentido, el gasto médico de las enfermedades crónicas de HA y

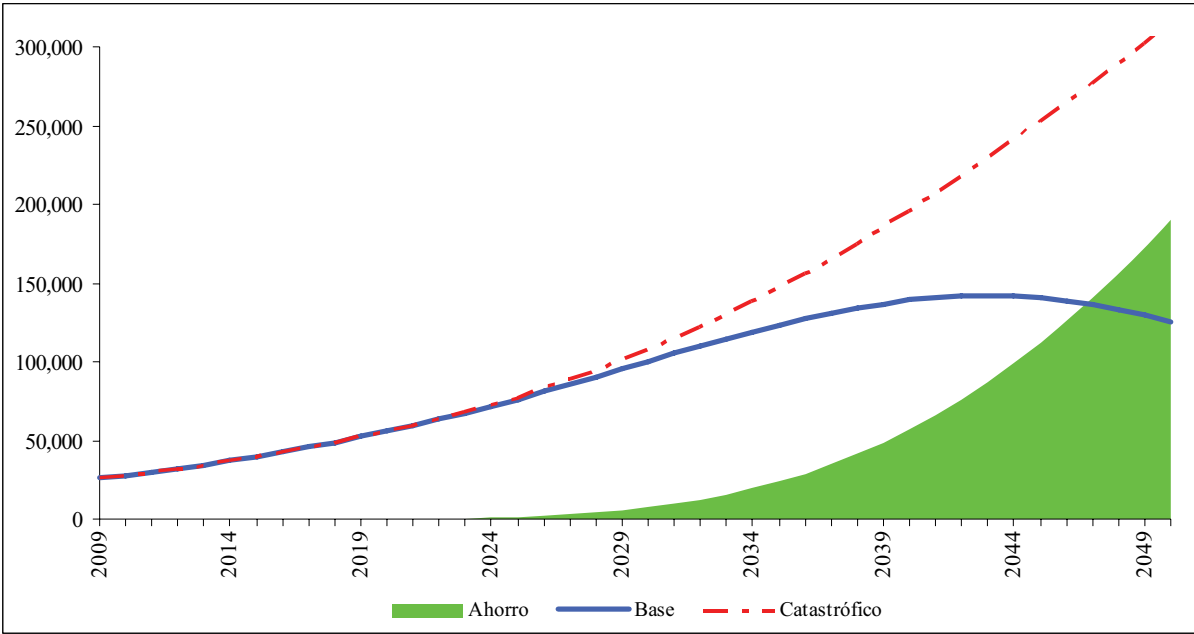
DM sería 14 veces superior al esperado para 2009, mientras que el gasto esperado en IR sería 11 veces mayor. Por su parte, el gasto médico derivado del tratamiento del CaCu se incrementaría en 66.5 por ciento, y el correspondiente a VIH/SIDA y CaMa aumentaría en 670.3 y 357.5 por ciento en 2050.

XI.2.2.3. Comparativo entre los escenarios base y catastrófico

Desde 2001, año en que se diseñó la estrategia PREVENIMSS, diversas acciones han sido implementadas por grupo de riesgo, con el objeto de controlar los padecimientos abordados en este apartado. Éstas han buscado, en primera instancia, prevenir la aparición de la enfermedad y, en segunda, reducir las posibilidades de complicaciones de la misma. En virtud de lo anterior, es de esperarse que los esfuerzos realizados por el IMSS redituarán beneficios económicos en el mediano y largo plazos.

En la gráfica XI.17 se muestra un comparativo del gasto médico total proyectado para estos padecimientos, bajo los escenarios base y catastrófico.

Gráfica XI.17.
Comparativo del Gasto Médico Estimado de los Seis Padecimientos
en los Escenarios Base y Catastrófico, 2009-2050
(millones de pesos de 2009)



Fuente: IMSS.

La tendencia de crecimiento del gasto en ambos escenarios es muy similar hasta el año 2025; a partir de ahí, los resultados de la prolongación de las medidas preventivas y el avance

de la tecnología médica se vuelven más notorios, reduciendo sustancialmente el gasto médico conjunto de los seis padecimientos.

Es importante señalar que el hecho de que los efectos de los factores previamente mencionados no se reflejen sino hasta la segunda mitad del periodo de proyección, no implica que estos no reditúen beneficios en el corto plazo. La razón por lo que no son tan visibles en un principio se explica por la concentración de una población cada vez más envejecida, cuyos elevados costos de la atención médica opacan, en cierta medida, el efecto conjunto de los programas preventivos y de los avances médicos. En realidad, es justo a este hecho al que se le atribuye parte importante de las dificultades financieras que actualmente atraviesa el Seguro de Enfermedades y Maternidad, y más aún, el ramo de Gastos Médicos de Pensionados.

CAPÍTULO XII

PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

XII. PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

XII.1. Introducción

IMSS-Oportunidades es un Programa de Salud del Gobierno Federal que cuenta con una trayectoria de más de 29 años de trabajo en beneficio de la población que habita en las zonas rurales y urbano-marginadas de México. Es administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, y opera con recursos aprobados por la H. Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF); su financiamiento es ministrado a través del Ramo XIX Aportaciones a Seguridad Social y Ramo XII Salud.

Constituye un elemento fundamental de la política social de combate a la pobreza y de la política de acceso a los servicios de salud emprendidas por el Gobierno Federal. Contribuye al desarrollo integral de los mexicanos, al impulsar la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población que carece de seguridad social, especialmente en las zonas rurales y urbano-marginadas.

Tiene como objetivo fundamental acercar los servicios de salud –oportunos y de calidad– a más de 10.2 millones de mexicanos con características de marginación. De este universo de población, más de 3.4 millones son indígenas y 1.3 millones de familias son beneficiarias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. También se atiende a derechohabientes del IMSS, y constituye un prestador de servicios para la población beneficiaria del Seguro Popular.

El Programa tiene una cobertura de 17,106 localidades en 1,356 municipios, de los cuales 66 por ciento (836) están considerados de alta y muy alta marginación (CONAPO); 90 municipios del ámbito del Programa se encuentran dentro de los 125 municipios del país con mayor pobreza y menor índice de desarrollo humano, de conformidad con lo establecido por la Secretaría de Desarrollo Social.

Para otorgar las prestaciones médicas a la población beneficiaria, el Programa cuenta con una red de servicios integrada por dos niveles de atención: i) Unidades Médicas Rurales y ii) Hospitales Rurales; además de un sistema de referencia y contrarreferencia al tercer nivel de atención de los hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SSA), en los estados donde trabaja el Programa.

El Programa opera con un Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), basado en la participación comunitaria de más de 287 mil personas, integradas en Comités de Salud,

Asistentes Rurales de Salud, Promotores Voluntarios Rurales, Parteras Voluntarias Rurales y Terapeutas Tradicionales.

En este capítulo se informan los avances y resultados más significativos durante el 2008 en materia de salud. Resaltan por su importancia las acciones integrales desarrolladas con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población atendida mediante la prestación de servicios médicos de calidad y con trato digno, con énfasis en la prevención de riesgos y daños a partir del autocuidado de la salud y la participación organizada, voluntaria y comprometida de las familias que habitan en las comunidades marginadas de nuestro país.

Cabe mencionar que en el capítulo X de este Informe se detalla la infraestructura con que cuenta el Programa y el estado físico de la misma.

Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

El Programa IMSS-Oportunidades se vincula estrechamente con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012. En forma específica, IMSS-Oportunidades contribuye con el tercer eje rector: Igualdad de Oportunidades, en donde se establece que la salud es necesaria para que las personas en situación vulnerable puedan desarrollar su potencial. Se persigue el desarrollo integral de la población al impulsar de forma central dos de los objetivos del PND: “Mejorar las condiciones de salud de la población” y contribuir a “abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad de oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud”.

La operación del Programa IMSS-Oportunidades también se inscribe dentro del Objetivo 5 del PND, que establece criterios de calidad, equidad y oportunidad en la prestación de los servicios: *Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo, tal y como lo establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.*

Articulación con la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud

IMSS-Oportunidades está alineado con los objetivos y estrategias del Programa Nacional de Salud 2007-2012 y con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Con ello, el Programa busca incidir en las causas y riesgos de la pérdida de la salud para

contribuir al combate a la pobreza y al desarrollo del país, además de evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

En el marco del Programa Nacional de Salud 2007-2012, IMSS-Oportunidades cuenta con propósitos afines o vinculados en el cuidado de la salud de la población, con la prioridad de asegurar que a los enfermos se les trate con afectividad, calidad y calidez, pero sobre todo, evitar que la gente enferme, enlazando sus acciones con los componentes de la Estrategia de promoción, prevención, educación y comunicación en materia de salud, así como en sus líneas de acción específicas.

Para asegurar que la articulación de IMSS-Oportunidades con el PND y la Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud fuera una realidad operativa, se incluyó en las Reglas de Operación del Programa el numeral 8.1.2. Promoción, Prevención y Protección Específica de la Salud, donde se describen de manera amplia y completa las acciones del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención dirigido a las personas y familias.

De igual forma, el Programa se vincula a las acciones de PREVENIMSS, al constituir la Estrategia Institucional preventiva por excelencia, en la cual se fortalece la atención, control y seguimiento de la población estratificada en cinco grupos prioritarios: niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores.

XII.1.1. Modelo de Atención Integral a la Salud

El Programa IMSS-Oportunidades se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), el cual vincula las acciones médicas con las comunitarias para mejorar la salud de los individuos y su entorno familiar y comunitario.

El MAIS opera con un enfoque integral de la salud bajo un esquema preventivo, pasando así de una visión asistencial de la salud a una preventiva e integral. De esta manera, permite organizar los servicios en forma regionalizada y estructurada en dos niveles de atención, a partir de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Al mismo tiempo, implementa estrategias educativas de alto impacto que promueven la apropiación de conocimientos y adopción de hábitos saludables para su réplica en la comunidad. En caso de necesitar atención especializada que supere la capacidad resolutoria de los hospitales rurales, los pacientes son referidos a un hospital de tercer nivel de los Servicios Estatales de Salud, y en el caso de las

complicaciones de embarazo, parto y puerperio, a las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) del IMSS.

Para responder a las necesidades de la población y actuar sobre las causas que condicionan la enfermedad y la muerte, los objetivos del Modelo de Atención Integral a la Salud son:

- Proporcionar atención médica integral, disponible, adecuada y continua a un costo factible para el país y que sea aceptada por la comunidad.
- Enfrentar las causas de la pérdida de la salud, así como sus consecuencias.
- Promover la participación de la comunidad, en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria.
- La participación consciente, comprometida, voluntaria y organizada de la comunidad a través de grupos de voluntarios que promueven la salud individual, familiar y comunitaria.
- Propiciar el aprovechamiento de los recursos de salud disponibles, incluidos los de la medicina tradicional, y fomentar el empleo de tecnologías para el mejoramiento de la salud.
- Disponer de mecanismos de información y evaluación permanentes en los distintos niveles de la organización del Programa, que permitan determinar su impacto en la salud de la población.

XII.1.2. Cobertura del Programa

Los servicios de IMSS-Oportunidades están dirigidos prioritariamente a la población sin seguridad social que reside en las localidades dentro del ámbito de las Unidades Médicas y Hospitales Rurales del Programa. Es decir, cualquier persona puede acudir a sus instalaciones, demandar el servicio y recibirlo de manera gratuita. La población beneficiaria se encuentra dispersa geográficamente y está compuesta principalmente por campesinos e indígenas que radican en las zonas rurales y urbanas marginadas.

El Programa se sustenta en una amplia infraestructura con 3,549 Unidades Médicas Rurales y 70 Hospitales distribuidos a lo largo de 17 entidades federativas, y de 226 Unidades Médicas Urbanas distribuidas en 25 estados del país para la atención de familias beneficiarias del

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). Destacan Chiapas y Oaxaca con 553 y 479 Unidades Médicas Rurales ligadas a diez y a nueve Hospitales Rurales de segundo nivel, respectivamente.

Actualmente, el Programa IMSS-Oportunidades atiende a más de 10.2 millones de mexicanos que no cuentan con acceso formal a los servicios de salud. Esta población incluye alrededor de 3.4 millones de indígenas (33.5 por ciento de la población atendida) y a 1'331,747 familias beneficiarias del PDHO (49 por ciento del total de familias del Programa).

Por lo que respecta a la ejecución de acciones relativas al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) (Seguro Popular), el 2 de febrero de 2007 la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social celebraron el Convenio de Colaboración Interinstitucional para la ejecución de acciones relativas al Seguro Universal de Salud para Niños (Seguro Médico para una Nueva Generación), cuyo objeto es que el IMSS, en su carácter de organizador y administrador del Programa IMSS-Oportunidades preste –en donde no existan instalaciones médicas de los Servicios Estatales de Salud–, servicios médicos a los niños nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006, cuya edad fluctúe entre cero meses y seis años, y que hubiesen sido registrados en el Seguro Popular.

En este contexto, IMSS-Oportunidades extenderá además sus servicios a las familias que así lo demanden, a través de sus Unidades Médicas en las localidades donde el Programa es el único proveedor de servicios de salud.

Por otra parte y con la finalidad de fortalecer el Modelo de Atención Integral a la Salud de IMSS-Oportunidades, se llevan a cabo sinergias con SEDESOL en la Estrategia Integral para el Desarrollo Social y Económico de los municipios más pobres del país, a través de la “Estrategia 100 por 100”; para ello el Programa participa en 90 de los 125 municipios identificados como de bajo índice de desarrollo humano, para el desarrollo y ejecución de acciones que propician mejoras en la salud individual, familiar y colectiva de estos municipios, atendiendo las estrategias dictadas por el Sector Salud.

De esta forma, en cuanto a cobertura, IMSS-Oportunidades se ha ido convirtiendo en un importante prestador de servicios integrales de salud, no sólo de la población abierta, sino también de las familias beneficiarias del PDHO y el SPSS, e incluso de los propios derechohabientes del IMSS.

XII.2. Resultados del Programa IMSS-Oportunidades

XII.2.1. Calidad de la atención médica

El Programa IMSS-Oportunidades ha establecido estrategias que garantizan la mejora continua de la atención médica a través de la cultura de la calidad y seguridad del paciente, la capacidad técnica del personal médico y de enfermería y la modernización tecnológica, para lo cual se cuenta con esquemas específicos de capacitación técnica, así como de supervisión y asesoría operativa.

El modelo de capacitación del Programa IMSS-Oportunidades inicia con la actualización del personal directivo y su transmisión en cadena hasta el nivel operativo, y continua con la asesoría y adiestramiento en servicio durante las visitas de supervisión operativa.

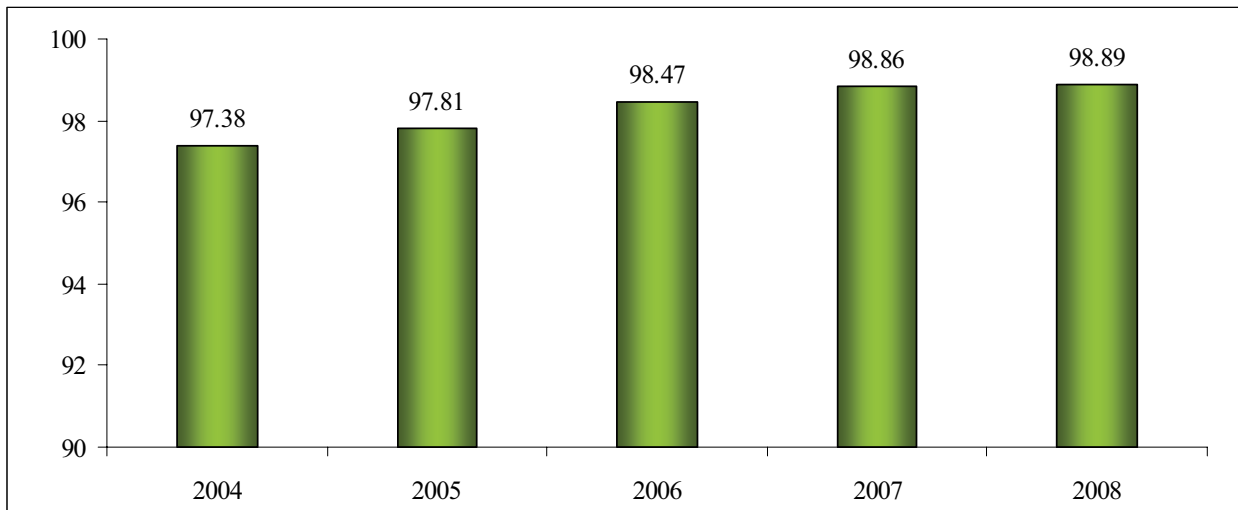
En este sentido, y en el contexto de la mejora de la calidad de la atención médica, constituye un aspecto relevante la profesionalización de las auxiliares de área médica que laboran en el total de Unidades Médicas de primer y segundo niveles del Programa, a través del Sistema de Universidad Abierta, mediante el convenio establecido con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En el año 2008 el Programa IMSS-Oportunidades se suma al objetivo del Sector Salud de prestar servicios de salud con calidad y seguridad, a través del Sistema Integral de Calidad, (SICALIDAD), en los capítulos de: calidad recibida por los usuarios, calidad técnica y seguridad del paciente, y la calidad de los servicios de salud.

Con el propósito de medir la satisfacción del usuario en la prestación de los servicios que recibe, el Programa continúa participando en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), lo que le permite registrar, monitorear y dar seguimiento a indicadores de trato digno por la calidad percibida en el primer nivel de atención y segundo nivel de urgencias, en el tiempo de espera para recibir atención y en la atención médica efectiva.

Respecto al trato recibido, en los últimos cinco años (2004-2008) se ha alcanzado una adecuada satisfacción de la población atendida en los servicios de consulta externa de las unidades del Programa, con un logro de 98.89 por ciento, como se muestra en la gráfica XII.1.

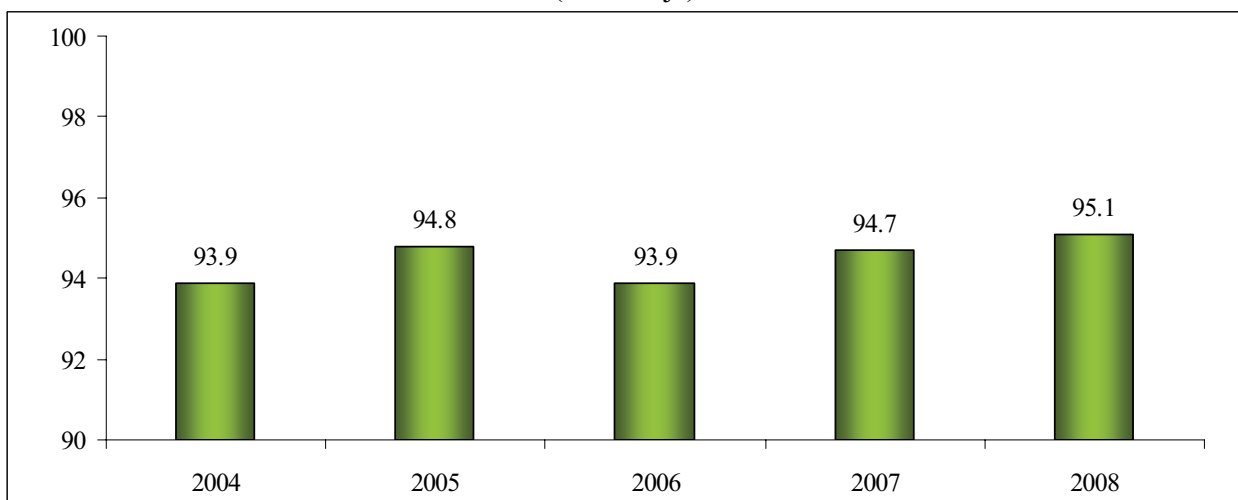
Gráfica XII.1.
Satisfacción de la Población Atendida en la Consulta Externa
en Unidades Médicas del Programa IMSS-Oportunidades
 (porcentaje)



Fuente: Secretaría de Salud, Sistema INDICAS, 2008.

De igual forma, en los servicios de Urgencias de los Hospitales Rurales, el índice de satisfacción por el tiempo de espera es de 95.1 puntos porcentuales, cifra aceptable en razón de que mide el grado de satisfacción de los usuarios por el tiempo de espera transcurrido entre el momento en que se solicitó la atención y el momento en que inició la atención en Urgencias, tal como se muestra en la gráfica XII.2.

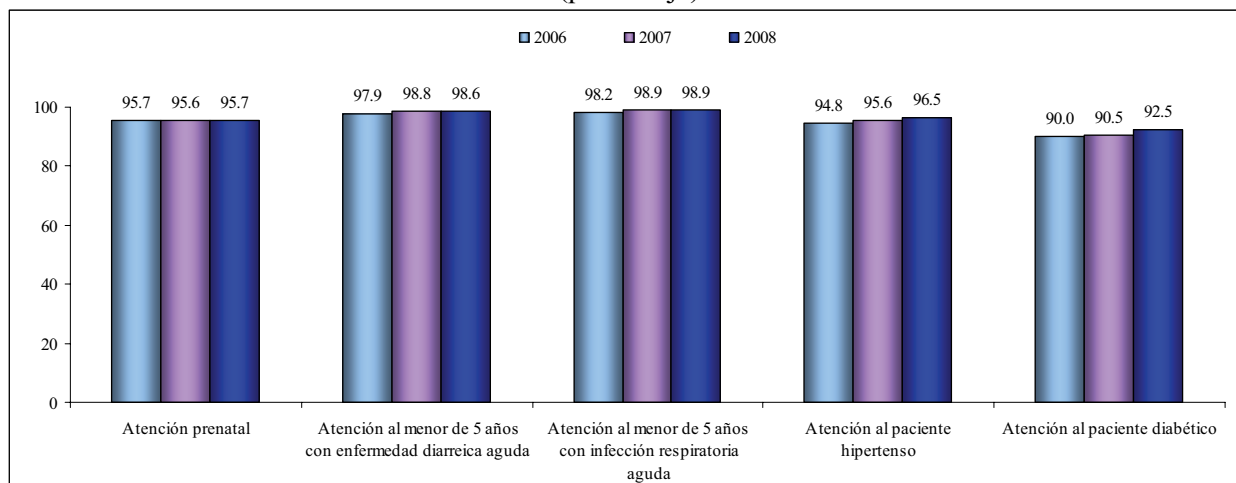
Gráfica XII.2.
Satisfacción en Tiempo de Espera de Pacientes para ser Atendidos
en el Servicio de Urgencias en Hospitales Rurales del Programa IMSS-Oportunidades
 (Porcentaje)



Fuente: Secretaría de Salud, Sistema INDICAS, 2008.

En la atención médica efectiva en el primer nivel de atención (gráfica XII.3), el Programa se mantiene en indicadores aceptables: la atención integral a la embarazada, al menor de cinco años con enfermedad diarreica o respiratoria y al paciente con algún padecimiento crónico-degenerativo.

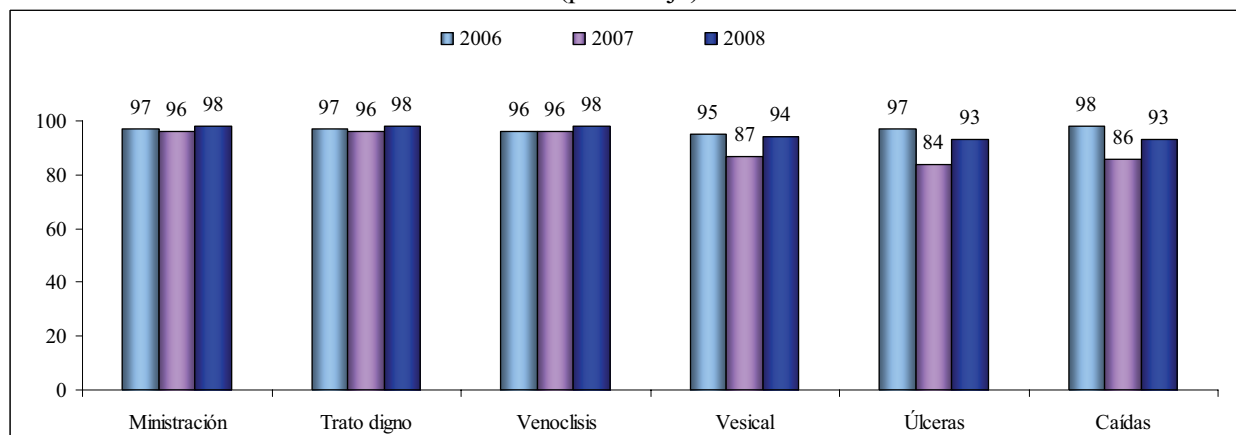
Gráfica XII.3.
Atención Médica Efectiva IMSS-Oportunidades
(porcentaje)



Fuente: Secretaría de Salud, Sistema INDICAS, 2008.

Para evaluar la calidad de la atención en los servicios de enfermería, se manejan seis indicadores: ministración de medicamentos vía oral, trato digno, instalación de venoclisis, prevención de infecciones en pacientes con sonda vesical instalada, prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y prevención de caídas en pacientes hospitalizados, en los que se refleja una notable mejoría durante el 2008, según se muestra en la gráfica XII.4.

Gráfica XII.4.
Indicadores de Calidad por Enfermería
(porcentaje)



Fuente: Secretaría de Salud, Sistema INDICAS, 2008.

El componente de calidad no sería efectivo sin la opinión de los usuarios. Por esta razón cada Unidad Médica de IMSS-Oportunidades cuenta con una estrategia de la Contraloría Social, que dentro del Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD) es el homólogo del aval ciudadano, ya que en forma abierta y responsable, y a través de buzones, la comunidad manifiesta su satisfacción, reclamo o queja a los servicios recibidos.

Este buzón se abre en forma mensual, con la participación del cuerpo de gobierno o equipo de salud de la Unidad Médica y con representantes de la comunidad, quienes en conjunto definen acciones para mejorar o retroalimentar al personal sobre las manifestaciones de la población, las cuales, cuando se consideran de otro nivel de resolución, se comunican al Consejo Municipal de Salud.

Otro aspecto en la consecución de la calidad de la atención médica es la modernización tecnológica y la mejora del equipamiento de las Unidades Médicas del Programa. Al respecto, se han dado pasos importantes para lograr que se cuente con equipos médicos de tecnología de vanguardia, para resolver aspectos de diagnóstico y atención terapéutica que estaban en rezago, sobre todo a nivel hospitalario, por lo que ya se cuenta con cinco mastógrafos, equipos de ultrasonido, ventiladores de alta frecuencia, cunas de calor radiante, incubadoras de traslados y básculas electrónicas, entre otros, así como reposición de mobiliario y equipo médico para la atención de las mujeres, sus hijos y personas adultas.

XII.2.2. La asesoría-supervisión como estrategia para mejorar la atención médica en Unidades de primero y segundo niveles

La asesoría-supervisión es un proceso sustantivo en el Programa IMSS-Oportunidades que tiene como propósito fundamental garantizar la oportunidad, calidad y trato digno en la prestación de los servicios médicos que se otorgan a las familias en el medio rural. Ésta se efectúa en todos los niveles de atención por los equipos de conducción, como los de Gestión y Seguimiento, Multidisciplinarios, Cuerpos de Gobierno de Hospitales Rurales, y Equipos Zonales, así como los de la Unidad IMSS-Oportunidades.

