Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010-2011

Vivir Mejor

IMSS

Gobierno Federal

Estados Unidos Mexicanos

INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL
Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE
LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
2010-2011

INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL
Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE
LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
2010-2011

Primera edición, 2011.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Reforma 476, Col. Juárez
06600 México, D. F.

Impreso y hecho en México.

Portada
Obra: Maternidad, 1959
Autor: Federico Cantú Garza

El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010-2011 puede recuperarse parcial o totalmente en la siguiente dirección de Internet: http://www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm

Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010-2011

Vivir Mejor

IMSS

Gobierno Federal

Estados Unidos Mexicanos

Índice

Siglas y Acrónimos i

Presentación v

Introducción 1

Capítulo I. Entorno Económico y Composición del Aseguramiento 7

I.1. Entorno económico 7

I.2. Evolución de asegurados trabajadores, salario base de cotización e ingresos 12

I.2.1. Asegurados trabajadores 12

I.2.2. Salario base de cotización 15

I.2.3. Ingresos 19

I.3. Cobertura poblacional 21

Capítulo II. Entorno Demográfico y Epidemiológico y Otros Factores de Presión Sobre el Gasto Médico 27

II.1. Transición demográfica 27

II.2. Transición epidemiológica 30

II.3. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS 33

II.3.1. Estimación del gasto médico ejercido en 2010 34

II.3.2. Proyecciones del gasto médico, 2011-2050 35

II.4. Factores adicionales que ejercen presión sobre el gasto médico 38

Capítulo III. Situación Financiera Global 41

III.1. Estado de resultados 42

III.1.1. Ingresos 42

III.1.2. Gasto 42

III.2. Balance general 44

III.3. Proyecciones financieras de corto plazo 47

III.3.1. Supuestos 48

III.3.2. Resultados 49

III.4. Proyecciones financieras de largo plazo 54

III.4.1. Conceptos y supuestos 55

III.4.2. Situación actual del IMSS 55

III.4.3. Escenario base 57

III.4.4. Comparativo de los resultados del escenario base del Informe actual y el escenario base del Informe anterior 60

Capítulo IV. Seguro de Riesgos de Trabajo 61

IV.1. Estado de resultados 62

IV.2. Proyecciones financieras de corto plazo 64

IV.3. Resultados de la valuación actuarial 65

IV.3.1. Proyecciones demográficas 66

IV.3.2. Proyecciones financieras 67

IV.3.3. Balance actuarial 70

IV.3.4. Escenarios de sensibilidad 70

IV.4. Opciones de política 72

Capítulo V. Seguro de Invalidez y Vida 75

V.1. Estado de resultados 76

V.2. Proyecciones financieras de corto plazo 78

V.3. Resultados de la valuación actuarial 78

V.3.1. Proyecciones demográficas 80

V.3.2. Proyecciones financieras 80

V.3.3. Balance actuarial 83

V.3.4. Escenarios de sensibilidad 83

V.4. Opciones de política 85

Capítulo VI. Seguro de Enfermedades y Maternidad 87

VI.1. Estado de resultados 88

VI.2. Proyecciones financieras de corto plazo 88

VI.3. Proyecciones financieras de largo plazo 90

VI.3.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad, SEM-Total 91

VI.3.2. Asegurados 93

VI.3.3. Gastos Médicos de Pensionados 96

VI.3.4. Resumen 96

VI.4. Resultados de la valuación actuarial de Gastos Médicos de Pensionados 99

VI.4.1. Proyecciones demográficas 100

VI.4.2. Proyecciones financieras 101

VI.4.3. Balance actuarial 104

VI.5. Opciones de política 105

Capítulo VII. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales 107

VII.1. Estado de resultados 108

VII.2. Proyecciones financieras de corto plazo 109

VII.3. Proyecciones financieras de largo plazo 110

VII.4. Análisis financiero complementario 113

VII.4.1. Guarderías 113
VII.4.2. Sistema Nacional de Velatorios 120
VII.4.3. Centros vacacionales 125
VII.5. Opciones de política 127
Capítulo VIII. Seguro de Salud para la Familia 131
VIII.1. Estado de resultados 131
VIII.2. Proyecciones financieras de corto plazo 132
VIII.3. Proyecciones financieras de largo plazo 134
VIII.4. Opciones de política 136
Capítulo IX. Reservas y Fondo Laboral del Instituto 141
IX.1. Antecedentes 142
IX.1.1. La estructura de las reservas y fondo del IMSS 142
IX.1.2. Los propósitos de las reservas y fondo del IMSS 142
IX.1.3. Fundamento normativo para la inversión de las reservas y fondo 144
IX.1.4. Evolución de los saldos de las reservas y fondo 144
IX.2. Inversión de las reservas y fondo 146
IX.2.1. Posición del portafolio de inversión 146
IX.2.2. Régimen de inversión 146
IX.2.3. Asignación estratégica de activos 147
IX.2.4. Rendimientos financieros obtenidos 149
IX.2.5. Programa de usos futuros de reservas y fondo 154
IX.2.6. Proyecciones de los saldos de las reservas y fondo 156
IX.2.7. Riesgos financieros de las inversiones institucionales 157
Capítulo X. Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto 161
X.1. Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón 162
X.1.1. Valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS 164
X.1.2. Estudio actuarial sobre la suficiencia financiera del Fondo Laboral para las nuevas contrataciones de base 172
X.2. Contingencias de carácter litigioso 177
X.2.1. Contingencias en juicios laborales 180
X.2.2. Contingencias en juicios fiscales y administrativos 180
X.2.3. Contingencias en juicios civiles y mercantiles 182
X.2.4. Programa Nacional de Atención y Control de Juicios 182
X.3. Sistema Nacional de Tiendas 183
X.3.1. Resultados financieros 2005-2010 184
Capítulo XI. Instalaciones y Equipo del Instituto 189
XI.1. Infraestructura inmobiliaria institucional 189
XI.1.1. Instalaciones médicas del Régimen Ordinario 190

XI.1.2. Instalaciones médicas del Programa IMSS-Oportunidades 200
XI.1.3. Unidades no médicas 205
XI.2. Equipo institucional 208
XI.2.1. Equipo médico 208
XI.2.2. Equipo de informática y de comunicaciones 210
Capítulo XII. Acciones y Logros del Instituto en Materia de Salud, Bienestar Social y Transparencia, 2009-2010 213
XII.1. PREVENIMSS 213
XII.2. DIABETIMSS 214
XII.3. Diferimiento en cirugía programada 215
XII.4. Acciones para abatir la mortalidad materna 215
XII.5. Programa de consulta familiar en el 6º y 7º día 216
XII.6. Mejoras en la atención de urgencias 216
XII.7. Abasto de medicamentos 217
XII.8. Encuesta de satisfacción a derechohabientes usuarios de servicios médicos 217
XII.9. Estrategias de compras y contratación de servicios 217
XII.9.1. Bienes terapéuticos 218
XII.9.2. Bienes de inversión 218
XII.10. Guarderías 219
XII.10.1. Calidad 219
XII.10.2. Seguridad integral 220
XII.10.3. Participación social 220
XII.10.4. Transparencia en la contratación y operación de guarderías 220
Capítulo XIII. Conclusiones y Propuestas 221

Anexo A. Prestaciones y Fuentes de Financiamiento de los Regímenes de Aseguramiento del IMSS 227
A.1. Regímenes y modalidades de aseguramiento del Instituto Mexicano del Seguro Social 227
A.2. Cobertura poblacional y prestaciones 228
A.2.1. Cobertura poblacional y prestaciones del Régimen Obligatorio 228
A.2.2. Cobertura poblacional y prestaciones del Régimen Voluntario 228
A.3. Fuentes de financiamiento 228
Anexo B. Acciones para Combatir la Evasión Fiscal y Promover el Cumplimiento de las Obligaciones en Materia de Seguridad Social 233
B.1. Combate a la evasión fiscal 233
B.1.1. Combate a la evasión de las empresas prestadoras de servicios de personal (*outsourcing*) 234
B.1.2. Combate a la evasión de otros sectores de actividad 234
B.2. Mejora de la coordinación institucional 235
B.3. Incentivos al cumplimiento voluntario 236

Anexo C. Avances del Presupuesto Basado en Resultados y Sistema de Evaluación del Desempeño 239
C.1. Antecedentes 239
C.2. Incorporación del PbR-SED en el Instituto, 2008-2009 240
C.3. PbR-SED en el Instituto, 2010-2011 240
C.4. Resultados y avances de los programas presupuestarios 2010 242
C.5. Procesos de mejora del PbR-SED en el IMSS 242
C.5.1. Recomendaciones a programas presupuestarios Cuenta Pública 2008 por parte de la ASF 242
C.5.2. Recomendaciones a programas presupuestarios 2010 por parte del CONEVAL y de la SHCP 244
C.5.3. Evaluación específica de desempeño 2009 por parte del CONEVAL 245
C.5.4. Fortalecimiento del SED por parte de la SFP y del OIC 245
C.5.5. Recomendaciones específicas para la mejora de las MIR por parte de la SHCP y de la CEPAL 245
C.6. Actividades inmediatas de evaluación de programas 247
C.6.1. Evaluación específica de desempeño 2010-2011 247
C.6.2. Mecanismo de seguimiento de aspectos susceptibles de mejora 247
C.7. Conclusiones 248
Anexo D. Elementos Involucrados en las Valuaciones Actuariales de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida 249
D.1. Eventos que generan una prestación en dinero del SRT y SIV 249
D.2. Elementos que inciden en el costo de las sumas aseguradas 250
D.3. Escenario base de la valuación actuarial 253
D.3.1. Población asegurada 253
D.3.2. Beneficios valuados 254
D.3.3. Bases biométricas e hipótesis demográficas y financieras 255
D.3.4. Criterios 257
Anexo E. Supuestos de la Valuación Actuarial de la Cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad 261
E.1. Supuestos demográficos 261
E.2. Supuestos financieros 262
Anexo F. Elementos Principales de las Reservas y del Fondo Laboral del Instituto 265
F.1. Elementos sobre el proceso integral de inversión 265
F.1.1. Proceso integral de inversión 265
F.1.2. Transparencia y rendición de cuentas 268
F.1.3. Apego a mejores prácticas de inversión 269
F.2. La inversión de las reservas a partir de la crisis financiera de 2008-2009 271