A nivel operativo, este proceso se aplica a 3,549 Unidades Médicas Rurales, 70 Hospitales Rurales, 225 Unidades Móviles de Microrregión Oportunidades y a 226 Unidades Médicas Urbanas, siguiendo la metodología que se encuentra plasmada en las Reglas de Operación del Programa.

La asesoría-supervisión comprende las etapas de: planeación, programación, ejecución, evaluación de resultados, control y seguimiento.

Durante el año 2008, la Unidad IMSS-Oportunidades se dio a la tarea de cumplir con las actividades programadas de asesoría-supervisión a nivel Delegacional, con el fin de mejorar la calidad de la atención médica y procurar el cabal cumplimiento del Modelo de Atención Integral a la Salud, en beneficio de las familias beneficiarias del Programa. La cobertura de asesoría-supervisión alcanzada al cierre, fue de acuerdo con las Delegaciones programadas: Baja California, Chiapas, Chihuahua, Durango, Nayarit, Oaxaca, Sinaloa, Veracruz Sur, Yucatán y Zacatecas, como se muestra en el cuadro XII.1

Cuadro XII.1.
Cobertura de Supervisión Unidad IMSS-Oportunidades

Unidades Médicas	Total de Unidades	Unidades Supervisadas	Cobertura
Hospitales Rurales	43	40	93%
Unidades Médicas Rurales	1,977	457	23%
Unidades Móviles de Microrregión	104	8	8%
Unidades Médicas Urbanas	226	65	29%

Fuente: Unidad IMSS-Oportunidades.

La cobertura alcanzada no se cubrió 100 por ciento, debido a que el proceso de asesoría-supervisión actualmente se realiza con base en el *Método de Trazadores*, el cual permite focalizar las Unidades con base en el Panorama Epidemiológico y en su principal problemática de salud. Aún así, la cobertura alcanzada fue de 93 por ciento de los Hospitales Rurales; casi una cuarta parte del total de las Unidades Médicas Rurales (23 por ciento) y 29 por ciento de las Unidades Médicas Urbanas. Por lo que respecta a las microregiones, se logró 8 por ciento, debido a la lejanía y dispersión geográfica de las localidades donde operan.

XII.2.3. PREVENIMSS

Durante 2008 se cumplió con el compromiso de la entrega informada de cartillas y guías para el cuidado de la salud por grupo de edad a la población beneficiaria, y se tuvieron avances en el uso y utilización de las mismas, siendo necesario continuar intensificando el buen uso de estos recursos, con el fin de que la población adopte esta estrategia con pleno conocimiento y utilización de los servicios de salud, desde un enfoque más preventivo que asistencial.

En todos los grupos se proporcionan cartillas y guías del usuario en las que se precisan actividades específicas acordes con la edad y el sexo. En este sentido, se entregaron 476,974 guías y cartillas PREVENIMSS para reposición y cambio de los diferentes grupos de edad; con esto se aseguró una cobertura de 95 por ciento de la entrega de estos documentos a la población, con el fin de fortalecer las acciones integrales de salud.

En apoyo a esta actividad, los Promotores Voluntarios Rurales efectuaron 268,422 círculos de lectura de las Guías para el Cuidado de la Salud PREVENIMSS, con la participación de 2'537,208 personas; lo que significa que durante el 2008, 28.4 por ciento del total de la población participó en esta actividad educativa.

XII.2.4. Atención materno infantil

Para contribuir a mantener la salud de los menores de cinco años, el Programa IMSS-Oportunidades brinda acciones preventivas de vacunación; vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños; otorgamiento de complementos alimenticios; fomento de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida para evitar enfermedades como desnutrición; control de enfermedades diarreicas y respiratorias a través de terapia de hidratación oral proporcionadas en los Centros de Rehidratación Oral (CRO); identificación de signos de alarma de deshidratación y neumonía, y acciones de salud bucal, entre otras.

Asimismo, IMSS-Oportunidades tiene incorporado el tamiz neonatal de las enfermedades metabólicas congénitas, con la finalidad de prevenir el retraso físico, mental o la muerte en los recién nacidos; al respecto, en 2008 se cuenta con 18 laboratorios de Enfermedades Metabólicas Congénitas, lo que ha permitido alcanzar una cobertura global de detección de hipotiroidismo congénito de 96 por ciento, ubicándose dentro del indicador esperado. Lo anterior permitió diagnosticar a 32 niños con hipotiroidismo congénito, uno con deficiencia de biotinidasa y siete con hiperplasia adrenal congénita para su integración a tratamiento, control y seguimiento, con la activa colaboración de las parteras voluntarias rurales en la derivación de los recién nacidos, enviando durante 2008 a 11,810 neonatos a las Unidades Médicas.

Con base en el Modelo de Atención Integral del Estado Nutricional del Menor de Cinco Años, en el 2008 se realizaron un total de 3'395,020 valoraciones a 1'046,489 niños del ámbito de responsabilidad y áreas de influencia de IMSS-Oportunidades, lo que representa un promedio de tres valoraciones por niño al año. Se mantuvieron en vigilancia epidemiológica del estado

nutricional a un total de 728,629 menores, que representa 8.4 por ciento de los niños que presentaron algún grado de desnutrición; 50,900 (7 por ciento) con desnutrición leve; 9,320 (1.3 por ciento) con desnutrición moderada y 700 (0.1 por ciento) niños con desnutrición severa, incorporándose inmediatamente al tratamiento y estrategias de orientación alimentaria correspondientes. También fueron capacitadas un total de 784,782 mujeres en los Centros de Educación Nutricional, lo que se considera adecuado, al sobrepasar el número de menores en vigilancia nutricional.

La nutrición de las embarazadas ha sido objeto de especial atención, por lo que se efectuaron 793,459 valoraciones de su estado nutricional, encontrando que 1.7 por ciento presentaron desnutrición, siendo incorporadas en forma inmediata a procesos de orientación para revertir este padecimiento.

Adicionalmente a estas actividades, los Asistentes Rurales de Salud contribuyeron con 944,823 valoraciones de niños y 87,373 valoraciones a embarazadas con nutricinta, derivando al equipo de salud a 72,859 y 8,254, respectivamente; asimismo, contribuyeron en el seguimiento de personas contrarreferidas. En forma similar, las Promotoras Rurales Voluntarias realizaron 631,628 valoraciones nutricionales de niños y 63,125 de embarazadas.

XII.2.4.1. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

Como resultado de la aplicación del componente salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el 2008 se tuvieron 1'320,733 familias beneficiarias en control, en las 17 Delegaciones donde tiene presencia el Programa IMSS-Oportunidades en el ámbito rural, y en 25 entidades federativas en el medio urbano marginado, incluyendo el Distrito Federal. El número de consultas totales otorgadas fue de 11'944,465, lo que significó 2.8 por ciento más con respecto al año anterior; de ellas, 1'967,137 se otorgaron a niños menores de cinco años y a 448,408 embarazadas, Además, se otorgaron 359,579 consultas a mujeres en periodo de lactancia y se efectuaron 3'395,020 valoraciones nutricionales a niños menores de cinco años.

Asimismo, en apoyo a esta estrategia, los voluntarios capacitados en la impartición de temas educativos para la salud realizaron aproximadamente 511,800 talleres comunitarios del PDHO, con un total de 7'906,880 participantes.

XII.2.4.2. Programa de Vacunación Universal

El Programa IMSS-Oportunidades está integrado a las acciones del Programa de Vacunación Universal (PROVAC), a través de la vacunación permanente y participación en las fases intensivas en las tres Semanas Nacionales de Salud. Durante 2008 se logró obtener una cobertura con esquemas básicos de vacunación superior a 98.6 por ciento en los menores de un año y en los niños de uno a cuatro años, ubicándose dentro de los parámetros de certificación, y con las cifras más altas del Sistema Nacional de Salud; asimismo, el Programa se ha sumado a los esfuerzos del Sector Salud para la eliminación del tétanos neonatal, al proteger con esquema completo de Toxoide Tetánico Diftérico a 98.9 por ciento de las embarazadas.

Se aplicaron también 2'850,201 vacunas contra la hepatitis B, dirigida a proteger a los alumnos de sexto grado de primaria (12 años), personal de salud y otra población de riesgo. Se logró proteger a la población mayor de 65 años con la aplicación de 315,949 dosis de vacunas contra la influenza en las localidades con mayor incidencia de este padecimiento. Se aplicaron 2'437,799 dosis de vacunas doble viral; 689,717 más que en 2007, y 1'827,477 dosis de Toxoide Tetánico en adolescentes, mujeres y hombres de 20 años y más, con lo cual continúa descendiendo la incidencia de tétanos en el adulto, con una tasa de 0.02 en el 2007 a 0.01 por cien mil beneficiarios del Programa en 2008, así como del tétanos neonatal, con una tasa de 0.01 por mil nacidos vivos en 2007 a 0 en 2008.

El impacto de estas acciones también se observa en la ausencia de casos de poliomielitis, difteria, sarampión y en la disminución en la ocurrencia de casos de tuberculosis meníngea (tres casos), rubéola (ningún caso) y hepatitis aguda tipo B (seis casos).

En la atención del binomio madre-hijo también se ha mantenido la vigilancia epidemiológica de las diarreas, con el esfuerzo conjunto de los grupos voluntarios y el empleo extendido de la hidratación oral con fines de prevención de la deshidratación, lo que ha provocado que disminuya el riesgo de complicaciones por esta causa. Muestra de ello es el otorgamiento de 91,782 tratamientos de hidratación oral, de los cuales 98 por ciento fue de tipo preventivo que consiste en la ingesta de líquidos de uso regular en el hogar, así como de Vida Suero Oral; capacitando a 693,122 madres de menores de cinco años en la prevención de la deshidratación por diarrea y la detección de los signos de alarma de este padecimiento. También se otorgaron 269,683 tratamientos antiparasitarios familiares, beneficiando a un total de 1'323,991 personas.

XII.2.5. Salud reproductiva

La salud de la mujer mexicana en el medio rural es sin duda una prioridad del Programa, por lo que el personal de salud redobla esfuerzos para garantizar la atención a la mujer en edad fértil, a través de la consejería y el otorgamiento de métodos de planificación familiar, previo consentimiento informado y compartido, la atención institucional del embarazo, la atención del parto por personal calificado y la atención inmediata al recién nacido.

En este sentido y como resultado global de las acciones dirigidas a abatir el rezago en salud reproductiva durante el 2008, disminuir la mortalidad materna y dar respuesta a la demanda de metodología anticonceptiva en las áreas rurales, se incorporaron 336,872 aceptantes al uso de métodos de planificación familiar, con un logro sobre la meta programada de 91 por ciento, cifra que se encuentra dentro de los parámetros esperados, y de las cuales, corresponden a personal comunitario (Parteras Voluntarias Rurales) 7,840 nuevas aceptantes. Se brindaron 677,054 consultas subsecuentes de aceptantes al uso de métodos de planificación familiar oral, así como el control de 527,621 personas usuarias de un método temporal y 428,284 para métodos definitivos.

En relación con las acciones dirigidas a la mujer durante el embarazo, en 2008 se dio atención prenatal a 155,844 embarazadas, 6.4 por ciento más que el año anterior, con un promedio de 7 consultas por embarazada; 89,586 embarazadas recibieron su primera consulta de control prenatal en el primer trimestre del embarazo, 6.7 por ciento más que el año anterior, lo que representa 57 por ciento del total de consultas de primera vez otorgadas. También se atendieron 99,167 partos, 85.4 por ciento de ellos atendidos por personal médico en el interior de las Unidades y 14.6 por ciento por grupos voluntarios capacitados y en interrelación (Asistentes Rurales de Salud y Parteras Voluntarias Rurales); por su parte, los Asistentes Rurales de Salud identificaron a 30,455 embarazadas durante el primer trimestre y 32,697 embarazadas después del primer trimestre; derivando a 59,732 y 3,420 embarazadas para control prenatal y atención del parto, respectivamente. A la vez estos voluntarios también identificaron y derivaron a 24,056 y 20,705 mujeres puérperas y con hijos recién nacidos vivos o muertos, respectivamente.

XII.2.5.1. Mortalidad materna

Durante 2008 se dio continuidad al plan de intervención para disminuir la mortalidad materna, con una serie de acciones enfocadas a atender los principales factores desencadenantes de este fenómeno.

Dentro de las estrategias establecidas destacan: la vigilancia epidemiológica de los embarazos de alto riesgo y el mejoramiento de la calidad de la atención de la embarazada a través del fortalecimiento del equipamiento de los Hospitales y Unidades Médicas Rurales y la competencia técnica del personal médico.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica, es importante hacer mención del énfasis que ha tenido la búsqueda intencionada y registro de las defunciones ocurridas fuera de las Unidades Médicas del Programa IMSS-Oportunidades, incorporando los fallecimientos domiciliarios, en trayecto y aquellos ocurridos en unidades médicas privadas y en otras instituciones de salud, con el fin de conseguir una visión más amplia de la problemática interinstitucional y comunitaria, y con ello generar acciones específicas para reducir las defunciones.

Producto de la serie de mejoras y estrategias implementadas, durante el 2008 se tienen registradas en forma preliminar en IMSS-Oportunidades, un total de 105 defunciones relacionadas con el embarazo, 8 defunciones menos que en el 2007.

En relación con las muertes maternas ocurridas dentro de las Unidades Médicas del Programa en el primer y segundo niveles de atención, disminuyeron, pasando de 25 casos en el 2007, a 14 en el 2008, lo que es atribuible a las acciones emprendidas para el fortalecimiento de la calidad de la atención médica.

La contribución de los Asistentes Rurales de Salud y de los Promotores Voluntarios Rurales en materia de salud reproductiva y materno infantil se muestra en el cuadro XII.2.

Cuadro XII.2.
Salud Reproductiva y Materno Infantil

	Concepto	Número
Asistentes Rurales de Salud	Personas orientadas por consejería	675,231
	Logro de aceptantes de método de planificación familiar	
	Nuevas	31,803
	Subsecuentes	55,333
	Personas derivadas al equipo de salud	26,707
	Mujeres derivadas para OTB ^{1/}	3,284
	Hombres derivados para vasectomía	378
	Apoyo a la contrarreferencia	22,522
Promotores Voluntarios Rurales	Personas derivadas al equipo de salud para planificación familiar	24,367

^{1/} Oclusión Tubárica Bilateral.

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), Enero-Diciembre, 2008.

La vinculación estrecha con las parteras voluntarias rurales y el apoyo que se brinda a su labor, favoreció que a través de 166,991 pláticas de consejería se lograra captar a 7,840 nuevas aceptantes de métodos de planificación familiar y 10,232 usuarias activas, así como la derivación de 19,582 personas para la adopción de un método temporal y/o definitivo. Asimismo, se otorgaron 110,989 consultas prenatales a mujeres embarazadas; se derivaron a 108,060 mujeres gestantes para control, atención del parto, del recién nacido y visualización cervical, y se atendieron un total de 12,424 partos. Por su parte, los terapeutas tradicionales derivaron a las Unidades Médicas Rurales a 64,246 pacientes que requerían de alguna intervención institucional.

XII.2.6. Atención integral al adolescente

Continúa en operación el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural (MAISAR), para atender la salud integral del adolescente de las zonas rurales y marginadas de México, además de favorecer en ellos la adquisición de conductas y actitudes libres, responsables e informadas que proporcionen el autocuidado de su salud en general, así como la capacidad resolutoria ante los problemas de la vida cotidiana a los que se encuentran expuestos.

La metodología de intervención del MAISAR, ampliamente sustentada y fundamentada por investigaciones pedagógicas y psicológicas, ha permitido que la estrategia educativa impacte en los adolescentes a nivel afectivo y cognitivo; lo que repercute directamente en un cambio de conductas y actitudes, permitiéndoles tener un estilo de vida más saludable.

La promoción a la salud y prevención de enfermedades son ejes fundamentales que permiten guiar las acciones con un enfoque preventivo, fomentando que el modelo evolucione y se mantenga vigente; ofreciendo información y educación, así como alternativas y herramientas necesarias para el autocuidado y mejores perspectivas de vida en los adolescentes.

Dentro del modelo, se da prioridad a la estrategia de acercamiento de servicios. En 2008 se logró integrar un total de 12,032 equipos juveniles y formar 35,065 animadores, quienes a su vez capacitan a otros adolescentes que por diversas razones se les dificulta asistir a los servicios de salud.

Los adolescentes campesinos e indígenas amparados por el Programa, cuentan con espacios físicos hechos para y por ellos, denominados Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), ubicados en las Unidades Médicas Rurales de primer y segundo niveles de atención. Los CARA fueron creados para ser sitios amigables a los cuales puedan acudir no sólo cuando enferman, sino también para adquirir habilidades, cambiar hábitos de comportamiento, actitudes,

estilos de vida, intercambiar ideas con profesionales de la salud, expresar sus dudas e inquietudes, recibir asistencia médica y orientación bio-psico-social; promoviendo determinantes positivos como hábitos higiénicos, actividad física, alimentación saludable, acciones odonto-preventivas, reducción del consumo de tabaco y alcohol, así como fomentar sus relaciones interpersonales e integración familiar, entre otras acciones. De esta forma, el Programa ha logrado establecer y mantener hasta diciembre del 2008, 3,619 CARA.

En 2008 se realizaron 23,555 módulos ambulantes y 13,689 encuentros educativos en salud integral. Asimismo, se conformaron 107,879 grupos educativos que permitieron capacitar a 784,785 adolescentes. Además, 56,069 adolescentes aceptaron un método de planificación familiar por primera vez. Por otro lado, se identificó y atendió en control prenatal a 44,252 adolescentes embarazadas, fomentando el autocuidado de su salud y la de su futuro hijo. Desde el punto de vista asistencial, se otorgaron 1'745,653 consultas de primera vez y 1'207,384 consultas subsecuentes a jóvenes de entre 10 y 19 años de edad.

Por parte de los voluntarios, se contribuyó con el MAISAR con la derivación de 46,695 adolescentes para la atención de su salud sexual y reproductiva, así como para la atención de 34,662 embarazadas; además se logró que 19,622 adolescentes aceptaran métodos de planificación familiar y contribuir al seguimiento de 66,846 personas contrarreferidas por los equipos de salud.

XII.2.7. Salud ginecológica

Durante 2008 se continuó con la estrategia de instaurar la cultura de la salud ginecológica en las mujeres del medio rural, a través de las acciones de exploración ginecológica, visualización del cérvix, citología cervical y exploración de mama a toda mujer con vida sexual activa, con la misión de estar en posibilidades de identificar con oportunidad las lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino (CaCu) y mamario.

De esta forma se realizaron 2'081,726 exploraciones ginecológicas a igual número de mujeres, con lo que, por octavo año consecutivo, se alcanzó la meta esperada; en este mismo sentido se efectuaron 1'319,172 pruebas de visualización cervical con ácido acético y 252,398 citologías de detección, estableciendo en consecuencia mecanismos de tratamiento oportuno para la reducción de mortalidad por cáncer cérvico-uterino; con ello se identificó a 31,341 mujeres que presentaban una probable lesión premaligna o maligna del cérvix, siendo canalizadas a alguno de los 69 módulos de salud ginecológica ubicados en los Hospitales Rurales del Programa, y los

cuales están equipados con colposcopios, insumos y personal capacitado, alcanzando una cobertura de tratamiento de 83.5 por ciento.

Adicionalmente, se efectuaron 1'786,215 exploraciones clínicas de mama, con el fin de detectar cáncer mamario en estadios tempranos, logrando identificar 3,169 casos probables, los que fueron referidos al tercer nivel de atención para recibir tratamiento específico.

Las Parteras Voluntarias Rurales contribuyeron a la atención ginecológica, enviando 30,699 mujeres para su revisión mediante visualización cervical. Por su parte, los Asistentes Rurales de Salud contribuyeron en las acciones descritas tal como se muestra en el cuadro XII.3.

Cuadro XII.3.
Modelo de Salud Ginecológica

	Concepto	Número
Asistentes Rurales de Salud	Mujeres sin acciones de Salud Ginecológica:	
	Identificadas	260,684
	Derivadas a la Unidad Médica	204,977
	Vigilancia y seguimiento de mujeres contrarreferidas por el equipo de salud que se realizaron:	
	Visualización cervical	177,332
	Citología cervical	46,869
	Exploración de mamas	201,523
Promotores Voluntarios Rurales	Mujeres derivadas a exploración ginecológica integral	128,554

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). Enero-Diciembre, 2008.

XII.2.8. Vigilancia epidemiológica

Como parte del estudio permanente y dinámico de las condiciones de salud y el perfil epidemiológico de la población, el Programa se encuentra integrado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Sector Salud, que permite determinar en forma veraz y oportuna la modalidad del padecimiento y sus características, así como proponer e implantar alternativas para su prevención y control.

Dentro de este rubro, el control de las enfermedades asociadas al inadecuado saneamiento básico transmitidas por vectores y zoonosis es una prioridad, y en ella se impulsa la participación de la población, con el fin de mejorar las condiciones del medio familiar y comunitario, que se traduzcan en beneficios para la salud individual y colectiva, llevando acciones de orientación a la población en la prevención de diarreas, mediante la adopción de medidas higiénicas y sanitarias.

Además, se promueven y llevan a cabo tecnologías de saneamiento básico, tales como mejoramiento de la vivienda, desinfección del agua, disposición sanitaria de excretas y basura, y control de la fauna nociva, entre otras.

Asimismo, se ha mantenido la vigilancia epidemiológica de las diarreas, con el esfuerzo conjunto de los grupos voluntarios y el empleo extendido de la hidratación oral, con fines de prevención de la deshidratación, lo que ha provocado que disminuya el riesgo de complicaciones por esta causa; muestra de ello es el otorgamiento de 91,782 tratamientos de hidratación oral, de los cuales 98.3 por ciento fue de tipo preventivo, que consiste en la ingesta de líquidos de uso regular en el hogar, así como de Vida Suero Oral, capacitando a 693,162 madres de menores de cinco años en la prevención de la deshidratación por diarrea y la detección de los signos de alarma de este padecimiento. Asimismo, se otorgaron 269,683 tratamientos antiparasitarios familiares, beneficiando a un total de 1'323,991 personas.

Se han intensificado las acciones de prevención y control de la fiebre por dengue, fiebre hemorrágica por dengue y el paludismo, entre las que se encuentran la capacitación a los trabajadores de la salud, promoción de acciones de mejoramiento, protección y saneamiento de la vivienda, eliminación de criaderos de mosquitos, descacharrización, impregnación de pabellones y mosquiteros y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, con la participación del personal institucional y voluntarios de la comunidad. No obstante la intensa temporada de lluvias y huracanes que se presentaron en el país durante el 2008, se logró disminuir la incidencia de la fiebre por dengue de una tasa de 44.53 en el 2007 a 37.04 por cien mil beneficiarios del Programa en el 2008; la circulación de varios serotipos del dengue-virus influyó en el incremento de la fiebre hemorrágica por dengue, con una tasa de 1.40 en el 2007 a 1.74 por cien mil personas en el 2008.

Para apoyar la vigilancia epidemiológica del paludismo se tomaron 23,777 estudios de gota gruesa y se otorgaron 13,143 tratamientos, logrando que la incidencia de este padecimiento disminuyera de 3.99 en 2007 a 2.08 por cien mil beneficiarios en 2008.

IMSS-Oportunidades es la única institución que apoya a la Secretaría de Salud en las campañas de vacunación antirrábica canina. En el 2008 se aplicaron 1'055,768 dosis con insumos proporcionados por la Secretaría de Salud. En este sentido, se otorgó tratamiento a 10,014 personas agredidas por animales transmisores de la rabia humana, de las cuales, 20 por ciento tenía riesgo grave para desarrollar este padecimiento. El impacto en salud se refleja en la ausencia de casos y muertes por rabia humana transmitida por perros.

XII.2.8.1. Familias participantes en saneamiento básico y producción de alimentos

Las acciones comunitarias para mejorar el saneamiento y apoyar la nutrición constituyen un elemento fundamental en la reducción de daños a la salud. Durante 2008, el número de familias que participaron en la realización de actividades de vigilancia y cuidado del agua para consumo humano fue de 1'940,231; en la disposición sanitaria de la excreta humana participaron 1'877,216; en la disposición sanitaria de basura 1'945,187 y en control de fauna nociva y transmisora 1'835,050 familias.

Cabe destacar que en este periodo las familias atendidas por el Programa realizaron 85,010 acciones de mejoramiento de la vivienda, que incluyen arreglos en pisos, techos, muros y encalado de fachadas, apertura de ventanas, separación de cuartos, camas en alto y construcción de fogones en alto, con el fin de crear entornos favorables para la salud.

Como complemento a la participación de las familias del universo de trabajo en estas actividades y con el fin de contribuir a promover la salud, se efectuaron, con recursos institucionales, prácticas educativas de promoción a la salud con el objeto de informar, educar y capacitar a las familias en riesgo, a través de actividades demostrativas donde se ponen en práctica los conocimientos adquiridos. En este sentido, se realizaron 257,520 obras y acciones de mejoramiento de la vivienda, vigilancia y cuidado del agua para consumo humano y producción familiar de alimentos; éstas incluyeron la construcción de sanitarios ecológicos secos, fogones, mejoramiento de pisos, muros, techos, letrinas, encalamientos, dotación de productos químicos para la desinfección del agua, distribución de paquetes de semillas de hortalizas y de alto contenido nutricional como amaranto y soya para apoyar a niños desnutridos, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, beneficiando con estas obras y acciones a un total de 289,641 familias. Para contribuir a la mejora de la dieta familiar se promovió la organización de 62 proyectos de apoyo a la nutrición, la instalación de 1,790 granjas de especies menores y la siembra de 13,672 huertos familiares de hortalizas, de tal manera que a la fecha se cuenta con 151,205 huertos y 172,073 granjas en el ámbito del Programa.

XII.2.9. Detección y control de la tuberculosis

Existen condiciones que favorecen la presencia de esta enfermedad en la población del ámbito rural, tales como pobreza, desnutrición, condiciones de vida insalubres y de hacinamiento, por lo que el trabajo del personal de salud es de vital importancia para disminuir su incidencia mediante

la búsqueda intencionada de casos en las comunidades, elaboración de estudios de laboratorio para su confirmación diagnóstica y el otorgamiento de tratamientos médicos estrictamente supervisados sin costo alguno y realización de acciones de mejoramiento de la vivienda.

Las acciones de vigilancia epidemiológica de este padecimiento se mantuvieron en un alto nivel durante el 2008, efectuándose 76,889 detecciones en los 69 laboratorios de los Hospitales Rurales, lo que representó 10.3 por ciento de incremento respecto a las efectuadas el año anterior, y permitió identificar 933 casos nuevos de este padecimiento susceptibles de tratamiento, con una incidencia de 8.9 por cada cien mil beneficiarios del Programa.

La vigilancia epidemiológica y el control de tratamientos ha sido posible con el apoyo y la participación de los Asistentes Rurales de Salud y Promotores Voluntarios Rurales, incidiendo en la curación de los enfermos por este padecimiento y por infecciones respiratorias, realizando acciones de prevención y mejoramiento de la vivienda con objeto de mantener en condiciones salubres los lugares en donde habitan. En este sentido se otorgaron 555,647 consultas a menores de cinco años de primera vez por infecciones respiratorias agudas, capacitándose a 994,927 madres en la prevención y manejo de estos padecimientos, con la participación de los voluntarios mostrada en el cuadro XII.4.

Cuadro XII.4.
Detección y Control de Enfermedades Respiratorias y Tuberculosis

	Concepto	Número
	Tosedores con flema derivados	13,447
Asistentes Rurales de Salud	Vigilancia de tratamientos (TAES) ^{1/}	758
	Apoyo en la contrarreferencia del equipo de salud	11,329

^{1/} Tratamientos Acortados Estrictamente Supervisados.

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), Enero-Diciembre, 2008.

XII.2.10. Detección y control de padecimientos crónico-degenerativos

Para el 2008 se mantuvieron los criterios de atención establecidos para los padecimientos crónicos y degenerativos en los dos niveles de atención del Programa, contribuyendo a la prevención y control de la diabetes y la hipertensión arterial mediante la promoción, detección, diagnóstico y tratamiento integral, realizando acciones de promoción de hábitos favorables para la salud y la prevención de estos padecimientos, entre los que destacan la higiene, la alimentación

y la actividad física. En este sentido se continuó con la estrategia PREVENIMSS, realizando en este periodo 3'070,361 detecciones de diabetes mellitus, lo que permitió identificar 10,479 casos nuevos con una tasa de 102.50 casos por cien mil beneficiarios. Este año el número de pacientes en tratamiento en todas las Unidades de IMSS-Oportunidades alcanzó los 114,378 enfermos.

Por lo que respecta a la hipertensión arterial, se efectuaron 4'027,429 detecciones con lo que se logró la identificación de 15,623, lo que representa una incidencia de 152.81 casos nuevos por cien mil beneficiarios del Programa. El número de pacientes que está en tratamiento por este padecimiento en las Unidades de IMSS-Oportunidades es de 149,683.

Por parte de los Asistentes Rurales de Salud se contribuyó con la identificación y derivación de pacientes potenciales a la Unidad Médica Rural, como se muestra en el cuadro XII.5.

Cuadro XII.5.
Detección y Control de Padecimientos Crónico-Degenerativos
por Asistentes Rurales de Salud

Concepto	Número
Personas derivadas para diagnóstico	161,130
Diabéticos	71,830
Hipertensos	89,300
Apoyo en la contrarreferencia del equipo de salud	161,716
Diabéticos	70,637
Hipertensos	91,079

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). Enero-Diciembre, 2008.

XII.2.11. Capacitación del personal médico

Uno de los principales objetivos del Programa IMSS-Oportunidades es garantizar que la prestación de servicios médicos se otorgue en un marco de calidad, calidez, oportunidad y seguridad para el paciente.

Para lograr este compromiso, el Programa ha implementado una estrategia básica de capacitación continua del personal institucional. Para tal fin, se elaboró un diagnóstico de necesidades de capacitación, considerando el panorama epidemiológico actual, la modernidad de los equipos médicos existentes, los resultados de los procesos de atención otorgada en los diferentes niveles de atención, así como la capacidad de gestión de los diferentes equipos de conducción del Programa.

Al respecto, destacan las siguientes acciones de capacitación durante 2008:

- La Unidad del Programa IMSS-Oportunidades a nivel nacional concertó con la División de Apoyo de Contingencias y Desastres de la Dirección de Prestaciones Médicas que los directores de los Hospitales Rurales participaran en los cursos de ATLS (*Advance Trauma Life Support*) realizados por dicha División; de tal manera que durante el año asistieron 38 directores de Hospital Rural a 13 cursos.
- A través de concertaciones con asociaciones y federaciones de especialidades médicas, asistieron a congresos nacionales e internacionales de diversas especialidades 75 médicos del Programa entre directores de Hospital Rural y supervisores médicos delegacionales.
- Asimismo, con el propósito de mejorar las capacidades técnicas de las jefas de enfermeras de Hospital Rural en el servicio de Urgencias, se concertó con la misma División la realización de dos cursos de BLS (*Basic Life Support*), a los que asistieron 57 jefas de enfermeras de los Hospitales Rurales, mismos que fueron realizados uno, en abril del 2008, con sede en el HR de Ixmiquilpan, Hidalgo y otro, en octubre, con sede en el HR de San Salvador el Seco.
- Se continuó con el apoyo a la profesionalización del personal de enfermería de todos los niveles del Programa, atendiendo la prioridad de elevar la calidad de la atención. Dentro del Convenio Específico de Colaboración entre la UNAM-ENEO e IMSS-Oportunidades, los avances en este proceso son los siguientes:
 - Se realizó en el mes de marzo de 2008 la tercera Reunión de Capacitación y Actualización de Coordinadoras de Sede del Convenio SUA/ENEO/IMSS-Oportunidades, en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), a la cual asistieron 74 coordinadoras de sede.
 - En el mes de julio del 2008 se graduaron 29 alumnas pertenecientes a la segunda generación de la Carrera Técnica en Enfermería, a través del Sistema de Universidad Abierta, con lo que actualmente se cuenta con 715 alumnas tituladas, de las cuales 643 han acreditado ya su examen profesional y actualmente se encuentran en espera de su título y cédula profesional.

- Resultado de cinco generaciones, actualmente se tienen inscritas 1,135 alumnas de las 18 Delegaciones en el Convenio SUA/ENEO-IMSS-Oportunidades.
- Como parte del desarrollo del personal directivo y con el fin de fortalecer los aspectos técnico-humanísticos de las enfermeras del Programa, en el mes de noviembre del 2008 se realizó el Primer Encuentro hacia la Calidad y Calidez del Personal de Enfermería de las Áreas Rurales de IMSS-Oportunidades, dirigido a las 70 jefas de enfermeras de HR y 43 supervisoras delegacionales de enfermería; dicho evento tuvo lugar en el CIESS.

XII.2.12. Encuentros Médico-Quirúrgicos

A partir de 1996, el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Dirección de Prestaciones Médicas y de la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, ha aplicado una estrategia denominada Encuentros Médico-Quirúrgicos, cuyo propósito fundamental es acercar los servicios de alta especialidad a la población que atiende el Programa IMSS-Oportunidades, a través del apoyo de equipos de salud multidisciplinarios de los diferentes centros médicos del IMSS Régimen Obligatorio.

En el periodo enero-diciembre de 2008 se realizaron 20 Encuentros Médico-Quirúrgicos, –19 en Hospitales Rurales de 12 Delegaciones donde opera el Programa y uno en el Distrito Federal—. Por tipo de especialidad, se realizaron: cinco de Ortopedia y Traumatología; seis de Oftalmología y Salud Visual; tres de Cirugía Plástica y Reconstructiva; tres de Ginecología, dos de Cirugía Pediátrica y uno de Urología, con los resultados que se muestran en el cuadro XII.6.

Cuadro XII.6.
Informe de Productividad de Encuentros Médico-Quirúrgicos 2008

Especialidad	Pacientes Valorados	Pacientes Operados	Num. Proc. Quirúrgicos	Cursos o talleres ^{1/}
Oftalmología	5,099	823	1,326	40
Cirugía Plástica y Reconstructiva	541	337	453	9
Ortopedia y Traumatología	1,759	240	381	28
Ginecología Oncológica	4,473	359	358	11
Cirugía Pediátrica	625	316	362	7
Urología	170	42	43	2
Total	12,667	2,117	2,923	97

^{1/} Son los cursos de capacitación otorgados por el personal especializado del IMSS Régimen Obligatorio a los equipos de salud de IMSS-Oportunidades, en las especialidades temáticas desarrolladas en los Encuentros Médico-Quirúrgicos.

Fuente: Unidad IMSS-Oportunidades, 2008.

XII.2.13. La participación comunitaria en la promoción de la salud

Durante 2008 se replanteó el enfoque de la organización y participación comunitaria, privilegiando las acciones de los grupos voluntarios en apoyo a las prioridades médicas del Programa; de esta manera se capacitó y orientó a la población en la promoción de la salud, en la aplicación de tecnologías para el mejoramiento de la salud, y en la referencia y contrarreferencia de enfermos o sospechosos de algún riesgo o padecimiento a las Unidades Médicas.

Durante 2008 se contó con la participación activa de 14,703 Asistentes Rurales de Salud que cubren 100 por ciento de las localidades donde no existen servicios instalados de salud. Estas personas son miembros de la comunidad elegidos en asamblea, que realizan trabajo voluntario con acciones de promoción a la salud y atienden padecimientos de baja complejidad de la población. Existen, además, 17,755 Comités de Salud, que cubren 100 por ciento de las localidades del universo de trabajo, y están integrados por miembros de la comunidad (cinco a seis personas). Representan el principal órgano de gestoría local y el vínculo entre la comunidad y los servicios de salud. También se cuenta con 166,198 Promotores Voluntarios Rurales, quienes orientan en actividades de promoción de la salud a 12 familias a su cargo, en promedio, incluida la propia; en su mayoría son mujeres, las cuales realizan visitas domiciliarias para identificar personas en riesgo y derivarlas a la Unidad Médica.

Adicionalmente, se mantiene interrelación para la coordinación y complementación de acciones de salud con 6,069 Parteras Voluntarias Rurales y 1,652 Terapeutas Tradicionales. Figuras importantes en el desempeño de las actividades del Programa, ya que en el caso de los terapeutas son hombres y mujeres de la comunidad, que cuentan con un amplio reconocimiento en su capacidad para aliviar con recursos terapéuticos locales diversos problemas de salud. En el caso de las Parteras Voluntarias Rurales, cuentan con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención del embarazo, parto y puerperio, y su participación es de gran trascendencia en la disminución de la mortalidad materna, a través de la orientación en materia de salud reproductiva, así como en la derivación de embarazadas, principalmente de alto riesgo, a las Unidades Médicas.

XII.3. Situación Financiera y Ejercicio Presupuestal del Programa

El Programa IMSS-Oportunidades financia su operación con recursos del Gobierno Federal transferidos como subsidios, a través de dos vertientes: Ramo XIX Aportaciones a Seguridad

Social, los cuales son ministrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y del Ramo XII Salud, transferidos a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), para apoyar en el componente salud al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, los cuales son administrados por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para el ejercicio 2008 se asignaron recursos por un importe de 6 mil millones de pesos, los cuales fueron autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio fiscal 2008. Por otra parte, para la atención de las familias beneficiarias del PDHO se autorizó un presupuesto de 753.8 millones de pesos, resultando un total de 6,753.8 millones de pesos.

Con la finalidad de garantizar la prestación de los servicios médicos y contar con suficiencia en cada uno de los capítulos del gasto, los recursos se distribuyeron como se muestra en el cuadro XII.7.

Cuadro XII.7.
Presupuesto Autorizado
(millones de pesos)

Capítulo	Ramo XIX	Ramo XII	Total
	Aportaciones a Seguridad Social	Salud	
Servicios de Personal	4,378.0	190.5	4,568.5
Consumo de Bienes	619.8	275.9	895.7
Servicios Generales	616.6	287.5	904.1
Total Operación	5,614.5	753.8	6,368.3
Bienes Muebles	272.7		272.7
Obras Públicas	112.8		112.8
Total Inversión	385.5		385.5
Total Presupuesto	6,000.0	753.8	6,753.8

Fuente: Unidad IMSS-Oportunidades.

XII.3.1. Infraestructura y equipo

Durante el ejercicio 2008 se realizaron acciones para rehabilitar, reconstruir, remodelar y adecuar los espacios físicos de las Unidades Médicas del Programa, con objeto de proporcionar el mantenimiento y conservación de forma preventiva, con el fin de que continúen operando en óptimas condiciones, en virtud de que tienen una antigüedad de 29 años y son vulnerables a los daños por las condiciones climatológicas y geográficas (sismos, huracanes, inundaciones, entre otros).

En este sentido, destaca la ejecución de 74 obras, resaltando el Hospital Rural de Hecelchakan, Campeche; Huejutla de Reyes, Hidalgo; Cerritos y Zacatipan en San Luis Potosí; y Matías Romero en Oaxaca.

Asimismo, se destinaron recursos para el Programa de adquisición de reforzamiento, en Unidades Médicas y Hospitales Rurales, 299 bienes de red frío, 183 para prevención de muerte materna y 5,899 de equipo y mobiliario médico, de igual forma se dotó de 30 ambulancias a diversos hospitales rurales en 15 de las 18 Delegaciones donde opera el Programa, para la oportuna atención en los traslados de pacientes en diferentes comunidades a las que se destinaron.

Aunado a lo anterior, se adquirieron 960 equipos personales de cómputo y 600 impresoras, con el fin de coadyuvar a la integración del expediente clínico electrónico de la población a la que atiende el Programa.

XII.4. Conclusiones

Durante 2008 IMSS-Oportunidades fortaleció sus acciones y prioridades para continuar siendo el principal baluarte de la solidaridad social en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y un elemento fundamental de la Política Social de Combate a la Pobreza Extrema emprendida por el Gobierno Federal.

Los resultados muestran que a más de 29 años de otorgar acciones integrales de salud y gracias a la aplicación preventiva del Modelo de Atención Integral a la Salud, así como a la vinculación con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en la aplicación del componente salud, las familias acuden cada vez más a sus Unidades de salud, acuden más niños a la escuela y se enferman menos, porque están más vigilados en el aspecto médico y mejor nutridos; en suma, se puede decir que hoy cuentan con mayores oportunidades de desarrollo.

En este contexto preventivo, se continuó con la estrategia institucional de PREVENIMSS Rural, como fase integradora de las acciones orientadas a la prevención de riesgos y daños para la salud en cinco grupos de edad específicos, constituyendo el eje rector y punto de enlace entre los dos Regímenes del Instituto, ya que aplica por igual a la población indígena o rural no derechohabiente, que a la que cuenta con seguridad social.

Gracias a los más de 287 mil Voluntarios con los que cuenta IMSS-Oportunidades, entre miembros de los Comités de Salud, Asistentes Rurales de Salud, Promotores Voluntarios Rurales, Parteras Rurales y Terapeutas Tradicionales, se continúa con la misión de informar, educar y

comunicar mensajes de salud que lleguen verdaderamente a la gente, para contribuir a mejorar su nivel de vida y salud.

En este sentido, en el 2008 se fortaleció la operación de los servicios en la Estrategia “100 por 100”, en apoyo a los 90 municipios del Programa incluidos en los 125 identificados como de mayor pobreza y menor índice de desarrollo humano establecidos por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; asimismo, se hizo efectiva la vinculación de la seguridad y solidaridad social a las políticas de desarrollo social, federales y estatales, en favor de los más de 3.4 millones de indígenas.

Gracias a los Promotores de Acción Comunitaria se logró incorporar a más de 336 mil nuevas aceptantes de planificación familiar cada año, lo que permite contar actualmente con más de 1’415,389 usuarias activas con este apoyo; en los últimos seis años se logró duplicar la aceptación de métodos anticonceptivos, con lo cual se ha reducido sustancialmente la mortalidad materna; sin embargo, no podemos soslayar que aún representan un enorme desafío para el Programa, tanto la mortalidad materna como la infantil.

Durante el 2008 también se fortaleció la Estrategia de los Encuentros Médico-Quirúrgicos, con la cual y gracias a la solidaridad y al altruismo de los especialistas de los Centros Médicos del IMSS, se realizaron 20 encuentros, en los cuales se resolvieron rezagos quirúrgicos de malformaciones congénitas, secuelas de traumatismos, accidentes y discapacidades visuales. Con esta estrategia sin precedentes de fraternidad institucional se contribuyó a la equidad en la atención médica hacia la población marginada del país.

De igual forma, IMSS-Oportunidades realizó durante el 2008 un ejercicio eficiente y eficaz de la administración de los recursos que el Gobierno Federal le ha asignado, con énfasis en el abasto de insumos para la salud, especialmente en el abasto de medicamentos, así como en el equipo e instrumental médico.

Por todo lo anterior, se concluye que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha cumplido con la alta encomienda del Gobierno Federal de acercar los servicios de salud hasta los lugares más apartados del país, lo que se refleja en cambios positivos en beneficio de la salud de la población amparada. Gracias a la contribución del Programa IMSS-Oportunidades el país es mejor de lo que era hace casi 30 años, porque los campesinos e indígenas cuentan con mejores condiciones de vida y salud generadas a partir de años de intenso trabajo y compromiso a favor de la población que se encuentra en situación de desigualdad y que aspira a contar con más y mejores oportunidades para su desarrollo humano integral.

CAPÍTULO XIII

SUFICIENCIA FINANCIERA

XIII. SUFICIENCIA FINANCIERA

La inclusión del presente capítulo en este Informe tiene por objeto dar cumplimiento a las fracciones II y III del Artículo 273 de la Ley del Seguro Social que establecen que el IMSS debe reportar al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la capacidad financiera del Instituto para responder a los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se están tomando en cada seguro, así como presentar estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas obrero-patronales, y a las cuotas, contribuciones y aportaciones del Gobierno Federal de cada seguro, en su caso, que se pueden prever, para mantener la viabilidad financiera institucional.

De conformidad con lo anterior, en este capítulo se presentan los cambios que tendría la situación financiera del IMSS en el periodo 2010-2050 si se mantuviera el comportamiento de los ingresos y de los egresos en función de las tendencias de las variables macroeconómicas que los condicionan, o si se adoptaran diversas políticas de índole interna (políticas endógenas) y/o externa (políticas exógenas) orientadas a incrementar los ingresos o a reducir los gastos.

Los cambios se miden en años de suficiencia financiera, entendiendo por suficiencia financiera la situación en que los ingresos son iguales o mayores que los egresos. La medición se realiza aplicando el Modelo Integral Financiero y Actuarial para Proyecciones de Largo Plazo (MIFAPLP), con el que se complementan las proyecciones de corto plazo presentadas en el capítulo VII, y se calculan las primas y los salarios de equilibrio de los seguros referidos en el capítulo IV.

El MIFAPLP es un modelo adaptado a partir del Modelo Financiero de Corto Plazo de la Coordinación de Tesorería, que permite extender el horizonte de proyección hasta el año 2050, y que incorpora los resultados de largo plazo de las valuaciones actuariales de los seguros administrados por el IMSS, así como del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP).

En el MIFAPLP se proyectan 19 grandes conceptos, de los cuales seis corresponden al rubro de ingresos y 13 al rubro de egresos, como se muestra en el cuadro XIII.1.

Cuadro XIII.1.
Conceptos de Ingresos y Egresos Calculados en el Modelo Integral Financiero y Actuarial
para Proyecciones de Largo Plazo

Conceptos de Ingresos	Conceptos de Egresos
1. Cuotas obrero-patronales	1. Servicios de personal
2. Cuotas a cargo del Gobierno Federal	2. Materiales y suministros
3. Ingresos diversos	3. Servicios generales
4. Pensiones en curso de pago a cargo del Gobierno Federal (incluyendo pensiones de trabajadores del IMSS, pensiones de trabajadores de empresas afiliadas y pensiones garantizadas)	4. Pensiones en curso de pago a cargo del Gobierno Federal (incluyendo pensiones de trabajadores del IMSS, pensiones de trabajadores de empresas afiliadas y pensiones garantizadas)
5. Servicios sociales de ingreso (tiendas y centros vacacionales)	5. Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP)
6. Rendimiento de las reservas: operativas (RO); de operación para contingencias y financiamiento (ROCF); financieras y actuariales (RFA); general financiera y actuarial (RGFA); Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones de Carácter Legal o Contractual (FCOCLC)	6. Subsidios y ayudas
	7. Pensiones temporales y provisionales
	8. Sumas aseguradas
	9. Indemnizaciones y Laudos
	10. Conservación
	11. Guarderías
	12. Inversión física
	13. Otros gastos

Fuente: Modelo Integral Financiero y Actuarial para Proyecciones de Largo Plazo, IMSS.

Las proyecciones de los conceptos de referencia se realizan asumiendo diversas hipótesis macroeconómicas a partir de las cuales se construye un escenario base o inercial, al cual se le introducen las políticas orientadas a fortalecer los ingresos o reducir los gastos, y determinar el impacto que tiene cada una de ellas en la suficiencia financiera del Instituto. En el cuadro XIII.2 se indican las principales hipótesis para elaborar las proyecciones del escenario base, algunas de las cuales provienen del marco macroeconómico 2009-2012 estimado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuadro XIII.2.
Principales Supuestos Utilizados en el Modelo Integral Financiero y Actuarial
para las Proyecciones de Flujo de Efectivo, 2010-2050

Concepto	2010	2020	2030	2040	2050
Crecimiento anual de Asegurados Trabajadores Permanentes (ATP)- ^{1/}	1.68%	1.18%	0.56%	0.10%	0.02%
Salario promedio de cotización en veces el salario mínimo general del Distrito Federal	4.36	5.01	5.76	6.61	7.60
Salario mínimo promedio diario del D. F. en pesos corrientes	57.28	87.76	133.94	204.43	312.02
Tasa de interés nominal promedio anual- ^{2/}	7.40%	7.43%	7.43%	7.43%	7.43%
Inflación diciembre-diciembre- ^{2/}	4.00%	3.80%	3.80%	3.80%	3.80%
Incremento nominal del gasto en personal del IMSS	4.04%	6.61%	6.62%	6.64%	6.66%
Crecimiento real en el gasto de materiales y suministros	3.10%	2.60%	1.97%	1.50%	1.42%
Crecimiento real en el gasto de servicios generales	1.68%	1.18%	0.56%	0.10%	0.02%

^{1/} Hipótesis demográficas de las valuaciones actuariales del IMSS al 31 de diciembre de 2007.

^{2/} Para el periodo 2010-2012 se consideró el Marco Macroeconómico de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, contenido en los Criterios Generales de Política Económica para la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos de la Federación 2009.

Fuente: SHCP, IMSS.

Antes de presentar los resultados del escenario base y de los derivados de la inclusión de las políticas endógenas y exógenas que se explicarán más adelante, se considera importante hacer las siguientes acotaciones en torno al MIFAPLP, así como a las proyecciones que de él resultan:

1. El año base de las proyecciones es 2009, por lo que todas las cifras de los escenarios están expresadas en pesos de ese año.
2. Las cifras del año base corresponden al presupuesto aprobado por el H. Consejo Técnico el 10 de diciembre de 2008, excepto en cinco conceptos en los que el modelo parte de montos más altos, de acuerdo con lo que se informó al propio HCT: i) RJP, en el que se consignan \$5,973 millones más de lo aprobado en el presupuesto; ii) Inversión Física, cuyo monto supera en 1,070 millones el importe originalmente presupuestado; iii) Materiales y Suministros, cuya diferencia con el presupuesto aprobado es de 1,548 millones de pesos; iv) Servicios Generales, cuyo monto es superior en 1,056 millones al autorizado en el presupuesto; y, v) Conservación, rubro que considera 161 millones de pesos más que el presupuesto.
3. Las cifras de 2010 y 2011 corresponden a las estimaciones de corto plazo de la Tesorería General.
4. A partir de 2012, las cifras son proyectadas.
5. Las proyecciones de pensiones temporales y provisionales y de sumas aseguradas, fueron determinadas aplicando un factor de ajuste a las cifras de las valuaciones actuariales al 31 de diciembre de 2007 de los Seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos de Trabajo, para suavizar el impacto que registraban estas cifras en los primeros años de la proyección.
6. En los escenarios cuyas políticas están vinculadas al uso de las reservas, siempre se excluyen las aportaciones y los rendimientos de la Subcuenta 2 del FCOLCLC, por tratarse de una cuenta especial en la que se van acumulando los recursos para fondar las pensiones de los trabajadores que ingresaron al IMSS bajo las condiciones establecidas en el Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso, firmado entre el IMSS y el SNTSS el 14 de octubre de 2005.

XIII.1. Escenarios Evaluados y sus Resultados

Los escenarios bajo los que se ha medido la suficiencia financiera del IMSS son diez. El primero de ellos es el escenario base inercial, a partir del cual se construye un escenario con uso de reservas, otro con constitución de reserva óptima y uno más con constitución de reserva promedio. Por su parte, los escenarios en los que se asume la adopción de políticas endógenas son cuatro y, en igual número, los escenarios en los que se asume la adopción de políticas exógenas. En el cuadro XIII.3 se describe cada uno de ellos.

Cuadro XIII.3.
Escenarios de Medición de la Suficiencia Financiera del IMSS

Escenario	Descripción
1. Escenario base.	Los ingresos y los egresos están condicionados por el comportamiento de las variables macroeconómicas.
1a. Escenario base con uso de reservas.	El IMSS comienza a usar los intereses de las reservas y luego las reservas para ir cubriendo el déficit entre los ingresos y los egresos.
1b. Escenario base con constitución de reserva óptima.	Este escenario muestra las aportaciones que deberían hacerse anualmente para garantizar la suficiencia financiera del Instituto hasta el año 2050.
1c. Escenario base con constitución de reserva promedio.	Este escenario muestra las aportaciones que deberían hacerse anualmente considerando el promedio de reservas constituidas en los últimos cinco años.
Escenarios con Políticas Endógenas	
1. Política de recaudación de cuotas obrero-patronales.	Las cuotas obrero-patronales (COP) aumentan en términos reales 3% por arriba de lo presupuestado a partir de 2010 y hasta el año 2012.
2. Política de precios de medicamentos.	En el periodo 2010-2012 los precios de los medicamentos se reducen 4% en términos reales con respecto a los proyectados en el escenario base.
3. Política de subsidios para el personal institucional.	A partir de 2010, disminuye un día por año el número de días subsidiados por Enfermedad General en los trabajadores del IMSS, hasta igualar en 2014 el promedio de días subsidiados por trabajador asegurado.
4. Política de gasto corriente.	Se adoptan a partir de 2010 diferentes medidas de eficiencia orientadas a lograr ahorros en diversos rubros de gasto corriente.
Escenarios con Políticas Exógenas	
1. Política para el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM).	Revisión de las cuotas por edad del SSFAM a partir del 2010.
2. Política de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).	A partir del 2010 se recibe en el Seguro de Enfermedades y Maternidad una aportación del Gobierno Federal equivalente a 50 por ciento del costo de seis padecimientos de alto impacto financiero para el IMSS.
3. Política de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).	A partir de 2010, el Gobierno Federal aporta en el ramo de Gastos Médicos de Pensionados del SEM, además de su contribución actual a ese ramo (0.075 por ciento del Salario Base de Cotización), una cuota fija por cada pensionado igual a la que aporta en el SEM por cada asegurado.
4. Política de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).	A partir de 2010, las contribuciones del ramo de asegurados del SEM se revisan en función del Salario Base de Cotización.

Fuente: Modelo Integral Financiero y Actuarial para Proyecciones de Largo Plazo, IMSS.

Es importante mencionar que los escenarios que implican la adopción de políticas exógenas fueron comentados en los dos informes previos, pero ninguno de ellos ha sido implementado todavía. La razón por la que se contemplan nuevamente en el presente Informe, radica en su importancia para darle a los seguros, y especialmente a los seguros de salud (SEM de asegurados; SEM de pensionados; y Seguro de Salud para la Familia) una mayor viabilidad financiera en los próximos años.