F.2.1. Medidas prudenciales adoptadas 271
F.2.2. Posición institucional en el sector corporativo 272
F.2.3. Reestructura de las inversiones en emisiones corporativas 275
F.2.4. Riesgos actuales de las inversiones en el sector hipotecario 276
F.2.5. Una perspectiva sobre los resultados de la inversión en el sector corporativo 277
F.2.6. Auditorías realizadas al proceso integral de inversiones financieras 278
Anexo G. Elementos Principales y Estadísticas Relevantes del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 281
G.1. Principales características y evolución del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 281
G.2. Percepciones de los jubilados del IMSS comparadas con las de trabajadores en activo del Instituto 286
G.3. Financiamiento histórico del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 1966-2010 286
G.4. Aportaciones acumuladas en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, 1966-2010 288
G.5. Financiamiento actual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 289
Anexo H. Elementos Técnicos Considerados en la Valuación Actuarial del Pasivo Laboral del Instituto y en el Estudio Actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral 293
H.1. Valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS 294
H.1.1. Características de la población valuada 294
H.1.2. Bases biométricas e hipótesis demográficas y financieras 297
H.2. Estudio actuarial para determinar la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral 300
H.2.1. Características de la población valuada 300
H.2.2. Hipótesis financieras utilizadas en el estudio 302
Anexo I. Programa Nacional de Atención y Control de Juicios 305
I.1. Materia laboral 305
I.1.1. Resultados en nivel central 305
I.1.2. Resultados a nivel nacional 307
I.2. Materia fiscal 308
Anexo J. Oficio a Presidentes de Comisiones de la Cámara de Senadores 311
Glosario 319
Índice de Cuadros 331
Índice de Gráficas 339
Dictamen de los Auditores Independientes 345

Siglas y Acrónimos

AA	Aportación Anual
AcceDer	Sistema de Acceso a Derechohabientes
ADIMSS	Acreditación como Derechohabiente del IMSS
AE	Aportación Anual Necesaria
AEA	Asignación Estratégica de Activos
AFORE	Administradora de Fondos para el Retiro
AGF	Aportaciones del Gobierno Federal
ASF	Auditoría Superior de la Federación
BANXICO	Banco de México
CaCu	Cáncer cérvico-uterino
CaMa	Cáncer de mama
CARA	Centro de Atención Rural al Adolescente
CARO	Centro de Atención Rural Obstétrica
CCSM	Centro Comunitario de Salud Mental
CCT	Contrato Colectivo de Trabajo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFC	Comisión Federal de Competencia
CFE	Comisión Federal de Electricidad
CIF	Comisión de Inversiones Financieras
CINIF	Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera
CMG	Capital Mínimo de Garantía
CNP	Costo neto del periodo
CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONASAMI	Comisión Nacional de los Salarios Mínimos
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONSAR	Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro
COP	Cuotas Obrero-Patronales
CRE	Coordinación de Riesgos y Evaluación
CV	Centros Vacacionales
DAED	Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones
DF	Dirección de Finanzas
DIABETIMSS	Programa Institucional de Atención al Diabético
DIR	Dirección de Incorporación y Recaudación
DJ	Dirección Jurídica
DM	Diabetes mellitus
DOF	Diario Oficial de la Federación
DPEF	Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación
DPES	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
DPM	Dirección de Prestaciones Médicas
EA1	Escenario alternativo 1
EA2	Escenario alternativo 2
ECE	Expediente Clínico Electrónico
EMSSA	Experiencia demográfica de mortalidad para activos
EMSSI	Experiencia demográfica de mortalidad para inválidos
ENE	Encuesta Nacional de Empleo
ENESS	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social

ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
ENSAT	Encuesta de Satisfacción de Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos
FCOLCLC	Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual
FIBESO	Fideicomiso de Beneficios Sociales
FIEL	Firma Electrónica Avanzada
GMP	Gastos Médicos de Pensionados
GRD	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
HA	Hipertensión arterial
HCT	Honorable Consejo Técnico
HR	Hospital Rural
IDSE	IMSS Desde Su Empresa
IFA	Informe Financiero y Actuarial
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información Pública
IG	Indemnización Global
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor
IR	Insuficiencia renal
ISR	Impuesto Sobre la Renta
ISSA	Asociación Internacional de Seguridad Social (por sus siglas en inglés)
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LAASSP	Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
LFT	Ley Federal del Trabajo
LIF	Ley de Ingresos de la Federación
LSS	Ley del Seguro Social
MC	Monto constitutivo
MCUP	Método de Crédito Unitario Proyectado
MIFA	Modelo Integral Financiero y Actuarial
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
MML	Matriz de Marco Lógico
NECE	Nuevo Expediente Clínico Electrónico
NEIFGSP-08	Norma Específica de Información Financiera Gubernamental para el Sector Paraestatal
NIF	Norma de Información Financiera
NIF D-3	Norma de Información Financiera “Beneficios a los Empleados”
NIFG	Norma de Información Financiera Gubernamentales
NRPV	Nueva Red Privada Virtual
NVSM	Número de veces el salario mínimo
OBD	Obligaciones por Beneficios Definidos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODA	Obligaciones por Derechos Adquiridos
OIC	Órgano Interno de Control
OSD	Ofertas Subsecuentes de Descuento
PAMF	Población Adscrita a Médico Familiar
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda
PAU	Población Adscrita a Unidad
PC	Prima de contribución
PCP	Pensiones en Curso de Pago
PbR	Presupuesto basado en Resultados
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PG	Pensiones Garantizadas
PIB	Producto Interno Bruto
PiP	Proveedor Integral de Precios
PMN	Prima media nivelada o de equilibrio
PR	Prima de reparto
PREI	Sistema de Planeación de Recursos Institucionales

PREVENIMSS	Programas Integrados de Salud
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
RCV	Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez
RFA	Reserva Financiera y Actuarial
RGFA	Reserva General Financiera y Actuarial
RJP	Régimen de Jubilaciones y Pensiones
RO	Reserva Operativa
ROCF	Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento
SAR	Sistema de Ahorro para el Retiro
SAT	Servicio de Administración Tributaria
SBC	Salario base de cotización
SBC-E	Salario base de cotización de equilibrio
SED	Sistema de Evaluación del Desempeño
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
SEMAR	Secretaría de Marina
SFP	Secretaría de la Función Pública
SGPS	Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SIV	Seguro de Invalidez y Vida
SIVCM	Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte
SMGDF	Salario mínimo general en el Distrito Federal
SMGP	Salario mínimo general promedio
SMGVDF	Salario mínimo general vigente del Distrito Federal
SNT	Sistema Nacional de Tiendas
SNTSS	Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social
SNV	Sistema Nacional de Velatorios
SRCV	Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez
SRT	Seguro de Riesgos de Trabajo
SS	Secretaría de Salud
SSE	Seguro de Salud para Estudiantes
SSFAM	Seguro de Salud para la Familia
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
SUA	Sistema Único de Autodeterminación
SUAVE	Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica
TFJFA	Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa
TIIE	Tasa de Interés Interbancario de Equilibrio
TPEU	Trabajadores Permanentes y Eventuales Urbanos
UDI	Unidades de Inversión
UIF	Unidad de Inversiones Financieras
UMA	Unidad Médica Auxiliar
UMAA	Unidad Médica de Atención Ambulatoria
UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad
UMF	Unidad de Medicina Familiar
UMFH	Unidad de Medicina Familiar con Hospitalización
UMR	Unidad Médica Rural
UMRM	Unidad Médica Rural de Esquema Modificado
UMU	Unidad Médica Urbana
VaR	Valor en riesgo
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VPFA	Valor Presente de Futuras Aportaciones
VPOT	Valor Presente de Obligaciones Totales
VPSF	Valor Presente de los Salarios Futuros

Presentación

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como mandato *"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, así como el otorgamiento de una pensión…"*, de acuerdo con el Artículo 2 de la Ley del Seguro Social.

Para asegurar el cabal cumplimento de dicha encomienda, el Artículo 273 de la misma Ley instruye al Consejo Técnico del Instituto presentar este Informe a consideración del Ejecutivo Federal y del H. Congreso de la Unión. El Informe consiste en un diagnóstico detallado sobre la situación financiera y presupuestaria –presente y futura– del Instituto y los principales riesgos que enfrenta. Asimismo, se plantean propuestas de diversas alternativas de política pública que contribuyen a resolver la problemática descrita. Tal como lo establece el mismo artículo, los resultados contables y actuariales presentados en este documento fueron dictaminados por auditores externos.

La situación financiera que enfrenta el Instituto es compleja y responde a la distinta naturaleza de sus dos principales funciones: la del IMSS como asegurador de los seguros establecidos en la Ley y la del IMSS como prestador de servicios y administrador de su patrimonio, fondos y reservas. Los retos financieros que enfrenta el Instituto deben entenderse en el contexto de sus distintos papeles y de las actividades inherentes a cada ramo de aseguramiento, lo cual permite presentar diagnósticos más equilibrados y plantear líneas de trabajo y propuestas de mejora

acordes con la naturaleza y dinámica que dieron origen a cada problemática en lo particular.

En este contexto, el principal problema del Instituto como asegurador es el desequilibrio estructural entre las aportaciones al Seguro de Enfermedades y Maternidad y a los Gastos Médicos de Pensionados, y las obligaciones para atender de forma oportuna a una población de trabajadores, pensionados y sus familiares con necesidades de salud cada vez más complejas y costosas. El envejecimiento de la población derechohabiente, junto con la creciente prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos de alto costo, han generado un aumento significativo en los gastos de estas coberturas.

Asimismo, en su vertiente de prestador de servicios y administrador, el IMSS enfrenta como principal problema el pasivo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de sus propios trabajadores. Como se ha señalado en informes anteriores, el crecimiento acelerado del número de jubilados y pensionados del propio Instituto ha requerido que desde 2009 se haga uso de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual para el pago de las pensiones y jubilaciones de los trabajadores. Se estima que dicho Fondo se agotará en 2012.

Por otra parte, en la Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011 se estableció que el Instituto podrá, por única ocasión, transferir recursos de las reservas de los seguros superavitarios de Invalidez y Vida, y de Riesgos de Trabajo a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad. Esta medida permitirá que, en su momento, y de acuerdo con las reglas y condiciones que establece la propia Ley del Seguro Social, las reservas del Seguro de Enfermedades y Maternidad se puedan utilizar para financiar la creciente presión de gasto. Sin embargo, los saldos existentes de las reservas y fondos del Instituto sólo podrán ayudar a financiar los faltantes de operación de forma temporal, lo que obliga a una reflexión más profunda sobre las alternativas de política para lograr la viabilidad de largo plazo de los seguros asociados a la prestación de servicios médicos.

No obstante la difícil situación financiera, el Instituto ha logrado inversiones históricas en equipamiento e infraestructura como consecuencia de medidas de eficiencia redistributiva, programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como ahorros en la compra de medicamentos.