XIII.1.1. Situación Actual del IMSS

Como se expone en capítulos anteriores, el balance financiero que presentan los seguros asociados a las prestaciones médicas (Seguro de Enfermedades y Maternidad y de Salud para la Familia) es negativo, y se prevé que de continuar las condiciones actuales, el déficit registrado en estos seguros tenderá a incrementarse con el tiempo.

En cambio, los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida que se valúan actuarialmente muestran suficiencia financiera, tanto en el corto como en el largo plazos, y lo mismo sucede con el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales.

En el cuadro XIII.4 se presenta la situación financiera que se estimó el año pasado para los seguros por el periodo 2009-2050, y se compara con la que se estima ahora para el mismo periodo partiendo de las cifras presupuestadas para 2009. Es importante señalar que para hacer comparables los niveles de superávit/déficit se aplicó la misma distribución de ingreso-gasto por ramo registrada en los Estados Financieros del ejercicio 2008.

Cuadro XIII.4.
Déficit Estimado de los Seguros 2009-2050
(millones de pesos de 2009)

	2008		2009	
	Superávit/Déficit Acumulado	% PIB 2009	Superávit/Déficit Acumulado	% PIB 2009
Seguros deficitarios:				
SEM, SSFAM	-4,700,415	-35.9%	-5,033,831	-38.4%
Seguros superavitarios:				
SIV, SRT, SGyPS	1,440,220	11.0%	1,533,614	11.7%
Total	-3,260,195	-24.9%	-3,500,217	-26.7%

Fuente: IMSS.

Las cifras anteriores indican que si bien la situación financiera de los seguros superavitarios (SRT, SIV y SGyPS) registró una ligera mejoría respecto al superávit presentado

en el informe pasado, los seguros relacionados con las prestaciones médicas registran un déficit mayor al estimado el año 2008, pasando de 35.9 a 38.4 del PIB estimado para 2009.

A continuación se presentan los resultados de los escenarios evaluados, partiendo del escenario base que considera que se mantienen las condiciones actuales de los seguros y se prolonga la trayectoria financiera actual del Instituto.

XIII.1.2. Escenario base

Las proyecciones del escenario base se muestran en el cuadro XIII.5, en el que se observa que desde 2009 los egresos del Instituto son mayores a sus gastos. Aun sin destinar recursos para la constitución de reservas la situación financiera es deficitaria; escenario que se complica aún más con el paso de los años.

Cuadro XIII.5.
Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050
Escenario Base
(millones de pesos de 2009)

Consolidado	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Saldo inicial de Reservas Operativas	8,124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos	303,695	312,733	324,648	335,699	348,285	361,878	377,868	461,979	678,583	897,839	851,309
Cuotas obrero-patronales	158,043	162,778	167,797	173,050	178,449	183,957	189,550	216,768	269,476	318,532	366,685
Aportaciones del Gobierno Federal	49,254	50,077	50,954	51,928	52,914	53,899	54,877	59,066	64,899	67,677	68,669
Otros ingresos	96,398	99,878	105,897	110,721	116,923	124,022	133,440	186,145	344,208	511,631	415,956
Pensiones en curso de pago	83,607	88,049	93,893	99,165	104,824	111,364	118,807	167,812	317,536	474,556	365,290
Otros	12,791	11,829	12,004	11,556	12,099	12,658	14,633	18,333	26,672	37,075	50,666
Egresos	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Servicios de personal	111,181	111,221	111,585	114,356	117,312	120,444	123,665	141,144	184,165	240,787	315,392
RJP	29,776	32,246	34,831	43,926	47,108	50,099	53,198	72,540	99,996	106,634	84,376
Subsidios y ayudas, y pens. temp. y prov.	12,109	12,785	13,781	14,276	14,872	15,511	16,193	18,975	24,659	29,897	33,817
Sumas aseguradas	7,061	7,441	7,843	8,837	10,479	12,173	14,369	30,200	43,496	54,944	59,852
Inversión física	7,191	6,238	7,463	7,703	7,949	8,200	8,455	9,696	12,093	14,314	16,486
Materiales y suministros	32,193	33,190	34,243	35,343	36,473	37,626	38,798	44,490	55,488	65,680	75,646
Servicios generales	24,368	24,859	25,381	25,924	26,476	27,032	27,587	30,059	33,948	36,534	38,421
Pensiones en curso de pago	83,607	88,049	93,893	99,165	104,824	111,364	118,807	167,812	317,536	474,556	365,290
Otros gastos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Excedente (Déficit) del año	-3,791	-3,295	-4,374	-13,830	-17,207	-20,571	-23,205	-52,938	-92,797	-125,508	-137,971
Incremento en RFA y RGFA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rendimiento de las RFA y la RGFA	2,395	4,172	4,402	4,504	4,612	4,728	5,629	6,685	9,430	13,302	18,763
Aportación al FCOLCLC ^{1/}	2,300	3,144	3,588	3,945	3,894	3,764	3,581	2,566	1,461	910	37
Rendimiento del FCOLCLC ^{1/}	337	2,351	2,236	1,538	1,818	2,104	2,774	4,506	8,145	12,500	18,047
Total reservas y rendimientos	5,032	9,667	10,225	9,986	10,324	10,596	11,983	13,756	19,036	26,712	36,848
Excedente (Déficit) del año modificado después de la creación de reservas	-8,823	-12,961	-14,599	-23,816	-27,532	-31,167	-35,188	-66,695	-111,832	-152,220	-174,819
Transferencia neta entre reservas	699	12,961	14,599	-1,194	-1,223	-1,254	-1,492	-1,773	-2,500	-3,527	-4,975
Saldo del año en RO después de transferencias	-8,124	0	0	0	0	0	-36,680	-68,467	-114,333	-155,747	-179,794
Saldo Final de RO	0	0	0	0	0	0	-36,680	-68,467	-114,333	-155,747	-179,794
Disponibilidad de las Reservas Operativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

^{1/} Del año 2010 en adelante no se consideran las aportaciones ni los rendimientos de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.
Fuente: IMSS.

XIII.1.2.1. Comparativo escenario base Informe actual y anterior

En el Informe pasado se mencionaba que el Instituto contaba con suficiencia financiera hasta el año 2012, en el supuesto de que no se tuvieran que destinar recursos a la constitución de reservas. Como se menciona en la sección anterior, las proyecciones de este año presentan un panorama diferente: a partir de 2009, los egresos son superiores a los ingresos, aun antes de destinar recursos a las reservas. Un ajuste a la baja en los ingresos esperados, aunado a un aumento en la trayectoria estimada de egresos, da como resultado dicho cambio en la trayectoria financiera del Instituto¹¹⁴.

Por parte de los ingresos, como se observa en el cuadro XIII.6, la tasa de crecimiento esperada para 2009 en las proyecciones elaboradas el año pasado era de 4.2 por ciento, mientras que la del presente año es cercana a cero. La desaceleración económica que se observa a partir de la segunda mitad de 2008 y que se agudiza en 2009, explica este cambio en las expectativas de ingresos del Instituto. Derivado de lo anterior y, por ende, en la afectación a la generación de empleo, la Ley de Ingresos de la Federación, para el ejercicio fiscal 2009, consideró una disminución de 2,131 millones de pesos en el monto de los ingresos del Instituto.

A partir de 2010 se observa que los supuestos de crecimiento en los ingreso de ambas proyecciones se vuelven a alinear; sin embargo, se mantiene el impacto negativo de contar con una cifra base menor a la anterior para 2009.

En el caso de los egresos, la tasa de crecimiento resultado de las proyecciones elaboradas el año anterior era de 5 por ciento, mientras que este año ésta se incrementó a 8 por ciento. Cabe mencionar que una parte importante del aumento que se presenta en las proyecciones de egresos 2009 actuales, respecto a las del anterior año, se explica por lo siguiente:

- Servicios de Personal. La proyección para 2009 elaborada el año anterior no incluyó aumento de plazas, mientras que la proyección actual considera el impacto de la contratación de 8,165 nuevas plazas y más de 14,000 que sustituyen a una cantidad equivalente de trabajadores que se jubilarán durante este año¹¹⁵.

¹¹⁴ Comparativo con los resultados de las proyecciones presentadas en el capítulo XIII del Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2007-2008.

¹¹⁵ Ver nota al final del cuadro VII.4. “Flujo de Efectivo 2007 y Proyección 2008-2010” en el Informe al Ejecutivo y al Congreso de la Unión Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2007-2008.

- Servicios Generales. La proyección para 2009 del presente año, considera un incremento de 17.6 por ciento, con relación a lo proyectado para 2009 el año anterior, destacando el aumento en el rubro de Guarderías por tratarse de un programa prioritario. Además, en la proyección actual para 2009 se incluyen 1,217 millones de pesos correspondientes a compromisos devengados, contabilizados y validados contra presupuesto 2008 y pagados en 2009.
- La proyección actual 2009 para los rubros de Materiales y Suministros así como Inversión Física incluye compromisos que fueron devengados, contabilizados y validados contra presupuesto 2008 y pagados en 2009, por 1,548 millones de pesos y 1,070 millones de pesos respectivamente.

Las variaciones de total de ingresos y de gasto por rubro se presentan en el cuadro XIII.7.

Cuadro XIII.6.
Comparativo Proyecciones Informe
Actual y Anterior

	2009	2010	2011	2012
Ingresos				
Proyección Anterior	4.2%	3.6%	2.9%	3.3%
Proyección Actual	0.0%	3.0%	3.8%	3.4%
Diferencia (millones de pesos 2009)	-4,942	-6,983	-4,462	-4,231
Egresos				
Proyección Anterior	5.0%	3.9%	3.7%	4.6%
Proyección Actual	8.2%	2.8%	4.1%	6.2%
Diferencia (millones de pesos 2009)	5,812	2,584	4,021	9,587
Efecto Adverso Total				
Diferencia (millones de pesos 2009)	-10,754	-9,567	-8,483	-13,819

Fuente: IMSS.

Cuadro XIII.7.
Comparativo de Egresos Estimados 2009
Actual y Anterior

	Proyección Actual	Proyección Anterior	Variación	
	(Pesos 2009)	(Pesos 2009)	(Pesos 2009)	%
Servicios de personal	111,181	107,900	3,155	3.0%
RJP	29,776	31,870	-2,014	-6.6%
Subsidios y ayudas, y pens. temp. y prov.	12,109	12,714	-582	-4.8%
Sumas aseguradas	7,061	6,872	181	2.7%
Inversión física	7,191	5,995	1,150	20.0%
Materiales y suministros	32,193	31,574	595	2.0%
Servicios generales	24,368	20,723	3,505	17.6%
Pensiones en curso de pago	83,607	84,026	-403	-0.5%
	307,486	301,673	5,812	

Fuente: IMSS.

XIII.1.3. Escenario con uso de reservas

Este escenario supone el uso de las reservas constituidas actualmente por el Instituto para cubrir los déficits que se presentarán en el periodo analizado¹¹⁶. Las proyecciones del mismo se presentan en el cuadro XIII.8 y muestran que, haciendo uso de sus reservas, el Instituto extendería los años de suficiencia financiera hasta 2017, es decir, nueve años más respecto al escenario base. El uso de las reservas mantiene el siguiente orden secuencial: i) Subcuenta 1 del FCOLCLC; ii) Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA); iii) Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF); y, iv) Reservas Financieras y Actuariales (RFA). Se estima que al 31 de diciembre de 2009, el saldo acumulado por estas cuatro reservas será de 128,239 millones de pesos.

Cuadro XIII.8.
Estimación de Suficiencia Financiera Utilizando las
Reservas Estimadas al Cierre del Ejercicio 2009
(millones de pesos de 2009)

Año	Excedente	Déficit	Aportación	Interés	Saldo
					128,239
2009		-3,791	0	0	124,448
2010		-3,295	0	4,356	125,509
2011		-4,374	0	4,393	125,528
2012		-13,830	0	4,393	116,091
2013		-17,207	0	4,063	102,947
2014		-20,571	0	3,603	85,979
2015		-23,205	0	3,009	65,783
2016		-27,947	0	2,302	40,139
2017		-33,146	0	1,405	8,398
2018		-39,775	0	294	-31,084

Fuente: IMSS.

XIII.1.4. Escenario con constitución de reserva óptima

Como se mostró en el apartado anterior, el uso de las reservas actuales del Instituto sólo permitiría mantener su equilibrio financiero hasta 2017. Por ello, en esta sección se calcula el monto de recursos necesario para cubrir la diferencia negativa entre los ingresos y los gastos durante el horizonte de proyección; es decir, la reserva óptima.

¹¹⁶ Es importante mencionar que la Ley del Seguro Social (LSS) establece que el Instituto podrá disponer de las Reservas Financieras y Actuariales de cada seguro y cobertura sólo para cubrir las necesidades que correspondan a cada uno de ellos. Es decir, actualmente las Reservas Financieras y Actuariales de los seguros superavitarios (SIV y SRT) no podrían ser utilizadas para financiar los gastos de los seguros deficitarios (SEM, SSFAM y SGPS), a menos que se modifique la LSS.

Conforme a lo anterior, se estima que para garantizar la viabilidad financiera del Instituto hasta 2050, se tendrían que hacer aportaciones desde 2010 en adelante, por 62,149 millones de pesos¹¹⁷. Dicha cantidad, aunada a los rendimientos que generaría en cada año, equivaldría a un promedio de 66,637 millones de pesos anuales. La constitución de esta reserva óptima implicaría que la operación del IMSS se viera severamente afectada debido a que tendría que destinar una parte importante de sus ingresos para cubrir ese monto.

Como se muestra en el cuadro XIII.9, para poder constituir la reserva óptima se requeriría reducir el gasto anualmente a partir de 2010 en 62,149 millones de pesos, cifra equivalente al total de la aportación anual para esa reserva.

Cuadro XIII.9.
Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050
Constitución de la Reserva Óptima
(millones de pesos de 2009)

Consolidado	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Ingresos	303,695	312,733	324,648	335,699	348,285	361,878	377,868	461,979	678,583	897,839	851,309
Egresos	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Excedente (Déficit) del año antes de reservas	-3,791	-3,295	-4,374	-13,830	-17,207	-20,571	-23,205	-52,938	-92,797	-125,508	-137,971
Uso (acumulación) de reservas		-63,342	-64,480	-57,281	-55,908	-54,501	-53,775	-32,158	1,327	41,269	73,258
Aportación anual		62,149	62,149	62,149	62,149	62,149	62,149	62,149	62,149	62,149	62,149
Producto financiero		4,488	4,488	4,488	4,488	4,488	4,488	4,488	4,488	4,488	4,488
Reserva óptima		66,637	66,637	66,637	66,637	66,637	66,637	66,637	66,637	66,637	66,637
Disminución requerida en el gasto		62,149	62,149	62,149	62,149	62,149	62,149	62,149	62,149	62,149	62,149
Reserva acumulada neta	128,239	191,581	256,061	313,342	369,250	423,751	477,526	687,817	836,434	589,889	0

Fuente: IMSS.

Del cuadro anterior se desprende que durante el periodo 2010-2029, la aportación anual a la reserva alcanzaría para cubrir el déficit de cada año y aumentar el monto de la misma. A partir de 2030, debido a que la diferencia negativa entre ingresos menos gastos superaría el monto de la aportación anual para la constitución de la reserva, los recursos del fondo empezarían a ser consumidos. Esto es, que las aportaciones de los primeros años más sus respectivos intereses, permitirían financiar el déficit de las últimas dos décadas proyectadas.

Con el objeto de dimensionar el esfuerzo que se requeriría para constituir este nivel de reservas por tan sólo un año, basta decir que el Instituto tendría que destinar a su fondeo 92 por ciento del saldo estimado en sus RFA al cierre de 2009, o bien, más del total de los recursos de gasto corriente contemplados para el año en curso en los rubros de inversión física, materiales y suministros, servicios generales y conservación, que en conjunto ascienden a 57,835 millones de pesos.

¹¹⁷ En el cálculo de la reserva óptima se consideró la utilización de las RFA, la RGFA, la Subcuenta 1 del FCOLCLC y la ROCF estimadas al cierre de 2009 (128,239 millones de pesos), para el financiamiento del déficit futuro.

XIII.1.5. Escenario con constitución de reserva promedio

El promedio anual de recursos destinados por el Instituto a la constitución de reservas durante los últimos cinco años fue de 13,743 millones de pesos. Como se puede observar en el cuadro XIII.10, si a partir de los resultados del escenario base se determinara fondear anualmente las reservas con esa media, el IMSS no lograría cubrir ni siquiera el requerimiento del primer año.

Cuadro XIII.10.
Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050
Escenario Base con Constitución de Reserva Promedio
(millones de pesos de 2009)

Consolidado	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Saldo inicial de Reservas Operativas	8,124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos	303,695	312,733	324,648	335,699	348,285	361,878	377,868	461,979	678,583	897,839	851,309
Egresos	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Excedente (Déficit) del año	-3,791	-3,295	-4,374	-13,830	-17,207	-20,571	-23,205	-52,938	-92,797	-125,508	-137,971
Incremento en las Reservas	5,032	13,743	13,743	13,743	13,743	13,743	13,743	13,743	13,743	13,743	13,743
Excedente (Déficit) del año modificado después de la creación de reservas	-8,823	-17,038	-18,117	-27,573	-30,950	-34,314	-36,948	-66,681	-106,540	-139,251	-151,714
Uso de la disponibilidad inicial para transferencias entre reservas	-8,124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo final de Reservas Operativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: IMSS.

El déficit acumulado del periodo 2009-2050 ascendería a 4'068,717 millones de pesos, equivalentes a 31.1 por ciento del PIB estimado para 2009. El valor presente neto de esta proyección sería de 1'658,154 millones de pesos, es decir, 12.7 por ciento del PIB.

XIII.2. Impacto de la Implementación de Políticas para Mejorar la Suficiencia Financiera del IMSS

El corto tiempo de suficiencia financiera que se proyecta para el Instituto, el cual se resume en el cuadro XIII.11, obliga a considerar la adopción de algunas políticas que permitan subsanar el déficit esperado, a fin de garantizar su correcta operación.

Cuadro XIII.11.
Resumen de Suficiencia Financiera Según Escenario

Escenario	Descripción	Años de suficiencia financiera
Base	Proyección del flujo de ingresos y gastos, sin constituir reservas.	0
Aprovechamiento de reservas constituidas	Proyección del flujo de ingresos y gastos considerando las reservas de los seguros y el saldo de la Subcuenta 1 del FCOLCLC estimados al cierre del 2009 (109,448 millones de pesos), para financiar los déficit anuales que se vislumbran a partir del año 2012.	9
Reserva óptima	Proyección del flujo de ingresos y gastos, constituyendo una reserva óptima con aportaciones de 62,682 millones de pesos anuales.	0
Base con constitución de reserva promedio	Proyección del flujo de efectivo, considerando que se constituyera anualmente la reserva promedio de los últimos cinco años (13,743 millones de pesos).	0

Fuente: IMSS.

XIII.2.1. Políticas Endógenas

Como se puede apreciar en el cuadro XIII.12, en el supuesto de continuar con las políticas internas descritas en el cuadro XIII.3, la suficiencia financiera del Instituto sólo se extendería respecto a la que se presenta en el escenario base en dos años.

Cuadro XIII.12.
Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050
Políticas Internas: Mejoras Operativas y Administrativas de Corto Plazo
(millones de pesos de 2009)

Políticas Endógenas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Saldo inicial de Reservas Operativas	8,124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos	303,695	312,733	324,648	335,699	348,285	361,878	377,868	461,979	678,583	897,839	851,309
Impacto en los ingresos de las políticas endógenas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos modificados	303,695	312,733	324,648	335,699	348,285	361,878	377,868	461,979	678,583	897,839	851,309
Egresos	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Impacto en los egresos de las políticas endógenas	0	-5,783	-5,864	-6,042	-6,220	-6,382	-6,545	-7,387	-9,288	-11,559	-14,357
Egresos modificados	307,486	310,245	323,158	343,487	359,273	376,067	394,528	507,530	762,092	1,011,789	974,923
Excedente (Déficit) del año	-3,791	-3,295	-4,374	-13,830	-17,207	-20,571	-23,205	-52,938	-92,797	-125,508	-137,971
Excedente (Déficit) del año modificado	-3,791	2,488	1,489	-7,788	-10,987	-14,189	-16,660	-45,552	-83,509	-113,949	-123,614
Incremento en RFA y RGFA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rendimiento de RFA y RGFA	2,395	4,172	4,402	4,504	4,612	4,728	5,629	6,685	9,430	13,302	18,763
Aportación al FCOLCLC ^{1/}	2,300	3,144	3,588	3,945	3,894	3,764	3,581	2,566	1,461	910	37
Rendimiento del FCOLCLC ^{1/}	337	2,351	2,236	1,538	1,818	2,104	2,774	4,506	8,145	12,500	18,047
Total reservas y rendimientos	5,032	9,667	10,225	9,986	10,324	10,596	11,983	13,756	19,036	26,712	36,848
Excedente (Déficit) del año modificado después de la creación de reservas	-8,823	-7,178	-8,736	-17,774	-21,311	-24,785	-28,643	-59,308	-102,544	-140,661	-160,462
Transferencia neta entre reservas	699	12,961	14,599	-1,194	-1,223	-1,254	-1,492	-1,773	-2,500	-3,527	-4,975
Saldo del año en RO después de transferencias	-8,124	5,783	5,864	-18,968	-22,534	-26,038	-30,136	-61,081	-105,045	-144,189	-165,437
Saldo Final de RO	0	5,783	5,864	-18,968	-22,534	-26,038	-30,136	-61,081	-105,045	-144,189	-165,437
Disponibilidad de las Reservas Operativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Flujo de efectivo	Años de suficiencia financiera	Años adicionales respecto al escenario base	Déficit financiero acumulado 2010-2050			
			Flujo		Valor Presente Neto	
			Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009	Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009
Sin constituir reservas	2	2	3,104,858	23.7%	1,241,834	9.5%
Con fondeo de reservas	0	0	3,948,462	30.2%	1,608,581	12.3%
Reducción del déficit respecto al escenario base			391,568	3.0%	179,030	1.4%
Costo fiscal			0	0.0%	0	0.0%

^{1/} Del año 2010 en adelante no se consideran las aportaciones ni los rendimientos de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.

Nota: La reducción en el índice de siniestralidad de los trabajadores IMSS al nivel de las empresas afiliadas considera una reducción progresiva anual de un punto porcentual, entre los años 2010 y 2014. A partir de este último año se alcanza la meta planteada y se conserva en todo el horizonte de proyección.

Fuente: IMSS.

Como se menciona anteriormente, la implementación de estas políticas permitiría reducir el déficit acumulado en 391,568 millones de pesos (3 por ciento del PIB estimado para 2009), respecto al déficit acumulado estimado en el escenario base.

XIII.2.2. Políticas Exógenas

Como se mostró en los apartados anteriores, de mantenerse la trayectoria financiera actual del Instituto, y aun en el supuesto de instrumentar las políticas endógenas en el escenario base, éste no tendrá la capacidad financiera para fondear sus reservas a partir de 2010. Más aún, sin dedicar recursos de su operación a la constitución de reservas, se estima que el periodo de suficiencia financiera sería de dos años. Este panorama pone en evidencia la necesidad de realizar cambios de mayor envergadura a la LSS, a través de la voluntad conjunta del gobierno y la sociedad.

En este apartado se presenta una serie de políticas externas divididas en dos grupos, el primero presenta una medida la cual carece de costo fiscal, y el segundo engloba tres medidas cuya materialización requeriría de aportaciones adicionales de parte del Gobierno Federal.

XIII.2.2.1. Política Exógena sin costo fiscal

XIII.2.2.1.1. Política I: Revisión de las Cuotas del Seguro de Salud para la Familia, a partir del 2010

Al comparar los ingresos del SSFAM con respecto a sus gastos, se observa que en términos relativos las cuotas de los asegurados han disminuido drásticamente su participación con relación a los gastos totales del Seguro, pasando de 35.8 por ciento en 2001 a 12.2 en 2008. Aunque las aportaciones del Gobierno Federal también han disminuido su participación respecto a los gastos del SSFAM, lo han hecho en menor grado pasando de 23.4 por ciento en 2001 a 12.8 en 2008. Este desbalance entre ingresos y gastos que se ha presentado en los últimos años, pone en evidencia la necesidad de revisar su esquema de financiamiento.

El eje de análisis de esta política se basa en fijar cuotas de afiliación que equilibren ingresos y gastos del SSFAM, eliminando así el déficit recurrente que presenta, el cual en 2008 ascendió a 4,041 millones de pesos.

Como se puede observar en el cuadro XIII.13, la revisión de las cuotas de este Seguro se traduciría en dos años adicionales de suficiencia financiera en relación con el escenario base. Asimismo, representaría una reducción del déficit calculado originalmente bajo dicho escenario por un monto de 744,218 millones de pesos, equivalente a 5.7 por ciento del PIB de 2009.

Cuadro XIII.13.
Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050
Política Externa sin Costo Fiscal

I: Revisión de las Cuotas del Seguro de Salud para la Familia, a Partir del 2010
(millones de pesos de 2009)

Política I	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Saldo inicial de Reservas Operativas	8,124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos	303,695	312,733	324,648	335,699	348,285	361,878	377,868	461,979	678,583	897,839	851,309
Impacto en los ingresos de la política I	0	3,645	3,731	4,076	4,240	4,403	4,560	5,555	7,452	9,126	10,449
Ingresos modificados	303,695	316,378	328,379	339,775	352,526	366,282	382,428	467,534	686,035	906,965	861,759
Egresos	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Impacto en los egresos de la política I	0	-5,877	-6,024	-6,427	-6,660	-6,893	-7,132	-8,475	-11,032	-13,317	-15,254
Egresos modificados	307,486	310,150	322,998	343,102	358,833	375,557	393,941	506,442	760,348	1,010,030	974,026
Excedente (Déficit) del año	-3,791	-3,295	-4,374	-13,830	-17,207	-20,571	-23,205	-52,938	-92,797	-125,508	-137,971
Excedente (Déficit) del año modificado	-3,791	6,228	5,380	-3,327	-6,307	-9,275	-11,513	-38,907	-74,314	-103,065	-112,268
Incremento en RFA y RGFA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rendimiento de RFA y RGFA	2,395	4,172	4,402	4,504	4,612	4,728	5,629	6,685	9,430	13,302	18,763
Aportación al FCOLCLC ^{1/}	2,300	3,144	3,588	3,945	3,894	3,764	3,581	2,566	1,461	910	37
Rendimiento del FCOLCLC ^{1/}	337	2,351	2,236	1,538	1,818	2,104	2,774	4,506	8,145	12,500	18,047
Total reservas y rendimientos	5,032	9,667	10,225	9,986	10,324	10,596	11,983	13,756	19,036	26,712	36,848
Excedente (Déficit) del año modificado después de la creación de reservas	-8,823	-3,439	-4,845	-13,313	-16,631	-19,871	-23,496	-52,664	-93,349	-129,777	-149,115
Transferencia neta entre reservas	699	12,961	14,599	-1,194	-1,223	-1,254	-1,492	-1,773	-2,500	-3,527	-4,975
Saldo del año en RO después de transferencias	-8,124	9,522	9,755	-14,507	-17,855	-21,124	-24,988	-54,437	-95,850	-133,304	-154,091
Saldo Final de RO	0	9,522	9,755	-14,507	-17,855	-21,124	-24,988	-54,437	-95,850	-133,304	-154,091
Disponibilidad de las Reservas Operativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Flujo de efectivo	Años de suficiencia financiera	Años adicionales respecto al escenario base	Déficit financiero acumulado 2010-2050			
			Flujo		Valor Presente Neto	
			Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009	Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009
Sin constituir reservas	2	2	2,752,208	21.0%	1,082,702	8.3%
Con fondeo de reservas	0	0	3,595,812	27.5%	1,449,450	11.1%
Reducción del déficit respecto al escenario base			744,218	5.7%	338,162	2.6%
Costo fiscal			0	0.0%	0	0.0%

^{1/} Del año 2010 en adelante no se consideran las aportaciones ni los rendimientos de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.
Fuente: IMSS.

XIII.2.2.2. Políticas externas que implican un costo fiscal

El segundo grupo de políticas externas requiere de aportaciones extraordinarias de recursos por parte del Gobierno Federal, así como de modificaciones a la LSS. El SEM, al generar 94 por ciento del déficit proyectado, es el eje central de estas políticas

XIII.2.2.2.1. Política I: Aportación del Gobierno Federal para el financiamiento de seis enfermedades de alto impacto financiero para el IMSS

Como se menciona en el capítulo II, el Instituto enfrenta una transición demográfica y epidemiológica, en la que el efecto combinado del envejecimiento poblacional, el crecimiento de

los costos médicos y la expansión de las enfermedades crónicas y degenerativas, pronostica un panorama adverso para los seguros médicos del Instituto, especialmente el SEM.

En este sentido, esta política consiste en recibir del Gobierno Federal una aportación equivalente a 50 por ciento del costo estimado de los seis padecimientos de alto impacto financiero abordados en los riesgos adicionales del capítulo anterior¹¹⁸, a fin de contribuir a su prevención, tratamiento y curación. De esta forma, el efecto se traduce en un incremento de los ingresos del SEM, como se aprecia en el cuadro XIII.14.

Cuadro XIII.14.
Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050
Políticas Externas que Implican un Costo Fiscal
I: Aportación del Gobierno Federal para el Financiamiento
de Seis Enfermedades de Alto Impacto Financiero para el IMSS
(millones de pesos de 2009)

Política I	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Saldo inicial de Reservas Operativas	8,124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos	303,695	312,733	324,648	335,699	348,285	361,878	377,868	461,979	678,583	897,839	851,309
Impacto en los ingresos de la política I	0	13,945	14,981	16,088	17,274	18,530	19,870	27,984	50,065	69,507	62,517
Ingresos modificados	303,695	326,678	339,629	351,786	365,559	380,408	397,738	489,962	728,648	967,346	913,827
Egresos	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Impacto en los egresos de la política I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egresos modificados	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Excedente (Déficit) del año	-3,791	-3,295	-4,374	-13,830	-17,207	-20,571	-23,205	-52,938	-92,797	-125,508	-137,971
Excedente (Déficit) del año modificado	-3,791	10,650	10,607	2,257	67	-2,041	-3,335	-24,955	-42,732	-56,001	-75,454
Incremento en RFA y RGFA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rendimiento de RFA y RGFA	2,395	4,172	4,402	4,504	4,612	4,728	5,629	6,685	9,430	13,302	18,763
Aportación al FCOLCLC ^{1/}	2,300	3,144	3,588	3,945	3,894	3,764	3,581	2,566	1,461	910	37
Rendimiento del FCOLCLC ^{1/}	337	2,351	2,236	1,538	1,818	2,104	2,774	4,506	8,145	12,500	18,047
Total reservas y rendimientos	5,032	9,667	10,225	9,986	10,324	10,596	11,983	13,756	19,036	26,712	36,848
Excedente (Déficit) del año modificado después de la creación de reservas	-8,823	984	382	-7,729	-10,258	-12,637	-15,318	-38,711	-61,768	-82,714	-112,301
Transferencia neta entre reservas	699	12,961	14,599	-1,194	-1,223	-1,254	-1,492	-1,773	-2,500	-3,527	-4,975
Saldo del año en RO después de transferencias	-8,124	13,945	14,981	-8,923	-11,481	-13,891	-16,811	-40,484	-64,268	-86,241	-117,277
Saldo Final de RO	0	13,945	14,981	-8,923	-11,481	-13,891	-16,811	-40,484	-64,268	-86,241	-117,277
Disponibilidad de las Reservas Operativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Flujo de efectivo	Años de suficiencia financiera	Años adicionales respecto al escenario base	Déficit financiero acumulado 2010-2050			
			Flujo		Valor Presente Neto	
			Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009	Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009
Sin constituir reservas	4	4	1,574,551	12.0%	605,007	4.6%
Con fondeo de reservas	2	2	2,418,155	18.5%	971,755	7.4%
Reducción del déficit respecto al escenario base			1,921,875	14.7%	815,857	6.2%
Costo fiscal			46,875	0.4%	19,899	0.2%

^{1/} Del año 2010 en adelante no se consideran las aportaciones ni los rendimientos de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.
Fuente: IMSS.

¹¹⁸ Estos son: diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HA), insuficiencia renal (IR), cáncer cérvicouterino (CaCu), cáncer de mama (CaMa) y Virus/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA). Se estima que en su conjunto absorbieron en el año 2008 cerca de 17.8 por ciento del gasto corriente del SEM.

Las proyecciones de gasto de estas afecciones se fundamentan, tanto en el seguimiento de su trayectoria de costos iniciado en 2000, como en las perspectivas de mediano y largo plazos que sobre la materia manejan algunas instituciones de salud¹¹⁹. Sin embargo, cabe mencionar que son escasos los estudios científicos que hacen pronósticos sobre las tendencias de las tasas de morbilidad y mortalidad de estas enfermedades en plazos tan extensos como el que se intenta abarcar en este ejercicio, lo cual confiere a este escenario un elevado grado de incertidumbre¹²⁰.

De autorizarse la aportación anual promedio de 46,875 millones de pesos de 2009 por parte del Gobierno Federal, los años de suficiencia financiera del IMSS aumentarían en cuatro antes de constituir reservas y en dos después de constituir las, respectivamente. Por su parte, el déficit acumulado del año base se reduciría en 1'921,875 millones de pesos (14.7 por ciento del PIB de 2009).

XIII.2.2.2.2. Política II: Aportación del Gobierno Federal de una cuota adicional por cada pensionado

Los estados financieros del IMSS reflejan un progresivo detrimento en los dos ramos que componen el Seguro de Enfermedades y Maternidad, derivado del desbalance prevaleciente en la captación de recursos respecto de sus gastos, principalmente en el Gasto Médico de Pensionados (GMP), en el cual durante 2008 los ingresos representaron casi la mitad de los gastos.

La presente medida está enfocada a fortalecer los ingresos del ramo GMP, a través de una aportación adicional del Gobierno Federal por cada pensionado, equivalente a la cuota fija que aporta al SEM por cada asegurado¹²¹. A fin de no perder valor en el futuro, se pretende que al igual que la cuota de los asegurados, ésta se actualice conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC).

Como referencia, es pertinente indicar que al 31 de diciembre de 2008 el Instituto tenía registrados 2'567,995 pensionados.

¹¹⁹ Secretaría de Salud, Organización Mundial de la Salud, Federación Mundial del Corazón y *The American Diabetes Association*.

¹²⁰ Además, se debe considerar que la adopción de esta política requeriría de análisis adicionales a través de los cuales se diseñaran los instrumentos y procedimientos administrativos necesarios para controlar los recursos en cuestión; sin embargo, dichos análisis trascienden los fines de este Informe.

¹²¹ Como se expuso en el capítulo I, esta cuota diaria inició en 13.9 por ciento del salario mínimo de julio de 1997, y es actualizada trimestralmente con base en el incremento del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Cuadro XIII.15.
Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050
Políticas Externas que Implican un Costo Fiscal
II: Aportación del Gobierno Federal de una Cuota Adicional por Cada Pensionado
(millones de pesos de 2009)

Política II	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Saldo inicial de Reservas Operativas	8,124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos	303,695	312,733	324,648	335,699	348,285	361,878	377,868	461,979	678,583	897,839	851,309
Impacto en los ingresos de la política II	0	8,990	8,710	9,824	10,349	10,931	11,571	15,524	29,773	51,847	54,001
Ingresos modificados	303,695	321,723	333,358	345,523	358,634	372,809	389,439	477,503	708,356	949,686	905,310
Egresos	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Impacto en los egresos de la política II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egresos modificados	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Excedente (Déficit) del año	-3,791	-3,295	-4,374	-13,830	-17,207	-20,571	-23,205	-52,938	-92,797	-125,508	-137,971
Excedente (Déficit) del año modificado	-3,791	5,695	4,336	-4,006	-6,858	-9,640	-11,634	-37,414	-63,024	-73,661	-83,970
Incremento en RFA y RGFA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rendimiento de RFA y RGFA	2,395	4,172	4,402	4,504	4,612	4,728	5,629	6,685	9,430	13,302	18,763
Aportación al FCOLCLC ^{1/}	2,300	3,144	3,588	3,945	3,894	3,764	3,581	2,566	1,461	910	37
Rendimiento del FCOLCLC ^{1/}	337	2,351	2,236	1,538	1,818	2,104	2,774	4,506	8,145	12,500	18,047
Total reservas y rendimientos	5,032	9,667	10,225	9,986	10,324	10,596	11,983	13,756	19,036	26,712	36,848
Excedente (Déficit) del año modificado después de la creación de reservas	-8,823	-3,972	-5,889	-13,992	-17,183	-20,236	-23,617	-51,171	-82,059	-100,373	-120,818
Transferencia neta entre reservas	699	12,961	14,599	-1,194	-1,223	-1,254	-1,492	-1,773	-2,500	-3,527	-4,975
Saldo del año en RO después de transferencias	-8,124	8,990	8,710	-15,187	-18,406	-21,489	-25,109	-52,943	-84,560	-103,900	-125,793
Saldo Final de RO	0	8,990	8,710	-15,187	-18,406	-21,489	-25,109	-52,943	-84,560	-103,900	-125,793
Disponibilidad de las Reservas Operativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Flujo de efectivo	Años de suficiencia financiera	Años adicionales respecto al escenario base	Déficit financiero acumulado 2010-2050			
			Flujo		Valor Presente Neto	
			Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009	Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009
Sin constituir reservas	2	2	2,168,344	16.6%	884,035	6.8%
Con fondeo de reservas	0	0	3,011,948	23.0%	1,250,783	9.6%
Reducción del déficit respecto al escenario base			1,328,082	10.1%	536,829	4.1%
Costo fiscal			32,392	0.2%	13,093	0.1%

^{1/} Del año 2010 en adelante no se consideran las aportaciones ni los rendimientos de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.
Fuente: IMSS.

La instrumentación de esta política incide directamente sobre el flujo de ingresos, pero no brinda al Instituto años de suficiencia financiera adicional al escenario base, como se presenta en el cuadro XIII.15. La reducción del déficit sería del orden de 1'328,082 millones de pesos, equivalentes a 10.1 por ciento del PIB de 2009, y su costo fiscal anual promedio ascendería a 32,392 millones de pesos de 2009.

La aplicación de esta política requeriría modificar el Artículo 25 de la Ley del Seguro Social, relativo al ramo de Gastos Médicos de Pensionados del SEM.

XIII.2.2.2.3. Política III: A partir de 2010, las contribuciones del ramo de asegurados del SEM se revisan en función del Salario Base de Cotización (SBC)

Como se presentó en el capítulo IV, el ramo de asegurados del SEM registró una posición deficitaria durante el ejercicio 2008, tal como ha sucedido en años anteriores. Este resultado confirma la necesidad de evaluar opciones de políticas que permitan solucionar la desfavorable tendencia del ramo.

El esquema de financiamiento actual que se presenta en el cuadro XIII.16 y que se estipula en la LSS, pretende garantizar la provisión de las prestaciones en dinero y especie para todos sus asegurados. Al efecto, en el Artículo 107 se indica que para el primer tipo de prestaciones, tanto los patrones y trabajadores como el Gobierno Federal tendrán que cubrir cuotas que en su conjunto equivalen a 1 por ciento del SBC. Por su parte, para las prestaciones en especie, en términos del Artículo 106 del mismo ordenamiento jurídico, los patrones están obligados a cubrir una cuota fija diaria por cada asegurado equivalente a 13.9 por ciento de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF)¹²²; para aquellos trabajadores cuyo SBC supere en tres veces al SMGDF, se contempla una aportación adicional de 6 y 2 por ciento para los patrones y trabajadores¹²³, respectivamente, de la cantidad que resulte de la diferencia entre el SBC y tres veces el salario mínimo citado; y el Gobierno Federal aportará 13.9 por ciento de un SMGDF del mes de julio de 1997, actualizado trimestralmente conforme a la variación del INPC.

¹²² De conformidad con el Artículo decimonoveno transitorio de la LSS y el Acuerdo 692/99 del HCT, la tasa sobre el SMGDF se incrementó anualmente en 65 centésimas de punto porcentual, desde el 1° de enero de 1999 y hasta el año 2008.

¹²³ De acuerdo con el Artículo decimonoveno transitorio de la LSS y el Acuerdo 692/99 del HCT, estas aportaciones se redujeron anualmente en 49 centésimas y en 16 centésimas de punto porcentual para los patrones y trabajadores, respectivamente, iniciando el 1° de enero de 1999 y concluyendo en el año 2008.

Cuadro XIII.16.
Esquema de Financiamiento del SEM

Mes/Año	Prestaciones en especie				Prestaciones en dinero		
	Cuota fija en proporción del SMGVDF ^{1/}	Cuota excedente en porcentaje aplicado a la diferencia del SBC menos tres SMGVDF ^{2/}	Trabajador	Cuota fija promedio diaria en pesos ^{3/}	Cuota en proporción del SBC		
	Patrón	Patrón		Gobierno Federal	Gobierno Federal	Patrón	Trabajador
Jul-dic 1997	13.90%	6.00%	2.00%	\$3.76	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 1998	13.90%	6.00%	2.00%	\$4.28	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 1999	14.55%	5.51%	1.84%	\$4.99	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 2000	15.20%	5.02%	1.68%	\$5.47	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 2001	15.85%	4.53%	1.52%	\$5.81	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 2002	16.50%	4.04%	1.36%	\$6.10	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 2003	17.15%	3.55%	1.20%	\$6.38	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 2004	17.80%	3.06%	1.04%	\$6.69	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 2005	18.45%	2.57%	0.88%	\$6.95	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 2006	19.10%	2.08%	0.72%	\$7.20	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 2007	19.75%	1.59%	0.56%	\$7.49	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 2008	20.40%	1.10%	0.40%	\$7.87	0.05%	0.70%	0.25%
Ene-dic 2009	20.40%	1.10%	0.24%	\$8.33	0.05%	0.70%	0.25%

^{1/} SMGVDF = Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.

^{2/} SBC = Salario Base de Cotización.

^{3/} La cuota fija a cargo del Gobierno Federal inició el 1° de julio de 1997 en 13.9 por ciento de un SMGVDF. La cifra de 2009 es estimada.

Fuente: Artículos 106, 107 y decimonoveno transitorio de la Ley del Seguro Social, y Acuerdo número 692/99 del H. Consejo Técnico del 1° de diciembre de 1999.

La fórmula de indización contenida en la LSS implica que en la medida en que el nivel general de los salarios de cotización crezcan por encima de la inflación y del salario mínimo, la tasa de contribución al SEM, expresada como porcentaje del Salario Base de Cotización, se irá reduciendo, generando un desfinanciamiento progresivo ante el rezago en las aportaciones patronales (indizadas al salario mínimo) y las gubernamentales (indizadas al INPC).

Con el objeto de recuperar capacidad económica para hacer frente a sus obligaciones, la presente política plantea modificar la LSS en los artículos referidos para establecer las contribuciones del SEM en 11.6 por ciento del SBC. Naturalmente, la adopción de esta medida conllevaría un costo que tendría que distribuirse entre los sujetos obligados. En el cuadro XIII.17 se asume que el diferencial de las aportaciones correría íntegramente a cargo del Gobierno Federal.

Cuadro XIII.17.
Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050
Políticas Externas que Implican un Costo Fiscal
III: Revisión de las Contribuciones del SEM Respecto al Salario Base de Cotización
(millones de pesos de 2009)

Política III	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Saldo inicial de Reservas Operativas	8,124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos	303,695	312,733	324,648	335,699	348,285	361,878	377,868	461,979	678,583	897,839	851,309
Impacto en los ingresos de la política III	0	4,608	4,933	5,272	5,625	5,988	6,362	8,314	12,584	17,089	21,807
Ingresos modificados	303,695	317,341	329,580	340,971	353,910	367,866	384,230	470,293	691,167	914,928	873,116
Egresos	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Impacto en los egresos de la política III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egresos modificados	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Excedente (Déficit) del año	-3,791	-3,295	-4,374	-13,830	-17,207	-20,571	-23,205	-52,938	-92,797	-125,508	-137,971
Excedente (Déficit) del año modificado	-3,791	1,314	558	-8,558	-11,583	-14,583	-16,843	-44,624	-80,213	-108,420	-116,164
Incremento en RFA y RGFA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rendimiento de RFA y RGFA	2,395	4,172	4,402	4,504	4,612	4,728	5,629	6,685	9,430	13,302	18,763
Aportación al FCOLCLC- ^{1/}	2,300	3,144	3,588	3,945	3,894	3,764	3,581	2,566	1,461	910	37
Rendimiento del FCOLCLC- ^{1/}	337	2,351	2,236	1,538	1,818	2,104	2,774	4,506	8,145	12,500	18,047
Total reservas y rendimientos	5,032	9,667	10,225	9,986	10,324	10,596	11,983	13,756	19,036	26,712	36,848
Excedente (Déficit) del año modificado después de la creación de reservas	-8,823	-8,353	-9,667	-18,544	-21,907	-25,179	-28,826	-58,381	-99,249	-135,132	-153,012
Transferencia neta entre reservas	699	12,961	14,599	-1,194	-1,223	-1,254	-1,492	-1,773	-2,500	-3,527	-4,975
Saldo del año en RO después de transferencias	-8,124	4,608	4,933	-19,738	-23,130	-26,433	-30,318	-60,153	-101,749	-138,659	-157,987
Saldo Final de RO	0	4,608	4,933	-19,738	-23,130	-26,433	-30,318	-60,153	-101,749	-138,659	-157,987
Disponibilidad de las Reservas Operativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Flujo de efectivo	Años de suficiencia financiera	Años adicionales respecto al escenario base	Déficit financiero acumulado 2010-2050			
			Flujo		Valor Presente Neto	
			Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009	Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009
Sin constituir reservas	2	2	2,972,821	22.7%	1,196,295	9.1%
Con fondeo de reservas	0	0	3,816,425	29.1%	1,563,043	11.9%
Reducción del déficit respecto al escenario base			523,605	4.0%	224,568	1.7%
Costo fiscal			12,771	0.1%	5,477	0.0%

^{1/} Del año 2010 en adelante no se consideran las aportaciones ni los rendimientos de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.
Fuente: IMSS.

Esta política permitiría extender la suficiencia financiera del Instituto respecto al escenario base en dos años. La implementación de esta política contribuiría a reducir el déficit de este escenario en 523,605 millones de pesos, equivalentes a 4 por ciento del PIB de 2009.

XIII.2.2.2.4. Política IV: Evaluación conjunta de las políticas que implican un costo fiscal

En caso de que se adoptara el paquete de reformas a la LSS necesario para implementar conjuntamente las tres políticas que implican un costo fiscal, se obtendrían ingresos adicionales que permitirían extender la suficiencia financiera del Instituto durante 28 años antes de constituir reservas y en seis si se constituyen.

El cúmulo de aportaciones promedio anuales por 92,038 millones de pesos permitiría pasar del déficit de operación de 26.7 por ciento del PIB del escenario base, antes de constituir reservas, a un superávit acumulado de 2.1 por ciento del PIB.

Cuadro XIII.18.
Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050
Políticas Externas que Implican un Costo Fiscal
IV: Evaluación Conjunta de las Políticas que Implican un Costo Fiscal
(millones de pesos de 2009)

Política IV	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Saldo inicial de Reservas Operativas	8,124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos	303,695	312,733	324,648	335,699	348,285	361,878	377,868	461,979	678,583	897,839	851,309
Impacto en los ingresos de la política IV	0	27,543	28,624	31,184	33,247	35,450	37,803	51,822	92,421	138,442	138,325
Ingresos modificados	303,695	340,276	353,272	366,883	381,533	397,328	415,671	513,801	771,004	1,036,282	989,634
Egresos	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Impacto en los egresos de la política IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Egresos modificados	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Excedente (Déficit) del año	-3,791	-3,295	-4,374	-13,830	-17,207	-20,571	-23,205	-52,938	-92,797	-125,508	-137,971
Excedente (Déficit) del año modificado	-3,791	24,248	24,250	17,354	16,040	14,878	14,598	-1,116	-376	12,934	354
Incremento en RFA y RGFA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rendimiento de RFA y RGFA	2,395	4,172	4,402	4,504	4,612	4,728	5,629	6,685	9,430	13,302	18,763
Aportación al FCOLCLC- ^{1/}	2,300	3,144	3,588	3,945	3,894	3,764	3,581	2,566	1,461	910	37
Rendimiento del FCOLCLC- ^{1/}	337	2,351	2,236	1,538	1,818	2,104	2,774	4,506	8,145	12,500	18,047
Total reservas y rendimientos	5,032	9,667	10,225	9,986	10,324	10,596	11,983	13,756	19,036	26,712	36,848
Excedente (Déficit) del año modificado después de la creación de reservas	-8,823	14,582	14,025	7,368	5,716	4,283	2,615	-14,873	-19,411	-13,778	-36,494
Transferencia neta entre reservas	699	12,961	14,599	-1,194	-1,223	-1,254	-1,492	-1,773	-2,500	-3,527	-4,975
Saldo del año en RO después de transferencias	-8,124	27,543	28,624	6,174	4,493	3,029	1,123	-16,645	-21,912	-17,305	-41,469
Saldo Final de RO	0	27,543	28,624	6,174	4,493	3,029	1,123	-16,645	-21,912	-17,305	-41,469
Disponibilidad de las Reservas Operativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Flujo de efectivo	Años de suficiencia financiera	Años adicionales respecto al escenario base	Déficit financiero acumulado 2010-2050			
			Flujo		Valor Presente Neto	
			Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009	Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009
Sin constituir reservas	30	30	-277,137	-2.1%	-156,390	-1.2%
Con fondeo de reservas	7	7	566,468	4.3%	210,358	1.6%
Reducción del déficit respecto al escenario base			3,773,563	28.8%	1,577,254	12.0%
Costo fiscal			92,038	0.7%	38,470	0.3%

^{1/} Del año 2010 en adelante no se consideran las aportaciones ni los rendimientos de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.
Fuente: IMSS.

Es importante destacar que los 30 años de suficiencia financiera adicionales que otorgaría la adopción de estas medidas se presentarían de forma discontinua, registrándose un periodo de insuficiencia financiera entre los años 2020 y 2030.

XIII.2.2.3. Evaluación conjunta de todas las Políticas Exógenas

Asumiendo que se adoptaran todas las políticas externas evaluadas, el superávit de operación acumulado por el periodo 2010-2050 ascendería a 1'021,355 millones de pesos de 2009, equivalente a 7.8 por ciento del PIB. Si las reservas fueran fondeadas con los rendimientos de las RFA, de la RGFA y de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, el déficit se reduciría sustantivamente, pues pasaría de 33.1 por ciento del PIB en el escenario base, a un superávit de 1.4 por ciento.

Cuadro XIII.19.
Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050
V: Evaluación Conjunta de las Políticas Externas
(millones de pesos de 2009)

Política V	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Saldo inicial de Reservas Operativas	8,124	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresos	303,695	312,733	324,648	335,699	348,285	361,878	377,868	461,979	678,583	897,839	851,309
Impacto en los ingresos de la política V	0	31,188	32,355	35,260	37,488	39,853	42,363	57,378	99,873	147,568	148,774
Ingresos modificados	303,695	343,921	357,003	370,959	385,773	401,731	420,231	519,356	778,456	1,045,408	1,000,083
Egresos	307,486	316,028	329,022	349,529	365,493	382,449	401,073	514,917	771,380	1,023,347	989,280
Impacto en los egresos de la política V	0	-5,877	-6,024	-6,427	-6,660	-6,893	-7,132	-8,475	-11,032	-13,317	-15,254
Egresos modificados	307,486	310,150	322,998	343,102	358,833	375,557	393,941	506,442	760,348	1,010,030	974,026
Excedente (Déficit) del año	-3,791	-3,295	-4,374	-13,830	-17,207	-20,571	-23,205	-52,938	-92,797	-125,508	-137,971
Excedente (Déficit) del año modificado	-3,791	33,770	34,004	27,857	26,940	26,175	26,290	12,915	18,107	35,378	26,057
Incremento en RFA y RGFA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rendimiento de RFA y RGFA	2,395	4,172	4,402	4,504	4,612	4,728	5,629	6,685	9,430	13,302	18,763
Aportación al FCOLCLC ^{1/}	2,300	3,144	3,588	3,945	3,894	3,764	3,581	2,566	1,461	910	37
Rendimiento del FCOLCLC ^{1/}	337	2,351	2,236	1,538	1,818	2,104	2,774	4,506	8,145	12,500	18,047
Total reservas y rendimientos	5,032	9,667	10,225	9,986	10,324	10,596	11,983	13,756	19,036	26,712	36,848
Excedente (Déficit) del año modificado después de la creación de reservas	-8,823	24,104	23,779	17,871	16,616	15,579	14,307	-842	-928	8,666	-10,791
Transferencia neta entre reservas	699	12,961	14,599	-1,194	-1,223	-1,254	-1,492	-1,773	-2,500	-3,527	-4,975
Saldo del año en RO después de transferencias	-8,124	37,065	38,379	16,677	15,393	14,325	12,815	-2,614	-3,428	5,138	-15,766
Saldo Final de RO	0	37,065	38,379	16,677	15,393	14,325	12,815	-2,614	-3,428	5,138	-15,766
Disponibilidad de las Reservas Operativas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Flujo de efectivo	Años de suficiencia financiera	Años adicionales respecto al escenario base	Déficit financiero acumulado 2010-2050			
			Flujo		Valor Presente Neto	
			Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009	Millones de pesos de 2009	% del PIB 2009
Sin constituir reservas	41	41	-1,021,355	-7.8%	-494,552	-3.8%
Con fondeo de reservas	25	25	-177,751	-1.4%	-127,804	-1.0%
Reducción del déficit respecto al escenario base			4,517,781	34.5%	1,915,415	14.6%
Costo fiscal			110,190	0.8%	46,717	0.4%

^{1/} Del año 2010 en adelante no se consideran las aportaciones ni los rendimientos de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.
Fuente: IMSS.