Los resultados presentados en este Informe, al igual que aquellos contenidos en los informes de años anteriores, sugieren que es indispensable la adopción de medidas estructurales, incluyendo cambios al marco legal que permitan, por un lado, aumentar los ingresos del Instituto y, por otro, distribuirlos de acuerdo con las necesidades de cada ramo de aseguramiento.

Los problemas financieros del Instituto forman parte de un proceso evolutivo vinculado al desarrollo económico y social del país que se manifiesta palpablemente en complejos y acelerados cambios demográficos y epidemiológicos. Adecuar al IMSS a este nuevo entorno para atender los retos que enfrenta requiere de un diálogo incluyente y la búsqueda de acuerdos por parte del Ejecutivo Federal, del H. Congreso de la Unión, de los trabajadores, de los patrones, del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y de la ciudadanía en general. Los próximos años serán decisivos para definir el rumbo y dar forma a la nueva seguridad social que México necesita.

El Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social
México, D. F., a 1º de junio de 2011.

Introducción

De acuerdo con la Ley del Seguro Social (LSS) *"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 para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado"*[i]. La misma Ley define al Seguro Social como el instrumento básico de la seguridad social[ii] y precisa que la organización y administración del Seguro Social están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)[iii]. Dentro del conjunto de instituciones que otorgan prestaciones de seguridad social y/o aseguramiento público en salud en México, el IMSS es la institución con el mayor número de población derechohabiente (cuadro 1).

Adicionalmente a los servicios médicos que el IMSS ofrece a derechohabientes, también otorga servicios médicos de primer y segundo niveles de atención a población que no cuenta con seguridad social, a través del Programa IMSS-Oportunidades, cuya población adscrita asciende a 10.5 millones de personas.

El IMSS ofrece prestaciones a sus derechohabientes bajo dos regímenes: el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario. En el Régimen Obligatorio una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral que obligue a su aseguramiento, mientras que en el Régimen Voluntario, la afiliación es producto de

[i] LSS, Artículo 2.
[ii] *Ídem*, Artículo 4.
[iii] *Ídem*, Artículo 5.

Cuadro 1.
Población por condición de aseguramiento, diciembre de 2010

Institución	Número de derechohabientes/ afiliados	Porcentaje de la población[1/]
IMSS	55,705,875	49.24
Población adscrita a UMF[2/]	45,206,780	39.96
IMSS-Oportunidades	10,499,095	9.28
ISSSTE	11,993,354	10.60
Seguro Popular	43,518,719	38.47
PEMEX, SEDENA, SEMAR	1,091,321	0.96
Instituciones privadas	2,006,687	1.77
Otras instituciones públicas	900,884	0.80

[1/] La población a diciembre de 2010 se estimó a partir de la población a la fecha del Censo de Población y Vivienda 2010 y considerando la mitad de la tasa de crecimiento promedio anual de la población de 1.4 por ciento. La suma de derechohabientes/afiliados puede ser mayor al total de la población mexicana (113'122,894 personas) por una duplicidad en la condición de aseguramiento, por ejemplo, personas que están adscritas/ afiliadas al mismo tiempo al Programa IMSS-Oportunidades y al Seguro Popular.
[2/] La estadística de población derechohabiente adscrita a Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS es determinada, tanto para las cifras de asegurados y pensionados como la de sus familiares, con base en registros administrativos del Sistema de Acceso a Derechohabientes (AcceDer).
Fuentes: Estimaciones propias con base en: IMSS, Informe Mensual de Población Derechohabiente y AcceDer, diciembre 2010; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Anuario Estadístico 2010; Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2010; Petróleos Mexicanos (PEMEX); Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA); Secretaría de Marina (SEMAR), e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Censo de Población y Vivienda 2010.

una decisión individual o colectiva. La LSS establece que el Régimen Obligatorio comprende los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT), Enfermedades y Maternidad (SEM), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS). Por otro lado, en el Régimen Voluntario se incluyen el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y el Seguro Facultativo[iv].

Asimismo, el Instituto ofrece una amplia diversidad de servicios médicos, preventivos y curativos, que contribuyen al bienestar y desarrollo de las familias derechohabientes. En un día típico se ofrecen más de 455,000 consultas médicas, de las cuales 48,000 son atenciones por urgencias; se registran alrededor de 5,300 egresos hospitalarios y 3,900 intervenciones quirúrgicas; además, se realizan más de 685,000 análisis clínicos, como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2.
Servicios médicos otorgados en un día típico, enero a diciembre de 2010

Concepto	Promedio total nacional
Población adscrita a UMF[1/]	45,206,780
Población adscrita a médico familiar[2/]	38,439,018
Total de consultas otorgadas	455,872
Consultas de medicina familiar	316,480
Consultas de especialidades	73,505
Consultas dentales	17,812
Atenciones de urgencias	48,075
Egresos hospitalarios	5,313
Intervenciones quirúrgicas	3,983
Partos atendidos	1,249
Análisis clínicos	685,664
Estudios de radiodiagnóstico	51,044

[1/] Se refiere a las cifras de asegurados y pensionados, y sus familiares, con base en registros administrativos de AcceDer.
[2/] Se refiere a los asegurados y pensionados, y sus familiares que son atendidos en el servicio de medicina familiar, con base en registros administrativos de AcceDer.
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), IMSS.

Esta actividad representa en promedio la mitad de los servicios de salud otorgados por instituciones públicas, como se muestra en el cuadro 3.

De manera complementaria a los servicios de salud, en el IMSS se otorgan prestaciones económicas que protegen los medios de subsistencia de los trabajadores y sus familiares ante la ocurrencia de algún riesgo contemplado en la LSS y prestaciones para el cuidado infantil de los hijos de madres y padres trabajadores durante su jornada laboral. Asimismo, se brindan prestaciones sociales como servicios de tiendas, centros vacacionales y velatorios.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 273 de la LSS el H. Consejo Técnico (HCT) del IMSS presenta anualmente este Informe al Ejecutivo Federal y al H. Congreso de la Unión. El Informe consiste en un diagnóstico detallado sobre la situación financiera y presupuestaria –presente y futura– del Instituto y los

[iv] Ver el Anexo A "Prestaciones y Fuentes de Financiamiento de los Regímenes de Aseguramiento del IMSS" para una descripción detallada.

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

Institución	Consultas				Egresos	Cirugías	Servicios auxiliares de diagnóstico		
	General	Especialidad	Urgencias	Odontológicas			Laboratorio clínico	Radiología	Otros
IMSS[1/]	47.8	40.4	69.7	30.5	41.2	44.9	52.4	54.1	64.1
ISSSTE	7.6	16.0	3.8	8.9	7.2	7.7	8.4	8.3	12.7
SS[2/]	41.3	32.2	18.6	54.5	46.6	42.1	32.9	30.3	19.3
Otras instituciones[3/]	3.3	11.4	8.0	6.1	4.9	5.4	6.3	7.3	3.9

[1/] Incluye IMSS-Oportunidades.
[2/] Secretaría de Salud, incluye los servicios prestados por los Servicios Estatales de Salud, los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia. Estos servicios incluyen los otorgados bajo el Seguro Popular.
[3/] Incluye información de hospitales universitarios, PEMEX, SEMAR e ISSSTE estatales.
Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística No. 28, vol. III, 2008.

principales riesgos que enfrenta, así como propuestas de diversas políticas que contribuirían a resolver la problemática descrita. Es importante recalcar que, como lo especifica la Ley, los resultados contables y actuariales presentados en este documento fueron dictaminados por auditores externos.

La organización del documento es la siguiente: en el Capítulo I se abordan temas relacionados con el entorno económico y la dinámica del mercado laboral, y el efecto de estos factores sobre el número de cotizantes, el salario base de cotización y los ingresos del Instituto. El Capítulo II analiza la doble transición, demográfica y epidemiológica, que afecta a través de múltiples mecanismos la operación del Instituto, así como los factores que presionan el gasto en servicios médicos. El Capítulo III presenta la situación financiera global que enfrenta el IMSS; incluye estados de resultados y el balance general del 2010, así como resultados de corto, mediano y largo plazos. Los Capítulos IV a VIII analizan la situación financiera en la que se encuentran el SRT, el SIV, el SEM, el SGPS y el SSFAM[v]. El Capítulo IX se concentra en la situación actual y el uso futuro de las reservas del Instituto, así como del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC). En el Capítulo X se discute el pasivo laboral, así como otros riesgos que enfrenta el Instituto en su carácter de administrador de servicios relacionados con contingencias de carácter litigioso y el Sistema Nacional de Tiendas (SNT). El Capítulo XI presenta la situación que guardan las instalaciones y equipo del Instituto, y el Capítulo XII algunas de las principales acciones del IMSS con relación a los servicios médicos y las guarderías. En el Capítulo XIII se presentan las conclusiones más importantes del análisis y se propone una serie de medidas con el fin de resolver los retos financieros que enfrenta el Instituto.

Para facilitar la lectura del Informe se incluye una lista de siglas y acrónimos, así como un glosario de términos clave.

El Artículo 273 de la LSS distingue dos tipos de funciones para el IMSS: la de IMSS-Asegurador y la de IMSS-Administrador. La organización actual del Informe obedece a esta separación de funciones; así, los Capítulos III a VIII presentan resultados relacionados con la función del IMSS como asegurador de los seguros establecidos en la LSS, mientras que los Capítulos IX a XI analizan elementos relacionados con el papel del IMSS como administrador de su patrimonio, fondos y reservas.

[v] El Informe no presenta un análisis del SRCV dado que, bajo la Ley vigente (Ley de 1997), el Instituto sólo es un intermediario en la cobranza de las cuotas correspondientes, que canaliza a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE). Por otro lado, todas las pensiones otorgadas al amparo del ahora derogado Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (SIVCM) (Ley de 1973) constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal y no son responsabilidad del Instituto, por lo que tampoco se incluye un análisis de su situación.

El contenido del documento se ajusta a lo establecido en las fracciones del citado Artículo 273 (cuadro 4).

Cabe señalar que este Informe complementa e incorpora resultados que, en materia de presupuesto y gasto, también se reportan en otros documentos enviados a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) al Congreso de la Unión como la "Cuenta de la Hacienda Pública Federal" y los "Informes Trimestrales sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública" (cuadro 5).