Alcanzar una posición financiera como la que se presenta, no sólo permitiría garantizar la sustentabilidad del IMSS en el mediano plazo, sino liberar recursos que podrían destinarse a mejorar la cobertura y calidad de los servicios que ofrece.

XIII.3. Conclusiones

El panorama financiero del Instituto es desalentador en todo el horizonte de proyección, pues ya desde el 2009 se anticipa un déficit de flujo de efectivo después de constituir reservas por casi 2,843 millones de pesos. Bajo el supuesto de que no se tuvieran que destinar recursos para fondear las reservas durante los próximos años, la insuficiencia financiera del Instituto se presenta incluso desde 2010. Los resultados financieros por ramo de seguro presentados en los capítulos VI y VII de este Informe, así como sus similares en Informes anteriores, muestran que los ingresos derivados de los esquemas de financiamiento vigentes de los seguros que prestan servicios médicos son insuficientes para hacer frente a los crecientes gastos derivados de este tipo de prestaciones. Además, la LSS en vigor no establece cómo operar los seguros deficitarios cuando su desbalance es irreversible en las condiciones prevalecientes; simplemente prohíbe su financiamiento a partir de las Reservas Operativas de los seguros superavitarios.

Si bien es cierto que las medidas internas han tenido impactos positivos para las finanzas del Instituto y que se deben redoblar esfuerzos para prolongar sus beneficios, no se debe soslayar el análisis pendiente ante la sociedad en general, para definir propuestas que permitan a la institución revertir la negativa posición financiera que se vislumbra. Dichas políticas deberán ser acompañadas de compromisos específicos por parte del Instituto en términos de eficiencia y control del gasto en rubros prioritarios, así como de estrictos criterios de racionalidad y austeridad en áreas que no lo son.

El Instituto es actualmente el principal actor en el Sistema Nacional de Salud, lo que le confiere una gran responsabilidad en materia de servicios de atención médica y de seguridad del ingreso familiar. Es por ello que debe ser prioritario para nuestro país avanzar en la propuesta e implementación de políticas internas y externas que le permitan hacer más eficientes sus procesos con miras a impulsar la cobertura universal de salud.

CAPÍTULO XIV

RESPUESTA ANTE LA CONTINGENCIA EPIDEMIOLÓGICA

XIV. RESPUESTA ANTE LA CONTINGENCIA EPIDEMIOLÓGICA

La epidemia de influenza A H1N1 representó para México un reto de carácter histórico. El nuevo virus que atacó a nuestra población requirió de una respuesta responsable y oportuna. El impacto potencial de este virus emergente y el escaso conocimiento global del mismo, llevó al Instituto Mexicano del Seguro Social a fijar sus prioridades en la atención a la población y la contención de los contagios.

Por primera vez en la historia de la institución, y con fundamentos en la Ley del Seguro Social, a nivel nacional se mantuvieron abiertas las puertas de todas las unidades médicas del IMSS para atender a cualquier persona que demandara atención. Esta tarea, aunada a la articulación de una respuesta integrada del Sector Salud, implicó un reto operativo y de coordinación institucional que demandó estricta disciplina en los procesos y las comunicaciones.

Por ello, el IMSS dedicó buena parte del esfuerzo a reforzar sus capacidades para atender una creciente demanda. Este esfuerzo operativo en todo momento se vio acompañado de la generación de información epidemiológica oportuna, misma que se proporcionó de manera permanente a las autoridades sanitarias del país, a fin de avanzar rápidamente en el dimensionamiento del reto epidemiológico que se enfrentaba.

Como se detalla a lo largo de esta sección, gracias al esfuerzo de médicos, enfermeras, personal de apoyo y administrativo, el IMSS logró instrumentar una serie de acciones, mismas que contribuyeron a mantener en control la epidemia y, con ello, proteger la vida de la población en todo el país.

XIV.1. Acciones Emprendidas por el IMSS

XIV.1.1. Estrategia de comunicación

En coordinación con la Secretaría de Salud, se estableció un esquema de comunicación que orientó a la población sobre medidas preventivas y síntomas de la influenza. Al interior del Instituto, horas después de haberse dado a conocer la alerta epidemiológica, se hizo llegar al personal médico de todo el país material informativo relacionado con el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad.

Asimismo, se desarrolló un folleto informativo para orientar a la población sobre medidas preventivas y síntomas del nuevo virus. De igual forma, se estableció un sistema de flujo de información en un marco de transparencia y objetividad, con la finalidad de orientar correctamente a la población sobre las acciones a seguir durante la contingencia.

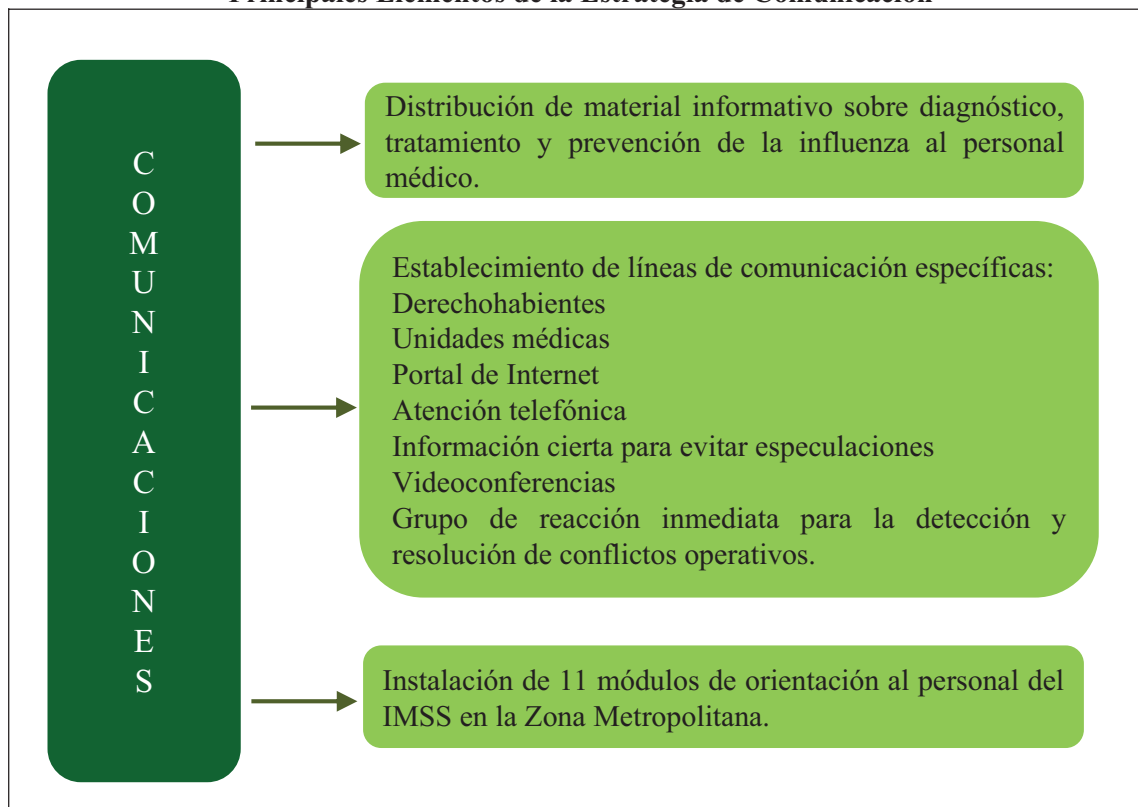
Como soporte al Centro Nacional de Atención Telefónica —el cual brindó apoyo sobre la epidemia— se capacitó y se puso a disposición del mismo a 60 enfermeras que coadyuvaron en dar respuesta a cerca de 4 millones de llamadas, orientando a la ciudadanía, además, en la ubicación de la unidad médica más cercana a su domicilio.

Desde oficinas centrales, se llevaron a cabo diariamente tres videoconferencias, en promedio, en conjunto con el cuerpo directivo de este Instituto, con las Delegaciones y con los Directores de las Unidades Médicas de Alta Especialidad, a fin de llevar un seguimiento puntual de la evolución de la epidemia, así como de las medidas de contención de la misma.

Con el objetivo de dar una respuesta oportuna y eficaz, desde el inicio se formó un grupo de reacción inmediata para la detección y resolución de las quejas y denuncias que se presentaran tanto por los medios de comunicación, como por los mecanismos institucionales. Esta iniciativa permitió agilizar la atención médica, así como detectar casos de servicio deficiente y proceder a su investigación y, en su caso, a la sanción correspondiente. Las quejas analizadas por este grupo fueron conducidas de manera personalizada. Las personas o medios que expusieron una queja fueron contactados y atendidos por personal administrativo y médico, en los casos que fue necesario.

Para reforzar la comunicación interna del Instituto se instalaron 11 módulos de orientación al personal del IMSS en la zona metropolitana de la Ciudad de México. En ellos se brindó información —verbal e impresa— sobre las medidas de higiene y de prevención para evitar posibles contagios y, en caso necesario, la canalización de personal al área médica para su atención, aplicación de vacuna o prueba de detección rápida. Lo anterior facilitó la salvaguarda de la salud de los trabajadores del Instituto que laboraron durante la emergencia.

Cuadro XIV.1
Principales Elementos de la Estrategia de Comunicación



XIV.1.2. Continuidad de los servicios de salud

Se tomaron medidas para enfrentar el incremento en la demanda de los servicios del Instituto. Por ello, se activó un proceso para realizar compras adicionales de los medicamentos y materiales de curación que ante la emergencia fueron utilizados por encima de los consumos promedio mensuales.

Se aseguró que las unidades médicas del Instituto contaran con los tratamientos antivirales Oseltamivir y Zanamivir, efectivos en contra de la influenza A H1N1. En ese marco, se adquirieron cerca de 475 mil tratamientos, de los cuales, hasta el 31 de mayo, se habían utilizado más de 55 mil en todo el país.

Para fortalecer la capacidad de respuesta en cada entidad de la República, se tomaron medidas para que cada Delegación y unidad médica contara con recursos humanos, equipo médico y material necesario para atender la situación. En ese sentido, destaca la adquisición de más de 1.1 millones de cubrebocas del tipo N95 y cerca de 12.5 millones de cubrebocas convencionales.

Acorde con las recomendaciones de las instituciones internacionales de salud, se buscó proteger de inmediato al personal médico del Instituto. Por ello, horas después de la contingencia se adoptaron las medidas preventivas pertinentes para la protección de más de 285 mil médicos, enfermeras y personal de apoyo que día a día fueron quienes realizaron la noble labor de atender a pacientes potencialmente contagiados por el virus.

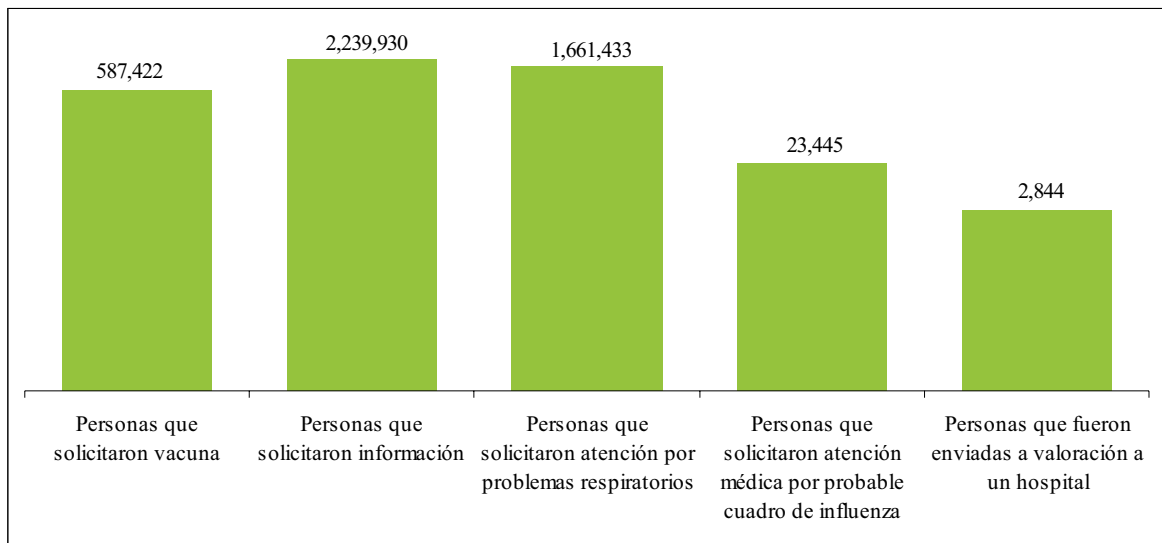
De esta forma, se vacunó a prácticamente 100 por ciento del personal vinculado a la labor médica del Instituto contra la influenza estacional, en apego a las condiciones éticas planteadas en la guía Preparación y Respuesta a la Pandemia de Influenza, publicada por la Organización Mundial de la Salud. Aun cuando se sabe que dichas vacunas no están diseñadas para prevenir la influenza A H1N1, esta acción tuvo como meta evitar que médicos, enfermeras o personal de apoyo fueran afectados por la influenza convencional.

Asimismo, se tomó la decisión de dotar del tratamiento antiviral al personal médico que por alguna razón no usó material de protección y estuvo en contacto con enfermos. Al 31 de mayo se habían enfermado 159 de los más de 285 mil trabajadores adscritos al área médica, de los cuales 40 resultaron positivos al virus de la influenza A H1N1.

Con la colaboración y asesoría de la Oficina Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, el IMSS elaboró la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Influenza A H1N1. El documento contiene las bases epidemiológicas y los criterios clínicos, diagnósticos y terapéuticos que permitió al personal profesional operativo institucional identificar el problema, limitar la expansión de la enfermedad y garantizar atención médica adecuada.

Conscientes de que el flujo de personas en unidades médicas incrementaría, se tomaron medidas para acelerar la atención, evitar aglomeraciones y, con ello, establecer una zona de selección y clasificación de pacientes. Para tal efecto, se instalaron módulos de atención al público, mismos que canalizaron de manera oportuna a pacientes y usuarios. Dichos módulos permitieron recabar información relevante, entre la que destaca que al 31 de mayo se habían atendido a más de 1.6 millones de personas con problemas respiratorios, de las cuales se canalizaron 24 mil por presentar síntomas de un probable cuadro de influenza.

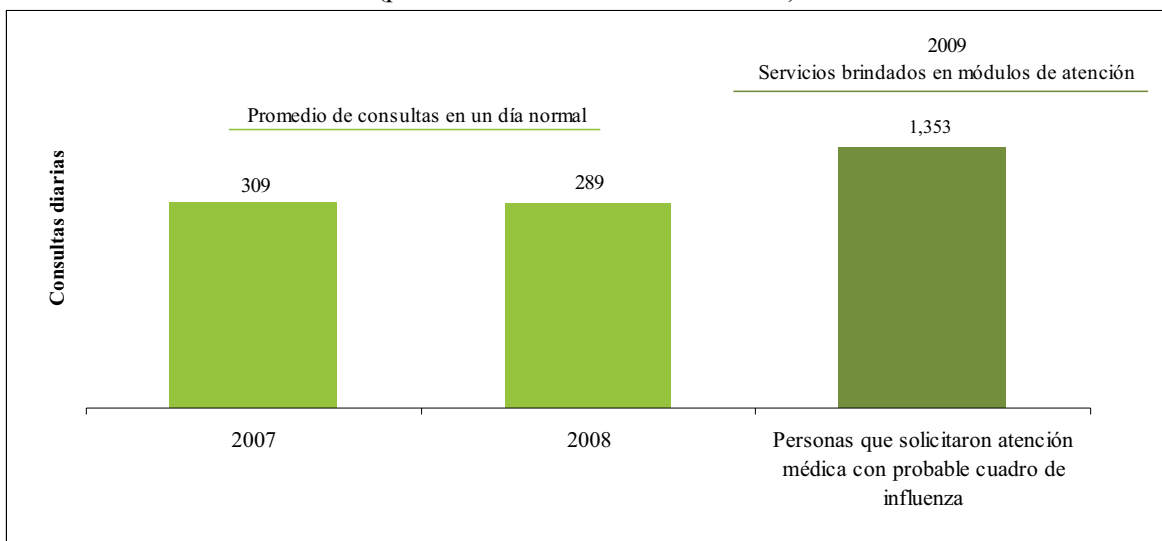
Gráfica XIV.1.
Solicitudes de Atención en el IMSS
(cifras acumuladas del 24 de abril al 31 de mayo de 2009)



Fuente: IMSS.

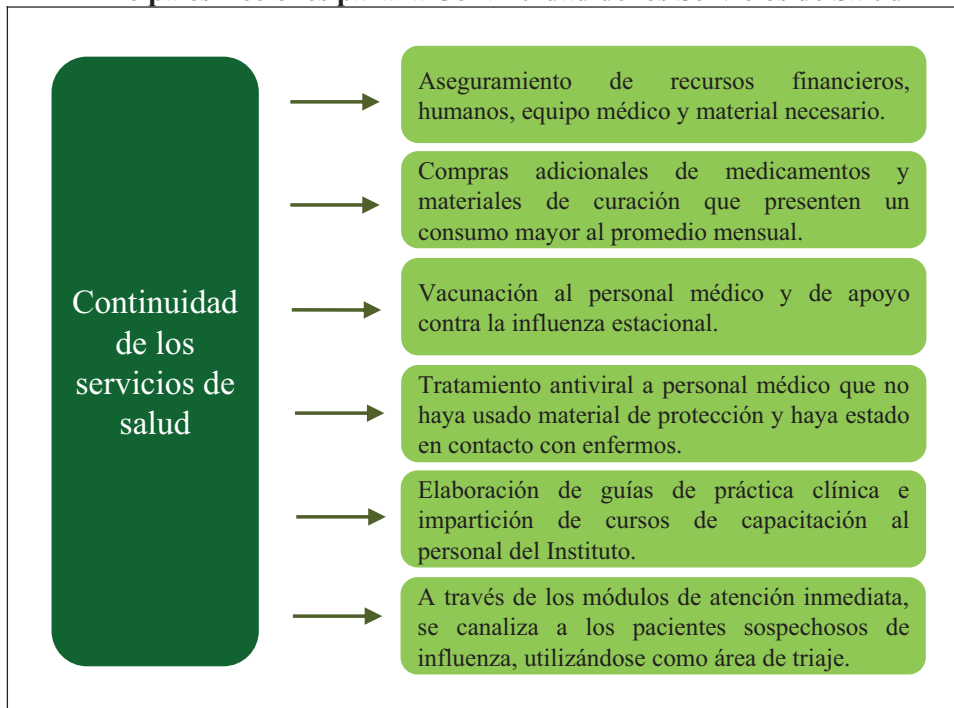
La demanda de atención médica se incrementó considerablemente durante la contingencia epidemiológica. Por ejemplo, durante el pasado mes de abril las consultas por influenza y neumonía aumentaron en más de 300 por ciento, en relación con los dos años anteriores. En abril de 2007 y 2008 se atendieron, en promedio, 309 y 289 personas diarias por influenza y neumonía, respectivamente; mientras que en el presente año este número aumentó a 1,353 personas al día, como se muestra en la gráfica XIV.2.

Gráfica XIV.2.
Consultas Diarias Atendidas por Influenza y Neumonía
(promedio diario en el mes de abril)



Fuente: IMSS.

Cuadro XIV.2.
Principales Acciones para la Continuidad de los Servicios de Salud



XIV.1.3. Medidas para evitar la propagación

Brindar atención oportuna y reducir el riesgo de contagio son acciones clave para evitar la propagación de cualquier epidemia. Por ello, se dispuso que todas las Unidades de Medicina Familiar, Hospitales y Unidades Médicas de Alta Especialidad permanecieran abiertas para atender a cualquier paciente que presentara un cuadro de emergencia, sin importar que fuera o no derechohabiente. De conformidad con lo establecido en el Artículo 216 A, fracción I, de la Ley del Seguro Social, que señala la obligatoriedad de atender a la población no derechohabiente en situaciones de emergencia nacional, regional o local, todas las unidades médicas del país recibieron instrucciones para atender a todas las personas que presentaran los síntomas de la influenza, sin condición ni cobro alguno.

Asimismo, del 30 de abril al 22 de mayo, se habilitaron 13 unidades móviles operadas por IMSS-Oportunidades. Cada una contó con dos consultorios atendidos, en su conjunto, por 48 médicos y 48 enfermeras que recibieron a cualquier persona que solicitara sus servicios. Dichas unidades abarcaron toda la zona geográfica del área metropolitana de la Ciudad de México. Con ello se redujo la carga de trabajo de los Hospitales Generales de Zona, y se reforzó la capacidad para detectar pacientes y prevenir la propagación del virus con mayor anticipación.

Cuadro XIV.3.
Productividad de las Unidades Médicas Móviles
 (del 30 de abril al 22 de mayo)

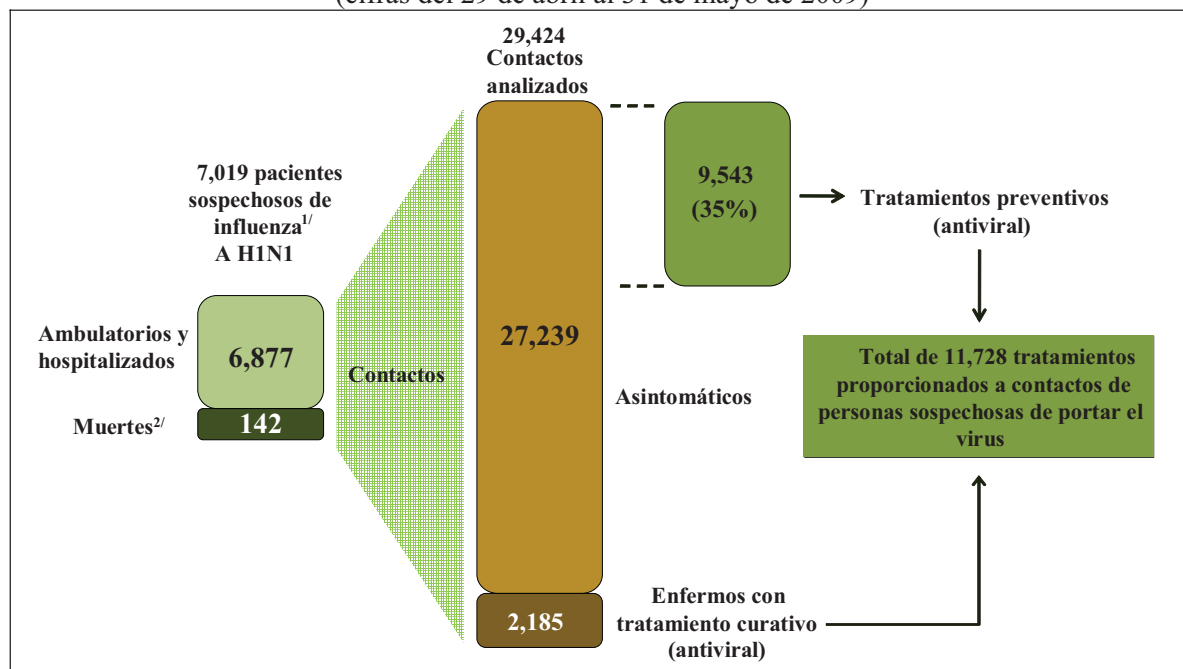
Total de consultas otorgadas	9,100
Derechohabientes atendidos	5,948
No derechohabientes atendidos	3,152
Pruebas rápidas realizadas	2,877

Fuente: IMSS.

En coordinación con la Secretaría de Salud, se dispuso una medida para la contención de la epidemia a través de un operativo nacional para que en cada entidad de la República se destinara personal médico, a fin de establecer contacto con las personas que conviven estrecha y cotidianamente con los pacientes que hubieran sido hospitalizados por neumonía en esos días. Hasta el 31 de mayo se habían establecido más de 29 mil contactos, de los cuales 93 por ciento resultó asintomático, en tanto que el resto ya presentaba síntomas.

Esta labor de detección y control de potenciales fue muy importante. Por ello, se recurrió a los medios de comunicación para que se sumaran a estas acciones y difundieran el llamado para que los familiares o gente cercana a los pacientes que padecieran o hubieran enfermado, se presentaran a su unidad médica más cercana.

Gráfica XIV.3.
Evolución de la Epidemia de Acuerdo con el Probable Número de Personas Contagiadas
 (cifras del 29 de abril al 31 de mayo de 2009)



^{1/} Sin resultados de prueba de laboratorio.

^{2/} Se reportan 142 defunciones, de las cuales tres están sujetas a validación.

Fuente: IMSS.

Se adquirió material de análisis rápido para la detección oportuna del virus de influenza. Este equipo permitió obtener mejor información sobre la presencia real del virus de influenza. Aun cuando después de la aplicación de dichas pruebas era necesario validar la presencia del virus de la influenza A H1N1 a través de pruebas más sofisticadas de laboratorio, esta iniciativa permitió administrar los medicamentos antivirales en una etapa temprana en aquellos pacientes que resultaron positivos en el análisis. Del 28 de abril al 31 de mayo se habían aplicado más de 39 mil pruebas rápidas en todo el país.

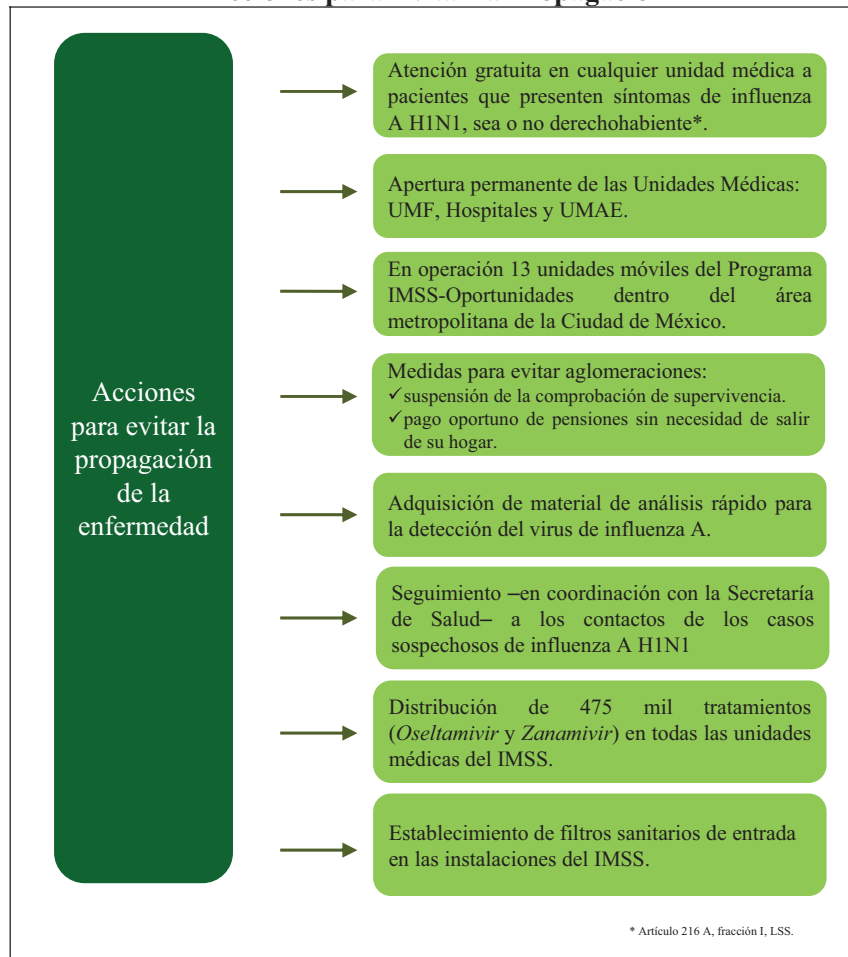
Ante la necesidad de contar con un sistema más oportuno de confirmación de la influenza A H1N1 se habilitó un laboratorio propio para la confirmación diagnóstica de este virus. Esta instalación complementa la intensa labor realizada por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, y ya contribuye a tener mayor información para la toma de importantes decisiones de salud pública en nuestro país.