Asimismo, hay temas específicos de este Informe que se reportan al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión con mayor periodicidad, como el "Informe Trimestral sobre la Composición y Situación Financiera de las Inversiones del Instituto" o con mayor detalle para informar a todos los ciudadanos sobre la situación anual de los recursos humanos del Instituto, a través del "Informe de Servicios de Personal". Por último, aunque con un objetivo distinto pero complementario, conviene referir al interesado en conocer con mayor detalle las acciones y logros alcanzados en el año al "Informe de Labores y el Programa de Actividades", el cual es discutido anualmente por la Asamblea General de Instituto.

Desde su primera elaboración en 2002, el Informe se ha constituido como un instrumento de consulta anual, objetivo y detallado, permitiendo a los sectores de la sociedad, particularmente al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión, contar con un diagnóstico realista de la situación financiera del Instituto. Asimismo, se ha convertido en un insumo importante para continuar con un debate informado sobre los retos que enfrenta la institución pilar de la seguridad social en México y el principal prestador de servicios médicos en el Sistema Nacional de Salud, y sobre las acciones que se requieren para superarlos. En un ejercicio de transparencia, este Informe ha sido puesto a disposición del público a través de la página de Internet del Instituto (*www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm*).

Cuadro 4.
Relación entre el Artículo 273 de la LSS y los capítulos del Informe

Artículo 273	Capítulos del Informe
El Instituto deberá presentar al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y al Congreso de la Unión, a más tardar el 30 de junio de cada año, un informe dictaminado por auditor externo, que incluya, al menos, los siguientes elementos:	
I. 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;	Capítulo III. Situación Financiera Global Capítulo IV. Seguro de Riesgos de Trabajo Capítulo V. Seguro de Invalidez y Vida Capítulo VI. Seguro de Enfermedades y Maternidad Capítulo VII. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales Capítulo VIII. Seguro de Salud para la Familia
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;	Capítulo III. Situación Financiera Global Capítulo IV. Seguro de Riesgos de Trabajo Capítulo V. Seguro de Invalidez y Vida Capítulo VI. Seguro de Enfermedades y Maternidad Capítulo VII. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales Capítulo VIII. Seguro de Salud para la Familia Capítulo IX. Reservas y Fondo Laboral del Instituto Capítulo X. Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto Capítulo XIII. Conclusiones y Propuestas
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, y	Capítulo III. Situación Financiera Global Capítulo IV. Seguro de Riesgos de Trabajo Capítulo V. Seguro de Invalidez y Vida Capítulo VI. Seguro de Enfermedades y Maternidad Capítulo VII. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales Capítulo VIII. Seguro de Salud para la Familia Capítulo XIII. Conclusiones y Propuestas
IV. La situación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal.	Capítulo X. Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto
Para los propósitos anteriores el Instituto informará 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. 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. En todos los casos, la estimación sobre riesgos y pasivos laborales y de cualquier otro tipo, se formulará con estricto apego a los principios de contabilidad generalmente aceptados por la profesión contable organizada en México.	Capítulo I. Entorno Económico Capítulo II. Entorno Demográfico y Epidemiológico y Otros Factores de Presión sobre el Gasto Médico
El informe, asimismo, 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.	Capítulo XI. Instalaciones y Equipo del Instituto

Fuente: LSS; IMSS.

Cuadro 5.
Otros informes del IMSS

Título/Entidad a la que se presenta	Fundamento legal	Descripción
Cuenta de la Hacienda Pública Federal/ SHCP y Congreso de la Unión.	En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 74, fracción VI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Ejecutivo Federal somete a consideración de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, la Cuenta de la Hacienda Pública Federal.	Se presentan la contabilidad, las finanzas y el ejercicio del gasto de los programas públicos incluidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación.
Informes Trimestrales sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública/SHCP y Congreso de la Unión.	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, Artículo 107, fracción I. Ley de Ingresos de la Federación. Decreto de Presupuesto de Egresos.	Incluye información desglosada por mes sobre los ingresos obtenidos y la ejecución del Presupuesto de Egresos, por ejemplo, el monto erogado por donativos y por contratos plurianuales de obras públicas, adquisiciones y arrendamientos o servicios; adicionalmente, reporta los juicios ganados y perdidos.
Informe Trimestral sobre la Composición y Situación Financiera de las Inversiones del Instituto/Ejecutivo Federal y Congreso de la Unión.	LSS, Artículo 286 C.	Se informa el estado de las inversiones, así como los rendimientos obtenidos en el periodo correspondiente.
Informe de Servicios de Personal/ Ciudadanía (Diario Oficial de la Federación).	LSS, Artículo 277 D.	Se presenta el análisis de todos los puestos y plazas, incluyendo temporales, sustitutos, residentes y análogas; los sueldos, prestaciones y estímulos de todo tipo de servidores públicos del IMSS, agrupados por nivel, grado y grupo de mando, y los cambios autorizados a su estructura organizacional por el HCT, así como el número, características y remuneraciones totales de la contratación de servicios profesionales por honorarios.
Informe de Labores y Programa de Actividades/Asamblea General del IMSS.	LSS, Artículo 261.	Se reseñan las principales acciones realizadas durante el año inmediato anterior, así como el programa de actividades para el año en curso.

Fuente: IMSS.

Capítulo

I

Entorno Económico y Composición del Aseguramiento

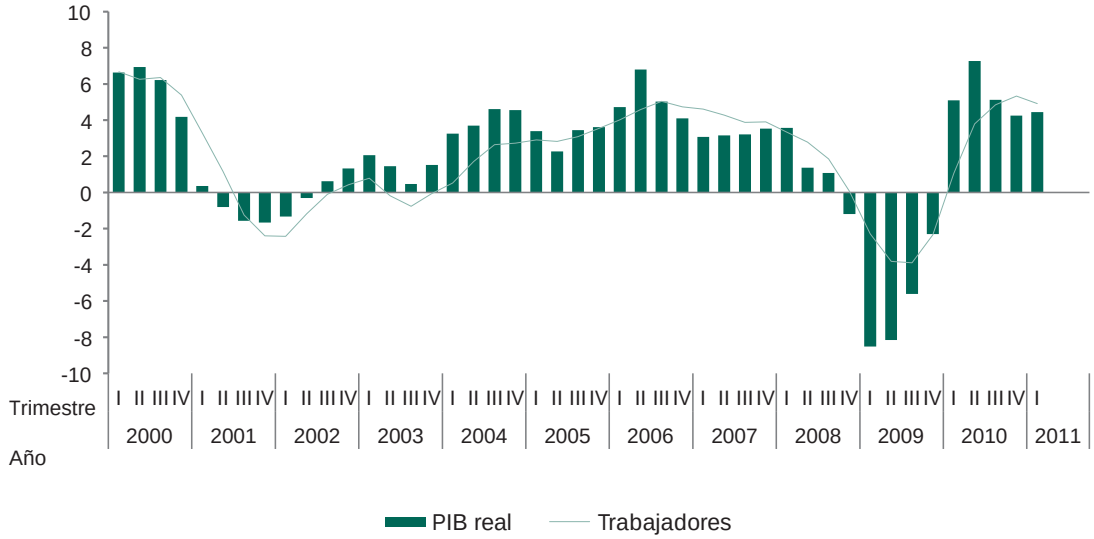
El presente capítulo se divide en tres secciones. En la primera sección se describe un conjunto de factores económicos relacionados con el ciclo económico y la dinámica del mercado laboral que determinan el entorno en el que opera el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estos factores, a su vez, afectan al número de asegurados trabajadores, al salario base de cotización (SBC) y consecuentemente a los ingresos que recauda el IMSS. La segunda sección detalla la evolución de estas tres variables fundamentales para las finanzas del Instituto. El capítulo cierra con una descripción del universo de los derechohabientes del IMSS donde se incluyen, además de los asegurados trabajadores, los asegurados no trabajadores y los familiares de ambos grupos.

I.1. Entorno económico

Después del deterioro en la situación económica que se venía observando durante 2008 y parte del 2009, a lo largo de 2010 se registró una recuperación de la economía mexicana y de la actividad productiva, de acuerdo con el crecimiento observado del Producto Interno Bruto (PIB) (gráfica I.1). La mejoría gradual en las condiciones macroeconómicas del país inició en el segundo trimestre de 2009 y continuó durante todo el 2010. El impacto derivado de esta etapa de recuperación del ciclo económico fue positivo para el Instituto, al generarse un incremento en el número de trabajadores afiliados.

Además del impacto que tiene la actividad económica sobre la afiliación de trabajadores al IMSS, existen otros factores que afectan la estructura del

Gráfica I.1.
Producto Interno Bruto real y trabajadores afiliados al IMSS, 2000-2011
(variación porcentual anual, series desestacionalizadas)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); IMSS.

mercado laboral y pueden generar, en el mediano y largo plazos, transformaciones en el perfil y la composición de los trabajadores afiliados al Instituto y por lo tanto en los ingresos. Entre los factores a considerar destacan: i) la terciarización de la economía; ii) los tipos de relación laboral, y iii) la mayor participación de las mujeres en la fuerza laboral.

En los últimos años, México se ha encontrado inmerso en un patrón acelerado de terciarización de su economía; es decir, el sector servicios (sector terciario) ha crecido a un mayor ritmo que los sectores agrícola (primario) e industrial (secundario). El proceso de recuperación económica actual ha modificado en el corto plazo dicha tendencia, pues los sectores industrial y agrícola presentaron una mayor tasa de crecimiento en 2010 en comparación con el sector servicios (cuadro I.1). Sin embargo, si se observa un patrón de largo plazo (2000-2010), el sector servicios registra un crecimiento promedio de 2.6 por ciento anual comparado con 1.9 por ciento y 1.5 por ciento de los sectores agrícola e industrial, respectivamente.

El desplazamiento en la producción ha implicado cambios en el empleo. En este sentido, en los últimos años se ha observado un crecimiento diferenciado en el empleo por sector de actividad económica, como se muestra en el cuadro I.2.

El cambio estructural en la economía y en el empleo tiene diversas implicaciones para el IMSS. Por ejemplo, al transferirse la producción y el empleo de una división de actividad económica con alta cobertura de la seguridad social (industrias de la transformación) hacia una con baja cobertura (comercio) (gráfica I.2).

Por otra parte, de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo (LFT), una relación laboral existe 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[1].

La Ley del Seguro Social (LSS) remite a los artículos relevantes de la LFT para definir qué personas son

[1] LFT, Artículos 20 y 21.

sujetas de incorporación[2]. La subordinación juega un papel decisivo en la definición de una relación laboral y la obligatoriedad de su incorporación al IMSS. En este sentido, los trabajadores independientes no están obligados por la LSS a afiliarse al Instituto. Adicionalmente al trabajo independiente, la LSS exenta de la afiliación obligatoria a algunas actividades laborales[3]. De esta forma, no todo el universo de la población ocupada debe por Ley estar afiliado al Instituto. El cuadro I.3 muestra el peso que tienen algunas actividades exentas de la incorporación al IMSS como porcentaje de la población ocupada.

La LSS contempla la existencia de trabajadores permanentes y eventuales[4]. En ambos casos las condiciones de entero y pago de las cuotas al IMSS son las mismas, así como las obligaciones patronales ante el Instituto. La única diferencia entre los dos tipos de trabajadores radica en que los eventuales podrían tener una menor acumulación en el tiempo de cotización al pasar menos tiempo incorporados al IMSS, así como un mayor tiempo previo de aseguramiento necesario para el pago de subsidio en caso de enfermedad[5].

Cuadro I.1.
Crecimiento del Producto Interno Bruto por sector de actividad económica, 2000-2010[1/]
(porcentajes)

Sector de actividad económica	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Promedio anual 2000-2010
Primario (agrícola)	1.6	3.4	-0.1	2.9	2.5	-2.4	6.2	2.4	1.1	-2.0	5.6	1.9
Secundario (industrial)	5.4	-2.8	-0.3	0.8	3.7	2.8	5.8	2.0	-0.1	-7.3	6.1	1.5
Terciario (servicios)	6.2	-0.3	0.1	1.6	4.5	4.2	5.3	4.4	2.9	-5.3	5.0	2.6
Total	**6.0**	**-0.9**	**0.1**	**1.4**	**4.0**	**3.2**	**5.2**	**3.3**	**1.5**	**-6.1**	**5.5**	**2.1**

[1/] Promedio de la variación anual acumulada. A precios de 2003.
Fuente: INEGI.

Cuadro I.2.
Crecimiento de la población ocupada por sector de actividad económica, 2000-2010
(porcentajes)

Sector de actividad económica	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Promedio anual 2000-2010
Primario (agrícola)	-12.5	-0.4	1.4	-5.9	1.1	-5.6	-0.4	-4.3	-0.2	-2.0	4.5	-2.2
Secundario (industrial)	7.0	-2.6	-1.2	0.2	3.0	-3.0	3.8	2.1	1.3	-6.8	1.7	0.5
Terciario (servicios)	5.2	1.6	4.3	3.0	4.3	2.9	4.0	2.9	3.1	1.4	3.3	3.3
Total	**2.1**	**0.1**	**2.3**	**0.7**	**3.4**	**0.6**	**3.4**	**1.7**	**2.2**	**-1.2**	**3.0**	**1.7**

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Empleo (ENE) con información homologada con criterios de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE); ENOE, indicadores estratégicos.

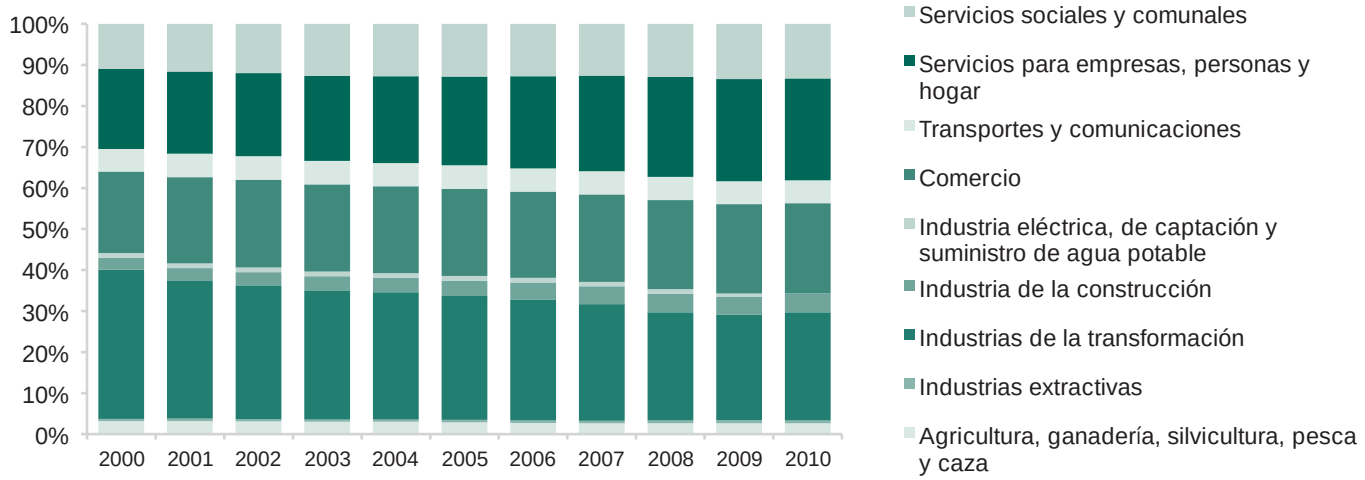
[2] LSS, Artículo 12.

[3] LSS, Artículo 13. Sobresale el caso de los empleados de instituciones públicas cuya seguridad social está regulada por otras leyes.

[4] Trabajador permanente es aquel que tenga una relación de trabajo por tiempo indeterminado (LSS, Artículo 5A, fracción VI); Trabajador eventual es aquel que tenga una relación de trabajo para obra determinada o por tiempo determinado en los términos de la LFT (LSS, Artículo 5A, fracción VII).

[5] El asegurado permanente 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.

Gráfica I.2.
Trabajadores permanentes por división de actividad económica, 2000-2010[1/]
(porcentajes, al 31 de diciembre de cada año)



[1/] Trabajador permanente es aquel que tiene una relación de trabajo por tiempo indeterminado.
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), IMSS.

En los últimos años, la participación relativa de los trabajadores eventuales ha aumentado. En la gráfica I.3 esto se ilustra en el caso de la proporción de trabajadores eventuales urbanos respecto a los trabajadores permanentes.

El tercer factor que afecta la estructura del mercado laboral es la incorporación de las mujeres al mismo, fenómeno que se ha acelerado durante los últimos años. La tendencia creciente de la tasa de participación económica femenina se observa en el cuadro I.4.

Para 2010, según datos de la ENOE, la participación de la mujer en la fuerza laboral representó 41.1 por ciento del total de la población femenina en edad de trabajar, es decir, poco más de cuatro de cada 10 mujeres participaron activamente en el mercado laboral. De 2000 a 2010 la tasa aumentó en poco menos de 5 puntos porcentuales. En dicho lapso, el mayor incremento en la participación de las mujeres en el mercado de trabajo se dio en el rango de edad de 25 a 54 años, en el cual una de cada dos mujeres participa en el mercado laboral.

La creciente participación económica femenina se ha reflejado en una mayor integración de la mujer como parte de los trabajadores permanentes y eventuales urbanos del IMSS. Como se muestra en el cuadro I.5, en los últimos 11 años se incrementó en 2.5 puntos porcentuales la participación de la mujer en el mercado de trabajo, al pasar de 34.2 por ciento del total en el año 2000 a 36.7 por ciento en 2010. Destacan los grupos de 25 a 54 años y de 55 a 64 años, cuya participación se incrementó en 4 puntos porcentuales y 6.6 puntos porcentuales, respectivamente, entre 2000 y 2010.

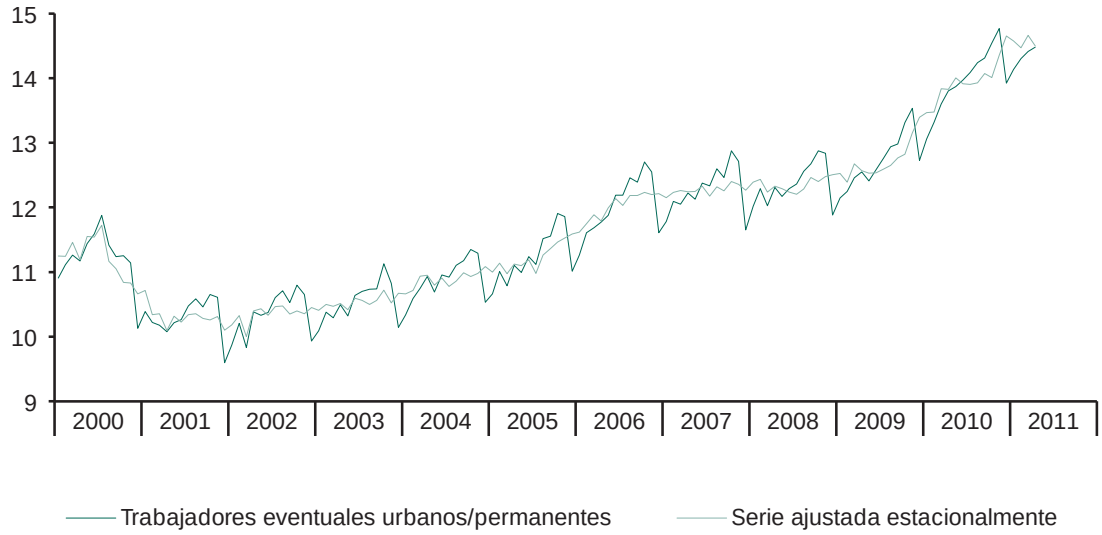
Cuadro I.3.
Población ocupada no obligada a ser afiliada al IMSS, 2010

Descripción	Miles de personas	Porcentaje de la población ocupada
Patrones	1,671	3.8
Trabajadores por cuenta propia	8,710	19.8
Trabajadores sin remuneración	2,990	6.8
Total	**13,371**	**30.3**

Fuente: INEGI, ENOE 2010.

Dos factores han influido en el incremento de la tasa de participación económica femenina y su mayor integración en el mercado laboral: 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

Gráfica I.3.
Razón de trabajadores eventuales urbanos *vs.* permanentes, 2000-2011
(porcentajes, al cierre de cada mes)



Fuente: DIR, IMSS.

Cuadro I.4.
Tasa de participación económica femenina por grupo de edad, 2000-2010
(porcentajes)

Grupos de edad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
14 a 24 años	36.1	34.3	33.3	31.9	32.7	32.4	33.0	34.3	30.9	32.2	30.2
25 a 54 años	45.6	45.3	46.5	46.4	49.5	50.7	52.2	53.3	52.4	54.4	52.8
55 a 64 años	28.6	27.6	29.2	30.1	32.0	33.0	33.7	34.7	32.7	35.2	34.5
65 años y más	14.5	13.0	14.3	13.9	14.4	15.2	14.8	14.6	14.8	15.6	13.5
Total	**36.4**	**35.3**	**35.9**	**35.3**	**37.5**	**40.7**	**41.8**	**42.7**	**41.1**	**42.9**	**41.1**

Fuente: INEGI, ENE 2000-2004 y ENOE 2005-2010.