Del mismo modo, se tomaron medidas para evitar aglomeraciones en cualquiera de las instalaciones del Instituto. A través de un Acuerdo emitido el 7 de mayo de 2009, se instruyó a las diversas áreas del Instituto a suspender trámites y servicios de carácter presencial en materia de incorporación y recaudación, así como de prestaciones económicas, sociales y guarderías.

Por ello, se cerraron temporalmente centros sociales, culturales y recreativos del Instituto y, con el fin de proteger a uno de los sectores más vulnerables de nuestra población, se suspendió la comprobación de supervivencia que tradicionalmente se lleva a cabo en instalaciones del Instituto. De esta manera, miles de personas recibieron sus pensiones oportunamente, sin necesidad de salir de sus hogares.

En el servicio de Guarderías se estableció un operativo nacional para que su reapertura viniera acompañada de procedimientos rigurosos de higiene, comunicación y supervisión, que han permitido salvaguardar la salud de las niñas y los niños que cotidianamente asisten a las mismas.

Cuadro XIV.4.
Acciones para Evitar la Propagación



XIV.1.4. Apoyo a la actividad productiva

El esfuerzo institucional por apoyar a los sectores productivos que se han visto afectados por esta situación extraordinaria, quedó asentado en el Acuerdo emitido por el Presidente de la República el 7 de mayo de 2009, al decretar la reducción del pago de las cuotas obrero-patronales hasta 20 por ciento durante los meses de mayo y junio, correspondientes a los Seguros de Riesgos de Trabajo, de Enfermedades y Maternidad, de Invalidez y Vida, y de Guarderías y Prestaciones Sociales. Lo anterior no implica un impacto negativo en las finanzas del Instituto, ya que dicha reducción en cuotas obrero-patronales será compensada mediante transferencia del Gobierno Federal.

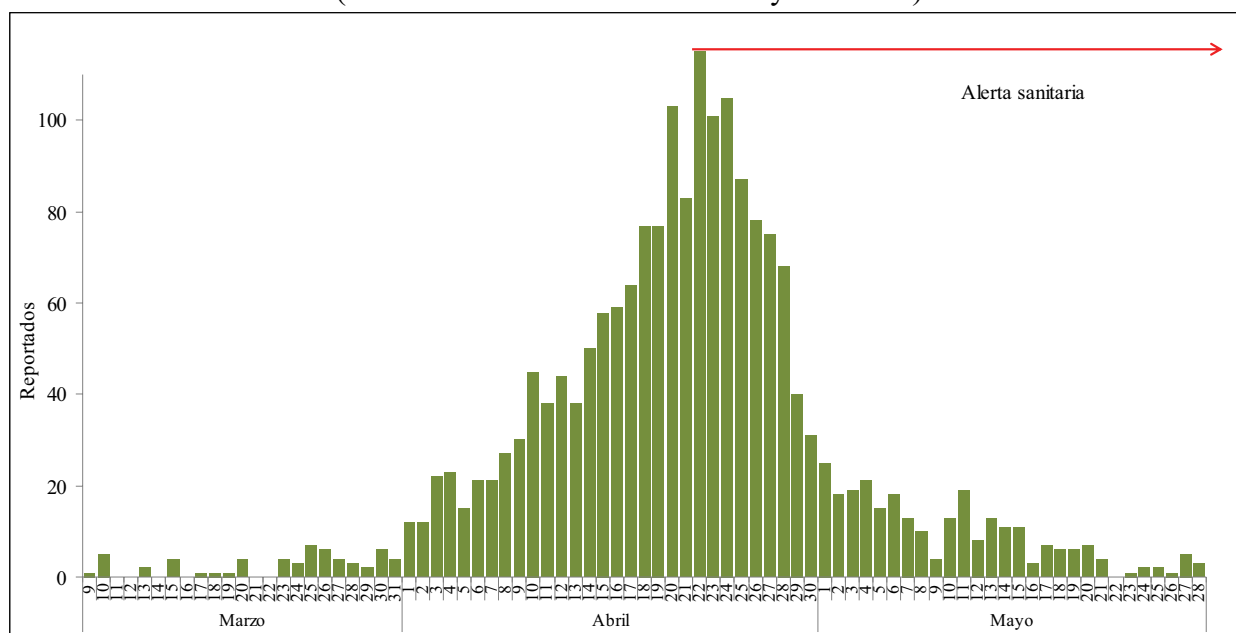
Como una medida más en apoyo a las empresas, el 14 de mayo de 2009, el titular del Ejecutivo instruyó al IMSS a que no imponga multa alguna por el retraso en el pago de las cuotas causadas en abril. A este beneficio se agrega la oportunidad para pagar en parcialidades 40 por

ciento del valor de las cuotas patronales causadas en los meses de mayo y junio. Todo lo anterior en adición a la exención de 20 por ciento anteriormente decretado.

XIV.2. Evolución y Tendencias

La respuesta frontal que se dio ante la contingencia tuvo un claro efecto sobre la evolución de la epidemia. A juzgar por la curva epidémica, que muestra el nivel de contagiosidad de los casos sospechosos, se observa que el nivel más alto se alcanzó el 22 de abril¹²⁴. Desde entonces, se hace evidente el impacto de las medidas preventivas instrumentadas en todo el país a través de una tendencia a la baja, tal y como se muestra en la gráfica XIV.4.

Gráfica XIV.4.
Casos Reportados por Fecha de Inicio de Cuadro Clínico
(cifras del 9 de marzo al 31 de mayo de 2009)



Fuente: IMSS.

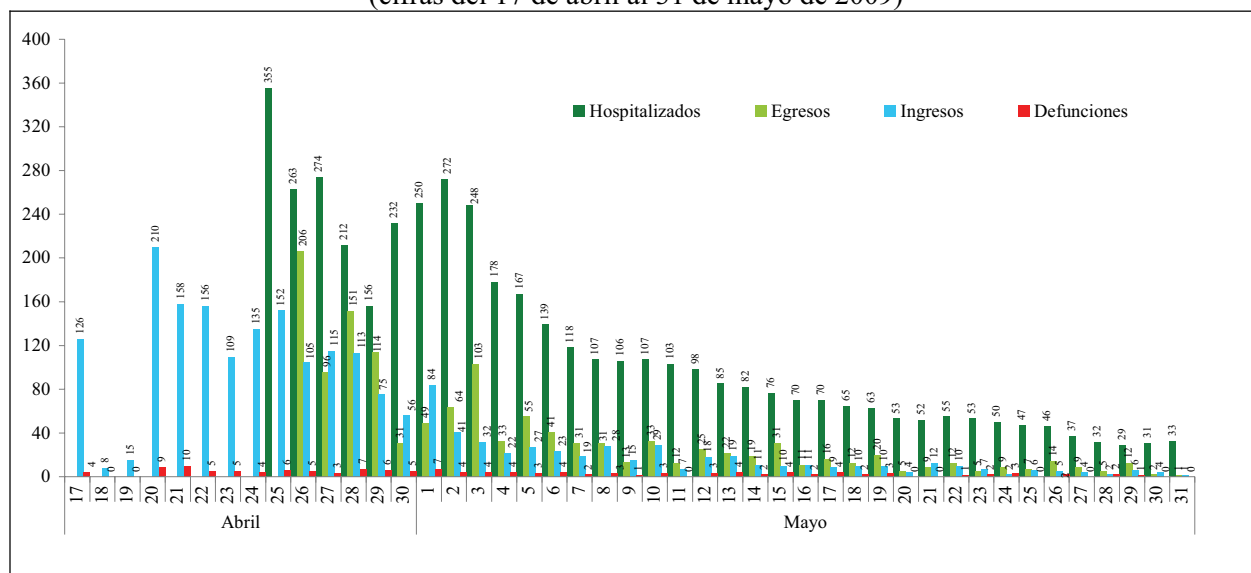
En relación con el número de personas que efectivamente contrajeron el virus de influenza A H1N1, al 31 de mayo habían resultado positivos 991 pacientes de un total de 41,850. De este

¹²⁴ El término “sospechosos” se refiere a todas las personas que presentaban algún cuadro o síntoma de influenza o neumonía atípica, pero sin una confirmación por parte del laboratorio de que en efecto se trataba de un caso de influenza A H1N1.

total, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) había confirmado un total de 46 defunciones por esta enfermedad.

Las medidas adoptadas en materia de comunicación y contención de la epidemia, en combinación con la atención oportuna proporcionada por el Instituto, contribuyeron a revertir la tendencia de los ingresos hospitalarios de casos sospechosos, observada hasta el 27 de abril. A partir de entonces y hasta el 31 de mayo, la tendencia de los nuevos ingresos, pacientes hospitalizados y defunciones sospechosas, ha venido descendiendo, como se observa en la gráfica XIV.5.

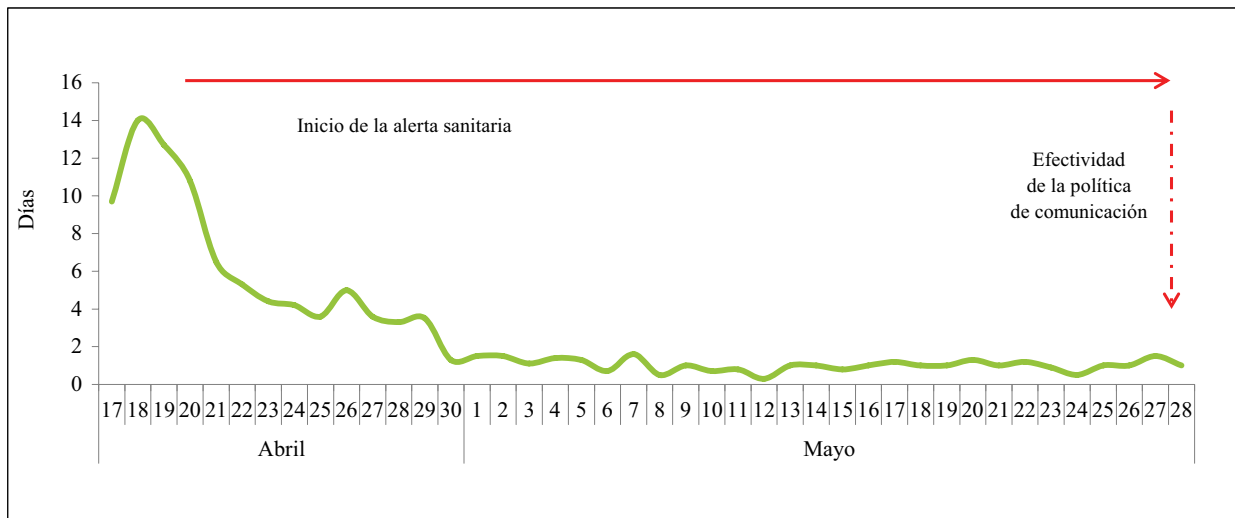
Gráfica XIV.5.
Hospitalización, Egresos y Defunciones de Casos Sospechosos
(cifras del 17 de abril al 31 de mayo de 2009)



Fuente: IMSS.

El decremento observado en las defunciones se encuentra asociado a la atención oportuna que se ha brindado. Como se observa en la gráfica XIV.6, al 28 de mayo la población acudió al IMSS prácticamente entre 12 y 24 horas después de la aparición de los síntomas. Esta situación se compara favorablemente con los 12 días que, en promedio, tomaban los derechohabientes en acudir a la unidad médica, hasta antes de la contingencia. La oportunidad en el tratamiento combinada con la efectividad de los antivirales contra la influenza A H1N1 –la cual aumenta si son aplicados dentro de las primeras 48 horas desde que aparecen los primeros síntomas– contribuyó a reducir el número de defunciones.

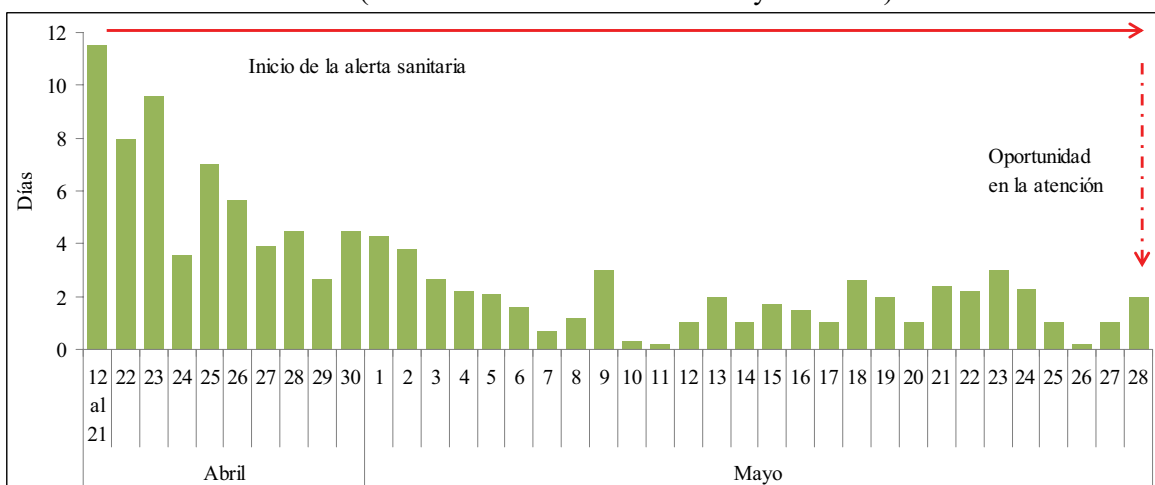
Gráfica XIV.6.
Promedio de Días Transcurridos del Inicio del Cuadro Clínico Hasta el Internamiento
(cifras del 17 de abril al 31 de mayo de 2009)



Fuente: IMSS.

De esta forma, la efectividad de la política de comunicación instrumentada –que incentivó a la población a acudir a una unidad médica tan pronto presentara síntomas–, así como la movilización de recursos por parte del Instituto, que permitieron brindar una respuesta adecuada a la población, han resultado, también, en una reducción de los días de estancia promedio hospitalaria ante la alerta sanitaria. Antes de ésta, los días de estancia promedio de los casos probables eran de ocho días. Actualmente, los días de estancia promedio de una persona que permanece en el hospital se ha reducido, alcanzando niveles similares a los de un tratamiento ambulatorio, como se presenta en la gráfica XIV.7.

Gráfica XIV.7.
Promedio de Días de Estancia por Neumonía, Según Fecha de Ingreso, IMSS Nacional
(cifras del 12 de abril al 31 de mayo de 2009)



Fuente: IMSS.

XIV.3. Compromiso Institucional

Todas y cada una de las acciones que se han informado, han tenido el propósito de velar por la salud de los mexicanos en un marco de responsabilidad y eficacia institucional. Estratégicamente, se consideró que la atención al paciente enfermo era fundamental, pero, además, tan importante como garantizar que no enfermaran más personas. Por eso, la comunicación educativa con la población y el contacto preventivo con las personas cercanas de quienes enfermaron se convirtieron en acciones de mayor relevancia.

Asimismo, todo este proceso estuvo asistido con la obtención creciente de información epidemiológica que hoy permite reforzar la estrategia preventiva del IMSS ante posibles contingencias futuras.

Una vez asegurada la salud de la población, el IMSS también se sumó operativamente a las acciones orientadas a impulsar la economía nacional.

El IMSS representa la suma de las visiones de los sectores económicos nacionales. Este carácter tripartita que le permite generar sinergia entre el gobierno, los trabajadores y el sector patronal ha sido un motor de unidad y se ha convertido en un referente de las capacidades que puede desarrollar la nación cuando hay comunión de intereses. Esta dinámica permitió integrar una respuesta eficaz ante la emergencia y, con ello, dar aliento y salvaguarda a la salud de millones de mexicanos.

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Página

Capítulo I

Gráfica I.1.	Población por Condición de Aseguramiento, 2008.....	3
Gráfica I.2.	Distribución de Afiliados al IMSS, Según Tipo de Régimen, 2008	5

Capítulo II

Gráfica II.1.	Número de Trabajadores Afiliados al IMSS.....	24
Gráfica II.2.	Indicadores de la Actividad Económica Coincidente y Adelantado y Trabajadores Permanentes y Eventuales Urbanos Afiliados al IMSS, 1992-2008	25
Gráfica II.3.	Variación Anual PIB Real y Variación Anual de Trabajadores Afiliados al IMSS, Serie Original y Tendencia, 1993-2008	25
Gráfica II.4.	Pensionados y Variación Anual, 1997-2008.....	26
Gráfica II.5.	Relación de Trabajadores Asegurados en el IMSS Respecto a los Pensionados, 1973-2008	27
Gráfica II.6.	Asegurados No Trabajadores Excluyendo Pensionados, 1998-2008.....	28
Gráfica II.7.	Porcentaje de Trabajadores Cubiertos por el IMSS, por Rama de Actividad, 2008	31
Gráfica II.8.	Porcentaje de Trabajadores Asegurados por el IMSS, por Tamaño de Empresa y Género, 2008	31
Gráfica II.9.	Razón de Trabajadores Eventuales Urbanos vs. Permanentes, 2002-2008	33
Gráfica II.10.	Niños Inscritos, Capacidad Instalada y Trabajadoras Beneficiadas con los Servicios de Guardería, 2000-2008	40
Gráfica II.11.	Expansión de la Capacidad Instalada y Porcentaje de Cobertura, 1993-2008	41
Gráfica II.12.	Transición Demográfica en Población de 65 y más Años, México e IMSS, 1991-2050	43

Gráfica II.13.	Distribución por Edades de la Población de México y de los Derechohabientes del IMSS, 2008	44
Gráfica II.14.	Crecimiento Promedio Anual de la Población de México y de los Derechohabientes del IMSS por Grupos de Edades, 2000-2008.....	44
Gráfica II.15.	Proyección de la Estructura Demográfica de los Derechohabientes del IMSS.....	45
Gráfica II.16.	Participación de los Grupos de Edad Epidemiológicos de la Población Derechohabiente, 1991-2008.....	47
Gráfica II.17.	Participación de los Distintos Grupos de Edad en la Mortalidad del IMSS, 1976-2008.....	48
Gráfica II.18.	Tasa de Morbilidad y Mortalidad por VIH/SIDA, IMSS, 1983-2008.....	49
Gráfica II.19.	Mortalidad Proporcional por Causas Seleccionadas, IMSS, 1976-2008..	50
Gráfica II.20.	Participación de las Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en la Mortalidad, 1985-2015	51
Gráfica II.21.	Demanda de Atención Hospitalaria por Grupos de Edad, 1986-2008	53
Gráfica II.22.	Demanda de Consulta Externa de Medicina Familiar por Grupos de Edad, 1986-2008.....	54
Gráfica II.23.	Tendencia de la Mortalidad en Niños Menores de Cinco Años de Edad, Población Derechohabiente y No Derechohabiente, 2000-2008	56
Gráfica II.24.	Coberturas de Detección de Diversos Padecimientos, Mujeres de 20 a 59 Años, 2002-2008	59
Gráfica II.25.	Coberturas de Detección de Cáncer Cérvico-Uterino, Mujeres de 25 a 64 Años, 2002-2008	60
Gráfica II.26.	Mortalidad por Cáncer Cérvico-Uterino, Población Derechohabiente y No Derechohabiente, 2000-2008	60
Gráfica II.27.	Mortalidad por Cáncer de Mama, Población Derechohabiente y No Derechohabiente, 2000-2008	61
Gráfica II.28.	Coberturas de Detección de Diversos Padecimientos en Hombres de 20 a 59 Años, 2002-2008.....	63
Gráfica II.29.	Mortalidad por Tuberculosis Pulmonar, Población Derechohabiente y No Derechohabiente, 1991-2008	64

Gráfica II.30.	Coberturas de Detección de Padecimientos en Adultos Mayores de 59 Años, 2002-2008	65
Gráfica II.31.	Programas Preventivos de Seguridad e Higiene en Empresas Afiliadas y Centros Laborales, IMSS, 2004-2008	68
Gráfica II.32.	Incapacidades de Trabajadores IMSS y de Empresas Afiliadas por Ramo de Seguro, 2007-2008.....	70
Gráfica II.33.	Tasa de Partos por Mil Mujeres en Edad Fértil Adscritas a Médico Familiar, 2000-2008	75
Gráfica II.34.	Tendencia de la Mortalidad Materna, 2000-2008	76
Gráfica II.35.	Tendencia de la Mortalidad Perinatal, IMSS, 2000-2008	78
Gráfica II.36.	Mortalidad Fetal Tardía y Hebdomadal, IMSS, 2007-2008	79
Gráfica II.37.	Porcentaje del Gasto Administrativo Respecto al Gasto Total en Salud ..	89
Gráfica II.38.	Distribución de la PEA Ocupada que Tiene Seguro Popular.....	93
Gráfica II.39.	Distribución por Edad de la Población que Debería Tener IMSS y Tiene Seguro Popular	97

Capítulo III

Gráfica III.1.	Comparativo del Vector de Densidad de Cotización por Edad Aplicado en las Valuaciones Actuariales del IMSS y el Obtenido con la Base de Datos de la CONSAR.....	112
Gráfica III.2.	Financiamiento de los Montos Constitutivos por los Saldos Acumulados en las Cuentas Individuales, Seguro de Riesgos de Trabajo	117
Gráfica III.3.	Financiamiento de los Montos Constitutivos por los Saldos Acumulados en las Cuentas Individuales, Seguro de Invalidez y Vida....	125
Gráfica III.4.	Costos Médicos Unitarios Anuales, Promedio y por Grupo de Edad	131
Gráfica III.5.	Relación del Número de Asegurados Activos Respecto al Número de Pensionados Vigentes.....	133
Gráfica III.6.	Comportamiento de la Prima de Gastos Médicos de Pensionados	135
Gráfica III.7.	Financiamiento de las Pensiones Definitivas, Ley de 1973 y Ley de 1997.....	139
Gráfica III.8.	Elementos que inciden en el Costo de las Sumas Aseguradas.....	140

Gráfica III.9.	Eventos que Generan una Prestación en Dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo	142
Gráfica III.10.	Eventos que Generan una Prestación en Dinero en el Seguro de Invalidez y Vida.....	143
Gráfica III.11.	Casos y Montos Constitutivos de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida.....	146

Capítulo IV

Gráfica IV.1.	Primas de Contribución, de Reparto y Nivelada del SEM-Asegurados, 2009-2050	153
Gráfica IV.2.	SBC de Contribución y SBC de Equilibrio del SEM-Asegurados, 2009-2050	154
Gráfica IV.3.	Primas de Contribución, de Reparto y Nivelada de GMP, 2009-2050.....	155
Gráfica IV.4.	SBC de Contribución y SBC de Equilibrio del Ramo de GMP, 2009-2050	156
Gráfica IV.5.	Composición del Déficit Proyectado para el SEM-Total, 2009-2050.....	157
Gráfica IV.6.	Primas de Contribución, de Reparto y Nivelada del SEM-Total, 2009-2050	158
Gráfica IV.7.	SBC de Contribución y SBC de Equilibrio del SEM-Total, 2009-2050 ..	159
Gráfica IV.8.	Primas de Contribución, de Reparto y Nivelada del SGPS, 2009-2050...	160
Gráfica IV.9.	SBC de Contribución y SBC de Equilibrio del SGPS, 2009-2050	161
Gráfica IV.10.	Primas de Contribución, de Reparto y Nivelada del SSFAM, 2009-2050	162
Gráfica IV.11.	SBC de Contribución y SBC de Equilibrio del SSFAM, 2009-2050	163

Capítulo V

Gráfica V.1.	Distribución de los Trabajadores Valuados al 31 de Diciembre de 2008, Bajo las Prestaciones del RJP, por Tipo de Contratación y Sexo.....	175
Gráfica V.2.	Pirámide Poblacional por Edad de los Trabajadores Valuados, al 31 de Diciembre de 2008.....	177

Gráfica V.3.	Pirámide Poblacional por Antigüedad de los Trabajadores Valuados, al 31 de Diciembre de 2008	178
Gráfica V.4.	Incremento Neto en el Número de Plazas Ocupadas, 1977–2008	180
Gráfica V.5.	Flujo de Gasto Anual del RJP Total y a Cargo del IMSS Patrón	182
Gráfica V.6.	Pasivo Laboral del IMSS, 1999-2008	187
Gráfica V.7.	Pasivo Laboral de los Trabajadores Activos Incorporados al IMSS antes del 12 de Agosto de 2004 y de los Jubilados y Pensionados Actuales, Bajo la NIF D-3 y la Metodología del Boletín D-3	188
Gráfica V.8.	Pirámide Poblacional por Edad de los Trabajadores de la Subcuenta 2, al 31 de Diciembre de 2008	194
Gráfica V.9.	Pirámide Poblacional por Antigüedad de los Trabajadores Valuados, al 31 de Diciembre de 2008	194
Gráfica V.10.	Aportaciones Anuales de los Trabajadores y Pagos Anuales por Pensiones y Jubilaciones	197
Gráfica V.11.	Financiamiento del Gasto del RJP, 1966-2008	204
Gráfica V.12.	Financiamiento del Gasto del RJP, 1966-2008	205
Gráfica V.13.	Aportaciones Acumuladas al Fondo Laboral y Gasto Total del RJP, 1966-2008	206
Gráfica V.14.	Fuentes de Financiamiento del Gasto Total en el RJP, 2009	208
Gráfica V.15.	Fuentes de los Recursos del IMSS-Patrón para el RJP, 2009	209

Capítulo VII

Gráfica VII.1.	Excedente (Déficit) de Operación 2008-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	237
Gráfica VII.2.	Resultado de Ingreso/Gasto por Ramo de Seguro, 2002-2008	240
Gráfica VII.3.	Estado de Resultados del Seguro de Riesgos de Trabajo 2008-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	242
Gráfica VII.4.	Estado de Resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad 2008-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	244

Gráfica VII.5.	Estado de Resultados del Seguro de Invalidez y Vida 2008-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	246
Gráfica VII.6.	Estado de Resultados del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales 2008-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	249
Gráfica VII.7.	Estado de Resultados del Seguro de Salud para la Familia 2008-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	251

Capítulo VIII

Gráfica VIII.1.	Aportación del Régimen Obligatorio a los Ingresos del IMSS, 2008	257
Gráfica VIII.2.	Aportación del Régimen Voluntario a los Ingresos del IMSS, 2008	258
Gráfica VIII.3.	Evolución de los Ingresos Obrero-Patronales, 2005-2008	261
Gráfica VIII.4.	Evolución de Cotizantes, 2005-2008	265
Gráfica VIII.5.	Registros Patronales y Cotizantes por Tamaño de Registro Patronal, 2008	266
Gráfica VIII.6.	Trabajadores Eventuales del Campo, 2005-2008	268
Gráfica VIII.7.	Patrones de Trabajadores Eventuales del Campo Adheridos al Decreto por el que se Otorgan Beneficios Fiscales a los Patrones y Trabajadores Eventuales del Campo, Diciembre 2008	269
Gráfica VIII.8.	Salario Base de Cotización, 2008	272
Gráfica VIII.9.	Relación entre la Tasa de Crecimiento Promedio Anual del SBC y el SBC NVSM por Delegación.....	273
Gráfica VIII.10.	SBC en NVSM por Entidad Federativa, 2008.....	274
Gráfica VIII.11.	Cotizantes por Rango Salarial, IMSS vs. INEGI, 2008.....	277
Gráfica VIII.12.	Cotizantes con SBC de hasta una vez el Salario Mínimo, 2000-2008	277
Gráfica VIII.13.	Distribución de la EMA por Medio de Notificación, 2008	280
Gráfica VIII.14.	Evolución de los Índices de Pago, 2005-2008.....	285
Gráfica VIII.15.	Variación Anual en el Índice de Pago Oportuno, 2007-2008.....	286
Gráfica VIII.16.	Variación Anual en el Índice de Pago a Segundo Mes, 2007-2008	286
Gráfica VIII.17.	Saldo de la Cartera en Mora, 2006-2008	288

Capítulo IX

Gráfica IX.1.	Proceso Integral de Inversión de las Reservas y el Fondo Laboral.....	298
Gráfica IX.2.	Evolución del Saldo Contable de las Reservas y el Fondo Laboral.....	301
Gráfica IX.3.	Evolución del Saldo Contable del Fondo Laboral	302
Gráfica IX.4.	Índice RGFA vs. <i>Benchmark</i>	309
Gráfica IX.5.	Índice RFA vs. <i>Benchmark</i>	310
Gráfica IX.6.	Índice Subcuenta 1 vs. <i>Benchmark</i>	310
Gráfica IX.7.	Índice Subcuenta 2 vs. <i>Benchmark</i>	311

Capítulo X

Gráfica X.1.	Condición del Estado Físico de Inmuebles, Instalaciones y su Equipo por Nivel de Atención, Diciembre 2008	324
Gráfica X.2.	Programa IMSS-Oportunidades. Distribución del Estado Físico de Inmuebles, Equipos e Instalaciones por Nivel de Atención, 2008.....	327
Gráfica X.3.	Programa IMSS-Oportunidades. Situación que Guardan el Estado Físico de Inmuebles, Equipos Electromecánicos e Instalaciones por Nivel de Atención, 2008	328
Gráfica X.4.	Distribución del Estado Físico de Inmuebles en Unidades No Médicas, Diciembre 2008.....	330
Gráfica X.5.	Indicador del Estado Físico de los Inmuebles, Equipos e Instalaciones en Unidades No Médicas, Diciembre 2008.....	331
Gráfica X.6.	Crecimiento de la Población Derechohabiente Usuaria y Recursos para la Inversión en Equipo Médico, 1989-2008.....	332

Capítulo XI

Gráfica XI.1.	Asuntos en Trámite por Proceso, Diciembre 2008	361
Gráfica XI.2.	Juicios Civiles, Mercantiles y Procedimientos Especiales Concluidos	365
Gráfica XI.3.	Comparativo de Asuntos en Trámite, Diciembre 2007-Diciembre 2008 .	367

Gráfica XI.4.	Comparativo de Laudos Favorables al IMSS, Diciembre 2003-Diciembre 2008	370
Gráfica XI.5.	Comparativo de Juicios Laborales en Trámite, Diciembre 2003-Diciembre 2008	371
Gráfica XI.6.	Juicios Laborales por Fase.....	372
Gráfica XI.7.	Juicios Laborales en Trámite, Radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.....	372
Gráfica XI.8.	Porcentaje de Laudos Favorables Notificados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.....	373
Gráfica XI.9.	Nuevas Demandas Notificadas por las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	373
Gráfica XI.10.	Comportamiento de los Juicios Fiscales en Trámite, Diciembre 2003-Diciembre 2008	374
Gráfica XI.11.	Comportamiento de las Demandas Notificadas, Diciembre 2003-Diciembre 2008	375
Gráfica XI.12.	Juicios Fiscales Concluidos	375
Gráfica XI.13.	Sentido de las Sentencias Emitidas por el Poder Judicial de la Federación	376
Gráfica XI.14.	Recursos de Inconformidad en Trámite, Diciembre 2003-Diciembre 2008	379
Gráfica XI.15.	Estimación de la Estructura del Gasto Médico en 2009 por Padecimiento	383
Gráfica XI.16.	Estimación de la Descomposición del Impacto Financiero para el IMSS de Cada Padecimiento por Transición Demográfica y por Incremento de los Costos de Atención Médica en 2050.....	385
Gráfica XI.17.	Comparativo del Gasto Médico Estimado de los Seis Padecimientos en los Escenarios Base y Catastrófico, 2009-2050.....	388

Capítulo XII

Gráfica XII.1.	Satisfacción de la Población Atendida en la Consulta Externa en Unidades Médicas del Programa IMSS-Oportunidades	399
----------------	--	-----

Gráfica XII.2.	Satisfacción en Tiempo de Espera de Pacientes para ser Atendidos en el Servicio de Urgencias en Hospitales Rurales del Programa IMSS-Oportunidades	399
Gráfica XII.3.	Atención Médica Efectiva IMSS-Oportunidades.....	400
Gráfica XII.4.	Indicadores de Calidad por Enfermería.....	400

Capítulo XIV

Gráfica XIV.1.	Solicitudes de Atención en el IMSS.....	453
Gráfica XIV.2.	Consultas Diarias Atendidas por Influenza y Neumonía	453
Gráfica XIV.3.	Evolución de la Epidemia de Acuerdo con el Probable Número de Personas Contagiadas.....	455
Gráfica XIV.4.	Casos Reportados por Fecha de Inicio de Cuadro Clínico.....	458
Gráfica XIV.5.	Hospitalización, Ingresos, Egresos y Defunciones de Casos Sospechosos	459
Gráfica XIV.6.	Promedio de Días Transcurridos del Inicio del Cuadro Clínico Hasta el Internamiento	460
Gráfica XIV.7.	Promedio de Días de Estancia por Neumonía, Según Fecha de Ingreso, IMSS Nacional	460

ÍNDICE DE CUADROS

Página

Capítulo I

Cuadro I.1.	Servicios Otorgados en el Sistema Nacional de Salud	4
Cuadro I.2.	Promedio de Servicios Médicos Otorgados en un Día Típico.....	4
Cuadro I.3.	Cobertura y Prestaciones por Ramo de Aseguramiento del Régimen Obligatorio.....	7
Cuadro I.4.	Cobertura y Prestaciones del Régimen Voluntario.....	8
Cuadro I.5.	Esquema de Financiamiento de los Seguros del Régimen Obligatorio en 2008	9
Cuadro I.6.	Esquema de Financiamiento del Seguro de Salud para la Familia.....	10
Cuadro I.7.	Tasa de Contribución por Ramo de Seguro en 2008 como porcentaje del SBC.....	11
Cuadro I.8.	Misión Institucional	12
Cuadro I.9.	Enfoque Estratégico: Ejes Rectores.....	13

Capítulo II

Cuadro II.1.	Crecimiento del PIB por Sector y Rama de Actividad Económica, 2000-2008	30
Cuadro II.2.	Crecimiento de la Población Ocupada por Sector y Rama de Actividad Económica, 2000-2008	30
Cuadro II.3.	Población Ocupada (PO) No Obligada a Ser Afiliada al IMSS, 2008	32
Cuadro II.4.	Trabajadores Subordinados y Remunerados que Deberían Estar Afiliados al IMSS y No lo Están, 2008	34
Cuadro II.5.	Trabajadores Subordinados y Remunerados que Deberían Estar Afiliados al IMSS y No lo Están, por Tipo de Contrato, 2008.....	35
Cuadro II.6.	Trabajadores Subordinados y Remunerados que Deberían Estar Afiliados al IMSS y no lo Están, por Tamaño de Empresa, 2008	35

Cuadro II.7.	Trabajadores Subordinados y Remunerados que Deberían Estar Afiliados al IMSS y No lo Están, por Tipo de Local de Trabajo, 2008....	36
Cuadro II.8.	Trabajadores Subordinados y Remunerados que Deberían Estar Afiliados al IMSS y No lo Están, por Rama de Actividad y Ocupación, 2008.....	37
Cuadro II.9.	Tasa de Participación Económica Femenina por Grupos de Edad, 1991-2008	38
Cuadro II.10.	Número de Guarderías y Capacidad Instalada por Tipo de Guardería, 2000-2008	39
Cuadro II.11.	Uso de los Servicios de Salud en el IMSS, 1944-2008.....	52
Cuadro II.12.	Incapacidades de Trabajadores IMSS y de Empresas Afiliadas por Ramo de Seguro, 2007-2008.....	69
Cuadro II.13.	Líneas de acción de los Servicios de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS.....	71
Cuadro II.14.	Estimación de Costos No Realizados por el IMSS Ante Partos Evitados Atribuibles al Aumento Durante 2008 del Uso de Métodos Anticonceptivos Entre la Derechohabiente del IMSS	74
Cuadro II.15.	Tendencia en la Mortalidad Materna, IMSS	77
Cuadro II.16.	Proporción de las Defunciones Hebdomadales con Relación al Total de Infantiles, IMSS, 2008	80
Cuadro II.17.	Sistema Nacional de Salud.....	88
Cuadro II.18.	Trabajadores Subordinados y Remunerados que por LSS Deberían Estar Afiliados al IMSS y Cuentan con Seguro Popular.....	94
Cuadro II.19.	Trabajadores Subordinados y Remunerados que por LSS Deberían Estar Afiliados al IMSS y Cuentan con Seguro Popular, por Tamaño de la Unidad Económica	94
Cuadro II.20.	Diferencial en Cuotas IMSS y SP, 2008	95

Capítulo III

Cuadro III.1.	Principales Indicadores de la Población Sujeta a las Valuaciones Actuariales.....	104
---------------	---	-----

Cuadro III.2.	Beneficios Valuados en los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida	106
Cuadro III.3.	Hipótesis Demográficas y Financieras de las Valuaciones Actuariales ...	107
Cuadro III.4.	Árbol de Decisión del Seguro de Riesgos de Trabajo	109
Cuadro III.5.	Árbol de Decisión del Seguro de Invalidez y Vida	110
Cuadro III.6.	Resumen de las Proyecciones Demográficas de la Valuación Actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	114
Cuadro III.7.	Resumen de las Proyecciones Financieras de la Valuación Actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	115
Cuadro III.8.	Balance Actuarial a 100 Años del Seguro de Riesgos de Trabajo al 31 de Diciembre de 2008.....	118
Cuadro III.9.	Resultados del Escenario Base y de los Escenarios de Sensibilización de la Valuación Actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	119
Cuadro III.10.	Resumen de Proyecciones Demográficas de la Valuación Actuarial del Seguro de Invalidez y Vida	122
Cuadro III.11.	Resumen de Proyecciones de Gasto de la Valuación Actuarial del Seguro de Invalidez y Vida	123
Cuadro III.12.	Balance Actuarial a 100 Años del Seguro de Invalidez y Vida al 31 de Diciembre de 2008.....	126
Cuadro III.13.	Resultados de los Escenarios de Sensibilización de la Valuación Actuarial del Seguro de Invalidez y Vida.....	127
Cuadro III.14.	Costos Médicos Unitarios Anuales por Grupo de Edad	130
Cuadro III.15.	Resumen de las Proyecciones Demográficas de la Valuación Actuarial del Ramo de GMP del SEM al 31 de diciembre de 2008.....	132
Cuadro III.16.	Resumen de las Proyecciones Financieras de la Valuación Actuarial del Ramo de GMP del SEM al 31 de diciembre de 2008.....	134
Cuadro III.17.	Valor Presente del Déficit del Seguro de Gastos Médicos de Pensionados	136
Cuadro III.18.	Balance Actuarial a 100 Años del Ramo de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad al 31 de diciembre de 2008	137
Cuadro III.19.	Primas de Financiamiento Requeridas para GMP.....	138

Cuadro III.20.	Evolución de las Rentas Vitalicias y de los Montos Constitutivos Otorgados en el Seguro de Riesgos de Trabajo	144
Cuadro III.21.	Evolución de las Rentas Vitalicias y de los Montos Constitutivos Otorgados en el Seguro de Invalidez y Vida.....	145

Capítulo IV

Cuadro IV.1.	Esquema de Financiamiento de los Seguros de Enfermedades y Maternidad y de Guarderías y Prestaciones Sociales.....	150
Cuadro IV.2.	Esquema de Financiamiento del SSFAM	151
Cuadro IV.3.	Proyección de Ingresos, Gastos y Déficit del SEM-Asegurados, 2009-2050	153
Cuadro IV.4.	Proyección de Ingresos, Gastos y Déficit del Ramo de GMP, 2009-2050	155
Cuadro IV.5.	Proyección de Ingresos, Gastos y Déficit del SEM-Total, 2009-2050	157
Cuadro IV.6.	Proyección de Ingresos, Gastos y Déficit del SGPS 2009-2050.....	159
Cuadro IV.7.	Proyección de Ingresos, Gastos y Déficit del Seguro de SSFAM, 2009-2050	161
Cuadro IV.8.	Primas y Salarios Promedio de 2009 a 2050 de los Seguros de Enfermedades y Maternidad, de Guarderías y Prestaciones Sociales, y de Salud para la Familia	163

Capítulo V

Cuadro V.1.	Agrupación de los Beneficios Valuados Conforme a la NIF D-3.....	171
Cuadro V.2.	Supuestos Utilizados en la Valuación Actuarial del RJP y Prima de Antigüedad al 31 de diciembre de 2008.....	173
Cuadro V.3.	Principales Indicadores por Rangos de Edad de los Trabajadores Valuados al 31 de Diciembre de 2008, Bajo las Prestaciones del RJP	176
Cuadro V.4.	Jubilados y Pensionados Considerados en la Valuación Actuarial del RJP y Prima de Antigüedad al 31 de Diciembre de 2008	179
Cuadro V.5.	Proyección 2009-2080 de Jubilados y Pensionados del IMSS	181

Cuadro V.6.	Principales Resultados de la Valuación Actuarial del RJP y Prima de Antigüedad al 31 de Diciembre de 2008 de Acuerdo con la NIF D-3	184
Cuadro V.7.	Registro Pleno de Obligaciones Totales	186
Cuadro V.8.	Contribuciones, Beneficios y Requisitos Establecidos para la Generación Actual y para las Nuevas Contrataciones de Trabajadores de Base para Adquirir el Derecho a una Jubilación por Años de Servicio o a una Pensión por Edad	191
Cuadro V.9.	Hipótesis Financieras Utilizadas para la Valuación de la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del FCOLCLC	192
Cuadro V.10.	Principales Indicadores de los Trabajadores IMSS Vigentes al 31 de Diciembre de 2008 por Rangos de Edad, Valuados Bajo la Cobertura del Convenio de Octubre de 2005	193
Cuadro V.11.	Saldo Acumulado en la Subcuenta 2 del FCOLCLC al 31 de Diciembre de 2008	195
Cuadro V.12.	Balance Actuarial de la Subcuenta 2 del FCOLCLC al 31 de Diciembre de 2008	196
Cuadro V.13.	Antecedentes y Evolución de las Prestaciones del RJP	198
Cuadro V.14.	Contribuciones y Principales Beneficios del RJP de los Trabajadores del IMSS Contratados Antes del 12 de Agosto de 2004	199
Cuadro V.15.	Percepciones Anualizadas de Trabajadores Activos y Jubilados del IMSS, 2008	202

Capítulo VI

Cuadro VI.1.	Estado de Ingresos y Gastos Dictaminado por los Años Terminados al 31 de Diciembre de 2008 y 2007	216
Cuadro VI.2.	Estado de Ingresos y Gastos por los Años Terminados al 31 de Diciembre de 2008-2007, con el Registro Pleno del Costo Neto del Periodo	217
Cuadro VI.3.	Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro por el Año Terminado el 31 de Diciembre de 2008	219

Cuadro VI.4.	Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro con el Registro Pleno del Costo Neto del Periodo por el Año Terminado el 31 de Diciembre de 2008	220
Cuadro VI.5.	Balance General Dictaminado al 31 de Diciembre de 2008 y 2007	223
Cuadro VI.6.	Balance General al 31 de Diciembre de 2008 y 2007, con el Registro Pleno de las Obligaciones Totales.....	224

Capítulo VII

Cuadro VII.1.	Supuestos 2009-2011 para la Proyección del Estado de Ingresos y Gastos	229
Cuadro VII.2.	Flujo de Efectivo 2008 y Proyección 2009-2011	231
Cuadro VII.3.	Flujo de Efectivo 2008 y Proyección 2009-2011	231
Cuadro VII.4.	Flujo de Efectivo 2008 y Proyección 2009-2011	232
Cuadro VII.5.	Estado de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera Resultado 2008 y Proyección 2009-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	234
Cuadro VII.6.	Resultados de Operación 2008-2011 con Relación al Total de Ingresos, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	238
Cuadro VII.7.	Remanente por Ramo de Seguro, 2002-2008	239
Cuadro VII.8.	Estado de Resultados 2008 por Ramo de Seguro, con Registro Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	241
Cuadro VII.9.	Escenario Comparativo de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo 2009-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	243
Cuadro VII.10.	Escenario Comparativo de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad 2009-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	245
Cuadro VII.11.	Escenario Comparativo de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera del Seguro de Invalidez y Vida 2009-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	247

Cuadro VII.12.	Escenario Comparativo de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales 2009-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	248
Cuadro VII.13.	Escenario Comparativo de Ingresos y Gastos, y de Cambios en la Situación Financiera del Seguro de Salud para la Familia 2009-2011, con Reconocimiento Pleno del Costo Neto del Periodo del RJP	250

Capítulo VIII

Cuadro VIII.1.	Estructura de los Ingresos del IMSS, 2005-2008	255
Cuadro VIII.2.	Contribuciones por Régimen de Aseguramiento, 2005-2008	256
Cuadro VIII.3.	Otros Ingresos del IMSS, 2005-2008	259
Cuadro VIII.4.	Ingresos Obrero-Patronales, 2005-2008	260
Cuadro VIII.5.	Programa de Apoyo a la Economía	261
Cuadro VIII.6.	Meta de Ingresos Obrero-Patronales, 2008	262
Cuadro VIII.7.	Población Derechohabiente del IMSS, 2007-2008.....	263
Cuadro VIII.8.	Asegurados por Régimen de Aseguramiento, 2007-2008	264
Cuadro VIII.9.	Cotizantes al IMSS y Registros Patronales por División de Actividad Económica, 2008	267
Cuadro VIII.10.	Número de Cotizantes por Nivel de Cotización y Tamaño de Registro Patronal, 2008	275
Cuadro VIII.11.	SBC y Variación por División de Actividad Económica, 2007-2008	276
Cuadro VIII.12.	Patrones con Acceso al IDSE por Tamaño de Registro Patronal, 2008 ...	278
Cuadro VIII.13.	Movimientos Afiliatorios Recibidos por Tipo de Medio, 2007-2008	279
Cuadro VIII.14.	Pago en Portal Bancario y con Cargo Automático a Cuenta de Cheques, 2008	281
Cuadro VIII.15.	Créditos en Convenio Como Porcentaje de la Mora, 2006-2008	287

Capítulo IX

Cuadro IX.1.	Régimen de Inversión	296
Cuadro IX.2.	Asignación Estratégica de Activos RGFA, 2008	303
Cuadro IX.3.	Asignación Estratégica de Activos RFA, 2008	303
Cuadro IX.4.	Asignación Estratégica de Activos Subcuenta 1 del Fondo Laboral, 2008	304
Cuadro IX.5.	Asignación Estratégica de Activos Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2008	304
Cuadro IX.6.	Posición de las Reservas y el Fondo Laboral	305
Cuadro IX.7.	Fondeos y Transferencias	306
Cuadro IX.8.	Reclasificación	306
Cuadro IX.9.	Productos Financieros por Tipo de Reserva y Fondo Laboral	308
Cuadro IX.10.	Desempeño	308

Capítulo X

Cuadro X.1.	Clasificación de Unidades Médicas por Nivel y Tipo, Diciembre 2008...	319
Cuadro X.2.	Distribución de Unidades Médicas en Servicio por Región y Delegación, Diciembre 2008	320
Cuadro X.3.	Conformación de las Unidades Médicas de Alta Especialidad	322
Cuadro X.4.	Programa IMSS-Oportunidades. Clasificación de Unidades Médicas por Nivel y Tipo, 2008	325
Cuadro X.5.	Programa IMSS-Oportunidades. Distribución de Unidades por Nivel de Atención y Delegación, 2008	326
Cuadro X.6.	Clasificación de Inmuebles No Médicos, Diciembre 2008	329
Cuadro X.7.	Equipo Médico Adquirido en 2008 por Programa y Nivel de Atención...	333
Cuadro X.8.	Solicitudes Pendientes para la Adquisición de Equipo por Programas y Tipo de Bien, 2009	334
Cuadro X.9.	Unidades Médicas Nuevas, Agregando un Módulo de Rehabilitación, 2008	337
Cuadro X.10.	Unidades de Medicina Familiar, 2008	338

Cuadro X.11.	Hospitales con Acciones de Fortalecimiento de Unidades Médicas, Diciembre de 2008.....	339
Cuadro X.12.	Hospitales Generales en Proceso de Construcción, 2008-2009.....	339
Cuadro X.13.	Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, 2008	340
Cuadro X.14.	Obras de Ampliación y Remodelación en Unidades Médicas de Alta Especialidad, 2009.....	341
Cuadro X.15.	Beneficios Esperados de las Obras Proyectadas en las Escuelas de Enfermería, 2008-2009	343
Cuadro X.16.	Programa de Obras en Subdelegaciones, 2008-2009	349
Cuadro X.17.	Avances del Programa de Recuperación de Obras Inconclusas, 2008	352
Cuadro X.18.	Necesidades de Inversión en Infraestructura Médica para Atender a 500,000 Trabajadores Afiliados Adicionales	356

Capítulo XI

Cuadro XI.1.	Juicios Laborales Dirección Jurídica	362
Cuadro XI.2.	Pasivo de Juicios Laborales Cuyo Monto es de 10 Millones o Más	363
Cuadro XI.3.	Pasivos Contingentes en Juicios Fiscales	364
Cuadro XI.4.	Juicios de Nulidad	364
Cuadro XI.5.	Pasivos Contingentes en Juicios Civiles, Mercantiles y Especiales	365
Cuadro XI.6.	Evolución Bianual de Consultas Totales, Pacientes con Tratamiento, Casos de Hospitalización y Gasto por Componente, 2004-2008	380
Cuadro XI.7.	Proyecciones de Consultas Totales, Pacientes con Tratamiento, Casos de Hospitalización y Gasto por Componente, 2009, 2010, 2020, 2030, 2040 y 2050	382
Cuadro XI.8.	Estimación del Gasto Médico Total por Padecimiento, 2010, 2020, 2030, 2040 y 2050 en el Escenario Base y su Descomposición por Transición Demográfica y Epidemiológica e Incremento de los Costos Médicos	383
Cuadro XI.9.	Estimación de Consultas Totales, Pacientes con Tratamiento, Casos de Hospitalización y Gasto por Rubro, 2009, 2010, 2020, 2030, 2040 y 2050 en el Escenario Catastrófico	387

Capítulo XII

Cuadro XII.1.	Cobertura de Supervisión Unidad IMSS-Oportunidades	402
Cuadro XII.2.	Salud Reproductiva y Materno Infantil.....	407
Cuadro XII.3.	Modelo de Salud Ginecológica	410
Cuadro XII.4.	Detección y Control de Enfermedades Respiratorias y Tuberculosis	413
Cuadro XII.5.	Detección y Control de Padecimientos Crónico-Degenerativos por Asistentes Rurales de Salud	414
Cuadro XII.6.	Informe de Productividad de Encuentros Médico-Quirúrgicos 2008	416
Cuadro XII.7.	Presupuesto Autorizado	418

Capítulo XIII

Cuadro XIII.1.	Conceptos de Ingresos y Egresos Calculados en el Modelo Integral Financiero y Actuarial para Proyecciones de Largo Plazo	424
Cuadro XIII.2.	Principales Supuestos Utilizados en el Modelo Integral Financiero y Actuarial para las Proyecciones de Flujo de Efectivo, 2010-2050	424
Cuadro XIII.3.	Escenarios de Medición de la Suficiencia Financiera del IMSS.....	426
Cuadro XIII.4.	Déficit Estimado de los Seguros 2009-2050	427
Cuadro XIII.5.	Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050 Escenario Base	428
Cuadro XIII.6.	Comparativo Proyecciones Informe Actual y Anterior	430
Cuadro XIII.7.	Comparativo de Egresos Estimados 2009 Actual y Anterior.....	430
Cuadro XIII.8.	Estimación de Suficiencia Financiera Utilizando las Reservas Estimadas al Cierre del Ejercicio 2009	431
Cuadro XIII.9.	Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050 Constitución de la Reserva Óptima.....	432
Cuadro XIII.10.	Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050 Escenario Base con Constitución de Reserva Promedio	433
Cuadro XIII.11.	Resumen de Suficiencia Financiera Según Escenario	433
Cuadro XIII.12.	Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050 Políticas Internas: Mejoras Operativas y Administrativas de Corto Plazo	434

Cuadro XIII.13.	Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050 Política Externa sin Costo Fiscal I: Revisión de las Cuotas del Seguro de Salud para la Familia, a Partir del 2010	436
Cuadro XIII.14.	Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050 Políticas Externas que Implican un Costo Fiscal I: Aportación del Gobierno Federal para el Financiamiento de Seis Enfermedades de Alto Impacto Financiero para el IMSS	437
Cuadro XIII.15.	Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050 Políticas Externas que Implican un Costo Fiscal II: Aportación del Gobierno Federal de una Cuota Adicional por Cada Pensionado	439
Cuadro XIII.16.	Esquema de Financiamiento del SEM.....	441
Cuadro XIII.17.	Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050 Políticas Externas que Implican un Costo Fiscal III: Revisión de las Contribuciones del SEM Respecto al Salario Base de Cotización.....	442
Cuadro XIII.18.	Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050 Políticas Externas que Implican un Costo Fiscal IV: Evaluación Conjunta de las Políticas que Implican un Costo Fiscal	443
Cuadro XIII.19.	Proyección de Flujo de Efectivo 2009-2050 V: Evaluación Conjunta de las Políticas Externas	444

Capítulo XIV

Cuadro XIV.1.	Principales Elementos de la Estrategia de Comunicación.....	451
Cuadro XIV.2.	Principales Acciones para la Continuidad de los Servicios de Salud.....	454
Cuadro XIV.3.	Productividad de las Unidades Médicas Móviles.....	455
Cuadro XIV.4.	Acciones para Evitar la Propagación.....	457