Cuadro I.5.
Participación femenina en los trabajadores permanentes y eventuales urbanos del IMSS por grupo de edad, 2000-2010
(porcentajes al mes de diciembre de cada año)

Grupos de edad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
15 a 24 años	39.6	39.5	39.3	39.0	39.0	38.9	39.2	39.3	39.1	38.9	38.1
25 a 54 años	33.1	33.5	33.8	34.2	34.6	34.9	35.5	35.9	36.3	37.0	37.1
55 a 64 años	22.3	23.1	23.7	24.2	24.7	25.1	25.5	26.2	27.0	28.2	28.9
65 años y más	22.7	22.8	23.0	23.2	23.4	23.2	22.8	22.6	23.0	23.8	24.4
Total	**34.2**	**34.3**	**34.5**	**34.6**	**34.9**	**35.1**	**35.6**	**36.0**	**36.2**	**36.7**	**36.7**

Fuente: DIR, IMSS.

que el segmento de la población con secundaria terminada, estudios medio superior y superior ha aumentado[6]. Por otro lado, se aprecia una marcada disminución en la tasa global de fecundidad en el periodo 2000-2010, al pasar de 2.9 a 2.4 hijos por mujer[7], y se espera que ésta sea de 1.87 en 2030[8].

Para el Instituto, los efectos del incremento de la participación de la mujer en el mercado laboral son diversos. Sobresale una modificación significativa en los ingresos del Instituto a causa de un número elevado de trabajadoras: i) por una parte, un aumento de las cuotas obrero-patronales (COP) dado que la incorporación femenina al mercado laboral incrementa el total de la población económicamente activa; ii) por otra parte, una disminución de las COP debido a que las mujeres, cuya remuneración es en promedio más baja que la de los hombres, ingresan en puestos laborales que antes estaban ocupados por hombres. Asimismo, se observa una modificación de la demanda de los servicios y prestaciones de seguridad social: i) por un lado, un aumento en el número de pensiones por vejez que deberá otorgar la seguridad social a las trabajadoras, situación significativamente distinta a la registrada en el pasado, cuando las mujeres recibían con mayor frecuencia una pensión en el caso de viudez, y ii) por otro lado, un incremento en la demanda por servicios médicos, especialmente los relacionados con maternidad, y en la demanda del servicio de guarderías, no obstante la reducción en la tasa de fecundidad, situación que continuará afectando las finanzas del Instituto[9].

[6] INEGI, Censos de Población y Vivienda, 2000 y 2010.
[7] *Ídem.*
[8] Proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO).
[9] Ver el Capítulo VII sobre la demanda de servicios de guarderías.

I.2. Evolución de asegurados trabajadores, salario base de cotización e ingresos

I.2.1. Asegurados trabajadores

De manera congruente con la evolución de las tasas de crecimiento de la economía, el número de asegurados trabajadores del Instituto aumentó de manera consistente durante los cuatro trimestres de 2010, con lo que al 31 de diciembre de ese año el número de trabajadores permanentes y eventuales urbanos ascendió a 14'611,629 personas, nivel superior en 730,348 personas (5.3 por ciento) al registrado a finales de 2009 (gráfica I.4)[10]. Cabe señalar que al cierre de 2010, del total de trabajadores asegurados 405,701 correspondieron a trabajadores propios del IMSS.

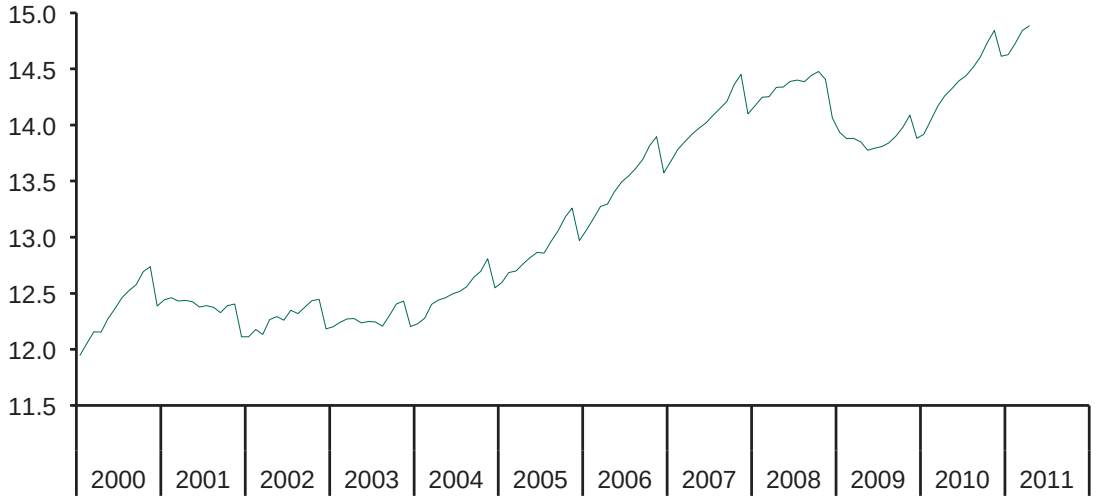
El crecimiento de la actividad económica observada en el 2010 y su impacto en los niveles de empleo se reflejó también en el aumento en el registro de cotizantes ante el Instituto[11]. Así, en diciembre de 2010, el IMSS contaba con 14'673,000 cotizantes en las Modalidades 10, 13 y 17[12], es decir, 786,204 más que los registrados en el mismo mes del año anterior[13]. Eso se tradujo en un crecimiento del número de cotizantes de 5.7 por ciento. Como se aprecia en la gráfica I.5, el impacto fue tal que a lo largo de 2010 el número de cotizantes se ubicó en general por arriba del observado en 2009.

[10] Conviene distinguir, dentro de la población afiliada, a los asegurados trabajadores y a los asegurados no trabajadores. El número de asegurados trabajadores presenta una correlación positiva con el nivel de la actividad económica, en tanto que el número de asegurados no trabajadores (pensionados y afiliados al Régimen Voluntario) está asociado primordialmente al comportamiento de variables como la actividad económica en décadas pasadas en el caso de los pensionados, así como a otros factores sociales y demográficos actuales en el caso del Régimen Voluntario.
[11] El término 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. En un periodo dado, un trabajador asegurado puede laborar con más de un patrón, por lo cual cotiza al Instituto más de una vez. Por ello, usualmente el número de cotizantes difiere del número de los asegurados trabajadores.
[12] Modalidad 10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad; Modalidad 13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo, y Modalidad 17: Reversión de cuotas por subrogación de servicios. Ver el Anexo A para más detalles sobre las modalidades de aseguramiento al IMSS.
[13] Cabe señalar que a diferencia de la estadística de asegurados trabajadores, las cifras de cotizantes no consideran a los trabajadores del IMSS.

El aumento en el número de cotizantes se registró en casi todas las delegaciones del Instituto, como se observa en la gráfica I.6. En 34 de las 35 delegaciones, el número de cotizantes fue mayor al registrado en diciembre del año anterior. La única excepción fue la delegación Baja California Sur, donde se observó una reducción del número de cotizantes de 0.2 por ciento.

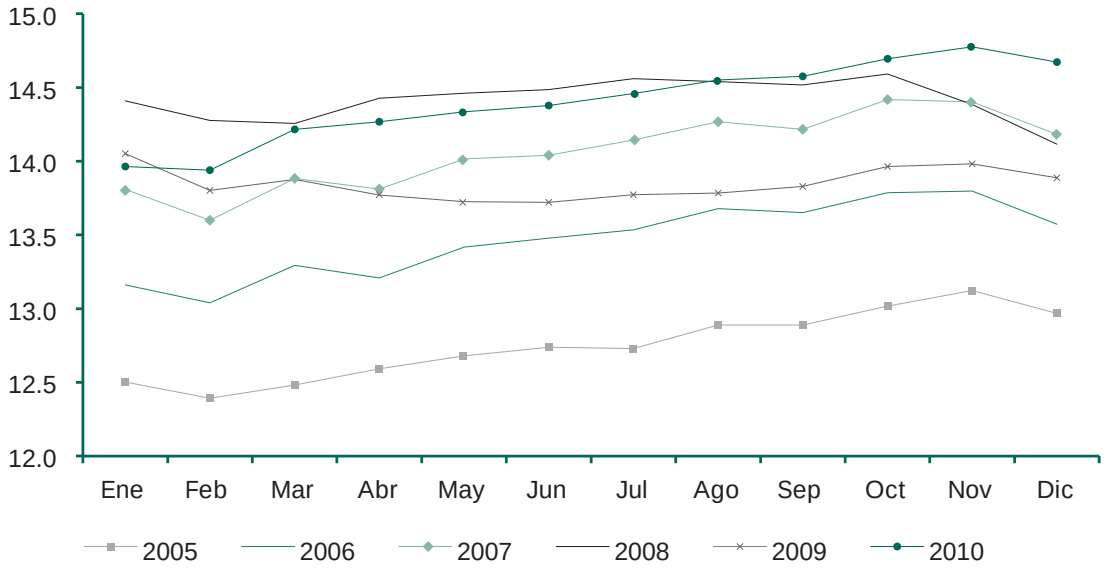
En diciembre de 2010, 41.7 por ciento de los cotizantes laboró en registros patronales con más de 250 trabajadores (gráfica I.7), lo que representa un aumento en comparación con 2009, cuando ese porcentaje fue igual a 40.7 por ciento. Asimismo, en diciembre de 2010, 85.2 por ciento de los registros patronales contaban con 1 a 15 cotizantes, en tanto

Gráfica I.4.
Número de trabajadores afiliados al IMSS, 2000-2011[1/]
(millones de personas, al cierre de cada mes)



[1/] Trabajadores permanentes y eventuales urbanos.
Fuente: DIR, IMSS.

Gráfica I.5.
Evolución de cotizantes, 2005-2010
(millones[1/])

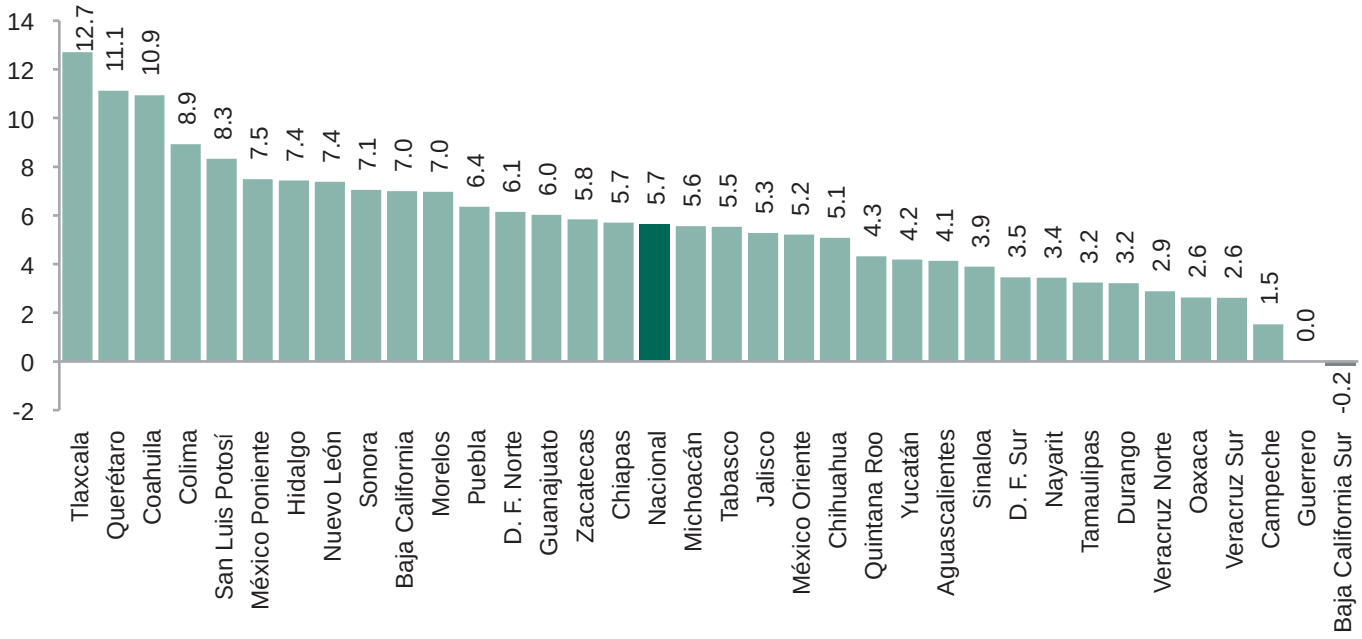


[1/] Las cifras se refieren a cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.
Fuente: DIR, IMSS.

que sólo 2.9 por ciento de los registros patronales tenían más de 100 cotizantes.

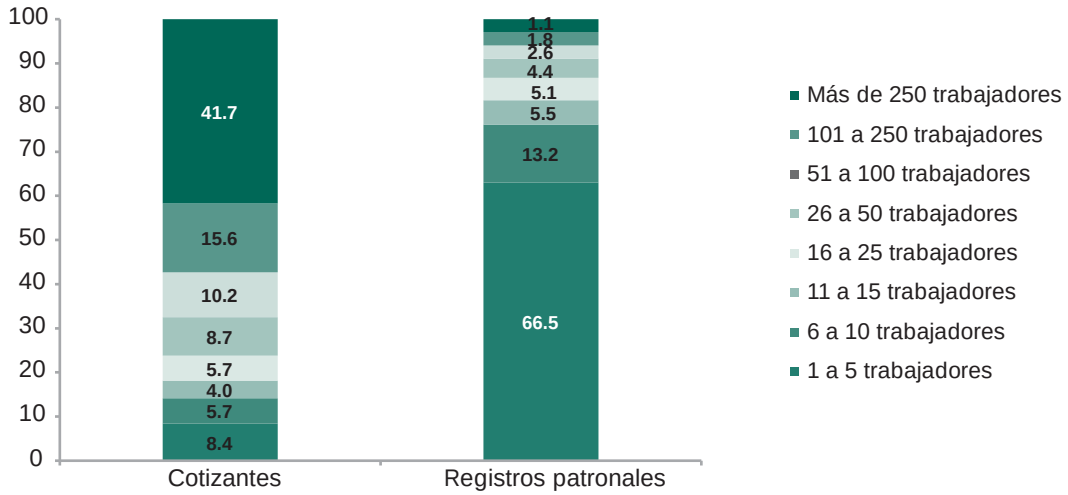
El cuadro I.6 muestra la distribución de los cotizantes y registros patronales por división de actividad económica. Destacan las divisiones de servicios para empresas, personas y hogar, y sociales y comunales, que concentraron 32 por ciento de los cotizantes y 34.1 por ciento del total de los registros patronales; les siguió la industria de

Gráfica I.6.
Variación porcentual anual en el número de cotizantes, 2009-2010
(porcentajes, cifras al mes de diciembre[1/])



[1/] Las cifras se refieren a cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.
Fuente: DIR, IMSS.

Gráfica I.7.
Cotizantes y registros patronales por tamaño de registro patronal, 2010
(porcentajes, cifras al mes de diciembre[1/])



[1/] Las cifras se refieren a cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.
Fuente: DIR, IMSS.

la transformación, con 26.9 por ciento de cotizantes y 14.4 por ciento de los registros patronales, y en tercer lugar se ubicó el sector comercio, con 21.6 por ciento de los cotizantes y 30 por ciento de los registros patronales.

SBC que perciben. El registro correcto del SBC ante el Instituto es esencial, entre otros aspectos, para determinar las prestaciones en dinero que se cubren en los distintos ramos de aseguramiento, así como para el cálculo correcto de las cuotas que debe pagar el patrón, y con las cuales se contribuye a financiar la prestación de los servicios ofrecidos por el Instituto.

Cuadro I.6.
Cotizantes y registros patronales por división de actividad económica, 2010[1/]
(cifras al mes de diciembre[2/])

División	Cotizantes	Registros patronales	Cotizantes por registro patronal	Estructura Porcentual		Var. absoluta 2009-2010	
				Cotizantes	Registros patronales	Cotizantes	Registros patronales
Servicios para empresas, personas y hogar	3,656,868	224,235	16.3	24.9	27.1	132,018	987
Servicios sociales y comunales	1,045,002	58,075	18.0	7.1	7.0	25,769	793
Industrias de la transformación	3,946,584	119,429	33.0	26.9	14.4	301,650	-670
Comercio	3,173,196	248,722	12.8	21.6	30.0	151,212	1,443
Industria de la construcción	1,348,128	98,505	13.7	9.2	11.9	109,417	771
Transporte y comunicaciones	802,740	49,061	16.4	5.5	5.9	24,552	148
Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza	443,898	26,974	16.5	3.0	3.3	25,850	-143
Industria eléctrica y de captación y suministro de agua[3/]	148,047	1,437	103.0	1.0	0.2	15,131	86
Industrias extractivas	108,537	2,065	52.6	0.7	0.2	605	32
Total	14,673,000	828,503	17.7	100.0	100.0	786,204	3,447

[1/] De conformidad con lo establecido en el Reglamento de la LSS en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización.
[2/] Las cifras se refieren a cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.
[3/] La composición de la serie se modificó en 2010; como resultado se actualizaron las cifras de 2009, las cuales pueden no coincidir con lo reportado en el informe anterior.
Fuente: DIR, IMSS.

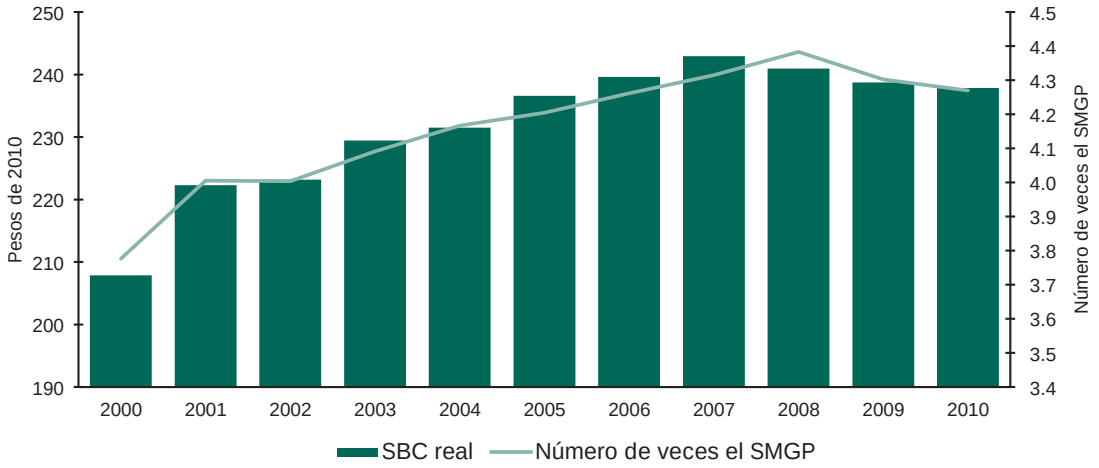
Entre diciembre de 2009 y 2010 el número de cotizantes aumentó en todas las divisiones de actividad económica. El crecimiento porcentual en el número de cotizantes más alto se observó en la industria de la construcción y la industria eléctrica y de captación y suministro de agua, con crecimientos superiores a 8 por ciento.

I.2.2. Salario base de cotización

Durante la presente administración el Instituto ha buscado facilitar y promover entre los patrones y sujetos obligados el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social, entre las que se encuentra el registrar a todos sus trabajadores con el

En la gráfica I.8 se presenta la evolución del SBC en términos reales y en número de veces el salario mínimo general promedio (SMGP) durante los últimos 11 años. En este periodo el SBC real creció en promedio 1.38 por ciento por año, mientras que medido en número de veces el SMGP aumentó en promedio en 1.25 por ciento por año. En diciembre de 2010, el SBC se ubicó en 237.86 pesos diarios, lo que significó un incremento nominal de 4 por ciento respecto al nivel alcanzado en 2009. En términos reales, representó una disminución de 0.38 por ciento. En número de veces del SMGP, el SBC se redujo 0.8 por ciento, al pasar de 4.30 a 4.27 veces el SMGP. No obstante lo anterior, la reducción del SBC en términos reales fue menor en 2010 respecto a la registrada en 2009.

Gráfica I.8.
Salario base de cotización, 2000-2010
(pesos de 2010 y número de veces el SMGP[1/], al mes de diciembre de cada año[2/])



[1/] Para el cálculo del salario mínimo de 2010 a nivel nacional y por delegación/subdelegación de adscripción al IMSS se considera el salario mínimo publicado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI) para cada una de las tres zonas en las que se divide el país. En particular, a cada municipio del país se le asocia el salario mínimo de la zona a la que corresponde y el total del país/delegación/subdelegación se pondera con el promedio de trabajadores permanentes y eventuales urbanos (TPEU) registrados. En 2010 la ponderación se realizó con el dato del mes de diciembre de 2009.
[2/] Las cifras se refieren a cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.
Fuente: DIR, IMSS.

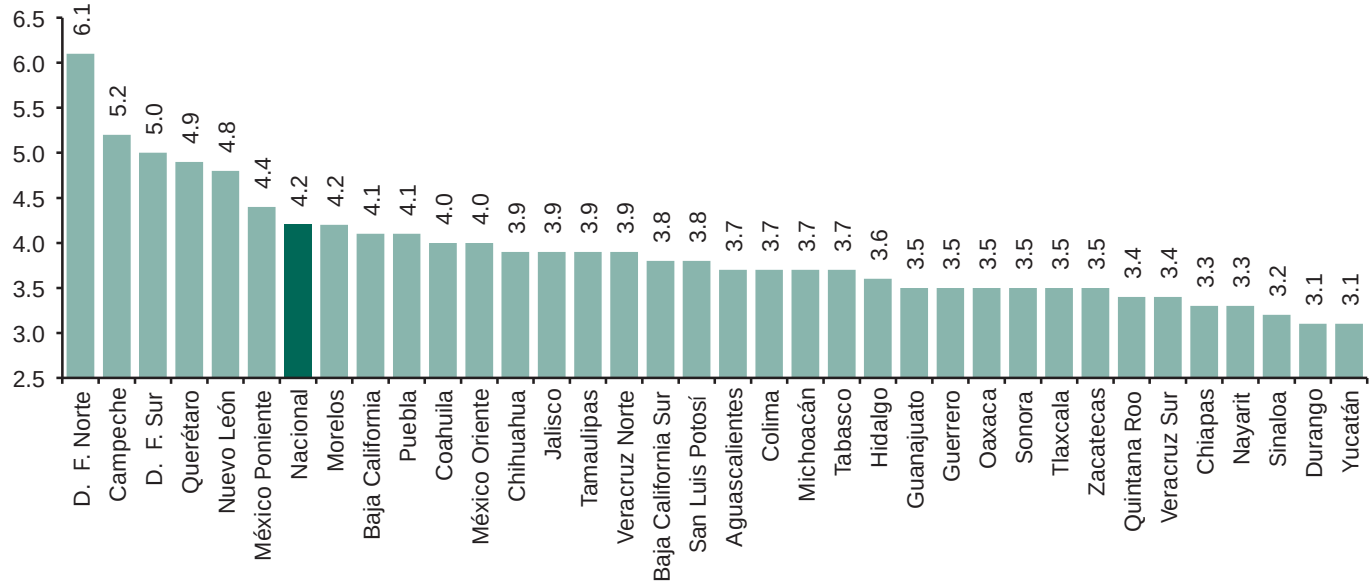
En la gráfica I.9 se presenta el SBC en número de veces el salario mínimo (NVSM) por delegación para 2010. Las delegaciones con un SBC en NVSM mayor al promedio nacional fueron: Distrito Federal Norte, Campeche, Distrito Federal Sur, Querétaro, Nuevo León y México Poniente. Por otro lado, por segundo año consecutivo, Chiapas, Nayarit, Sinaloa, Durango y Yucatán presentaron el SBC en NVSM más bajo a nivel nacional.

En la gráfica I.10 se presenta la relación entre la tasa de crecimiento real anual del SBC y el SBC en NVSM por delegación para diciembre de 2010. Sólo seis delegaciones (Distrito Federal Norte, Campeche, Distrito Federal Sur, Querétaro, Nuevo León y México Poniente), las mismas que en 2009, registraron un SBC en NVSM mayor al promedio nacional (4.2 veces el salario mínimo). De éstas, sólo dos (Campeche y Distrito Federal Sur) presentaron al mismo tiempo un crecimiento real positivo en el SBC durante el periodo analizado.

De los 14’673,000 cotizantes registrados al cierre de 2010, 70.6 por ciento percibieron un SBC de uno a cuatro veces el salario mínimo, 21.1 por ciento se encontraba en los rangos de 5 a 10 veces el salario mínimo y 8.3 por ciento se situaba en más de 10 salarios mínimos (cuadro I.7). En términos porcentuales, el grupo que registró el mayor aumento con relación a 2009 fue el de los cotizantes de dos salarios mínimos, que concentraron 34.6 por ciento de todos los cotizantes en 2010, comparado con 33.1 por ciento registrado en 2009.

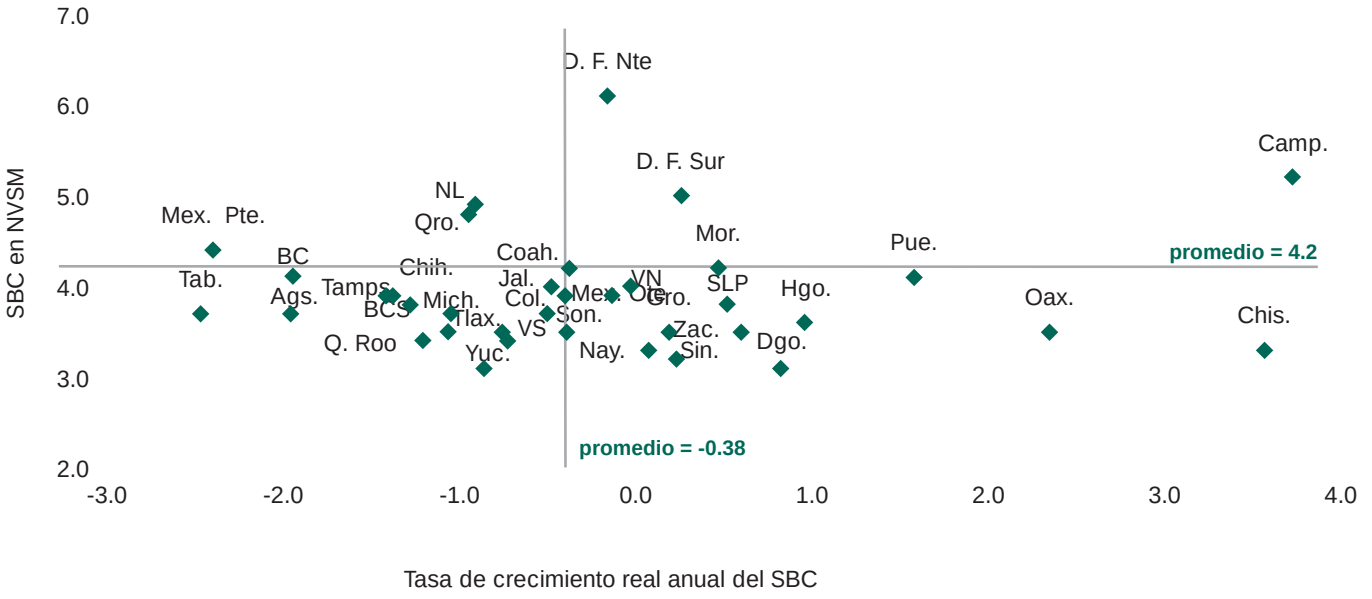
El cuadro I.8 muestra que, por división de actividad económica, en cuatro de ellas se registró un incremento real del SBC en 2010 respecto a 2009: agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza; las industrias extractivas; la industria eléctrica y de captación y suministro de agua; y la división de servicios sociales y comunales. Por otro lado, ninguna división presentó un aumento del SBC en número de veces el SMGP respecto al mismo periodo del año anterior.

Gráfica I.9.
Salario base de cotización en número de veces el salario mínimo por delegación, 2010
(cifras al mes de diciembre[1/])



[1/] Las cifras se refieren al SBC de los cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.
Fuente: DIR, IMSS.

Gráfica I.10.
Tasa de crecimiento real del salario base de cotización y salario base de cotización en número de veces el salario mínimo por delegación, 2010
(porcentajes y NVSM, al mes de diciembre[1/])



[1/] Las cifras se refieren al SBC de los cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.
Fuente: DIR, IMSS.

Cuadro I.7.
Número de cotizantes por nivel de cotización y tamaño de registro patronal, 2010
(cifras al mes de diciembre[1/])

SBC en NVSM	Número de cotizantes por tamaño de registro patronal									Estructura porcentual
	1-5	6-10	11-15	16-25	26-50	51-100	101-250	> 250	Total	
1	105,895	41,524	21,724	24,797	30,235	31,809	46,515	100,271	402,770	**2.7**
2	765,793	457,342	284,153	372,745	509,808	518,208	693,588	1,481,540	5,083,177	**34.6**
3	201,029	162,749	121,470	179,721	281,776	322,118	489,888	1,315,729	3,074,480	**21.0**
4	76,845	72,632	59,104	91,488	153,132	195,120	303,810	842,709	1,794,840	**12.2**
5	31,873	34,484	29,607	48,684	84,593	111,373	181,215	507,794	1,029,623	**7.0**
6	17,588	19,488	17,588	29,932	54,315	73,385	124,614	359,536	696,446	**4.7**
7	9,915	12,259	11,462	19,902	38,504	53,070	94,795	278,729	518,636	**3.5**
8	6,448	7,797	7,354	13,135	25,201	36,081	63,974	202,444	362,434	**2.5**
9	3,832	4,949	5,093	9,244	17,428	25,789	48,786	156,295	271,416	**1.8**
10	3,676	4,392	4,261	7,334	14,140	20,500	38,954	122,575	215,832	**1.5**
11-15	7,499	9,775	9,790	18,870	35,494	52,501	100,494	350,623	585,046	**4.0**
16-20	3,026	3,765	4,000	7,686	14,677	21,253	42,871	173,510	270,788	**1.8**
21-25	5,456	5,680	5,921	10,689	20,817	30,871	60,570	227,508	367,512	**2.5**
Total	**1,238,875**	**836,836**	**581,527**	**834,227**	**1,280,120**	**1,492,078**	**2,290,074**	**6,119,263**	**14,673,000**	**100.0**
Estructura porcentual	**8.4**	**5.7**	**4.0**	**5.7**	**8.7**	**10.2**	**15.6**	**41.7**	**100.0**	

[1/] Las cifras se refieren a cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.
Fuente: DIR, IMSS.

Cuadro I.8.
Salario base de cotización y variación por división de actividad económica, 2009-2010
(pesos de 2010 y número de veces el SMGP[1/], cifras al mes de diciembre[2/])

División de actividad económica	2009		2010		Variación relativa	
	SBC (pesos)	SBC en veces el SMGP	SBC (pesos)	SBC en veces el SMGP		
	(a)	(b)	(c)	(d)	(c)/(a)	(d)/(b)
Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza	135.46	2.5	136.29	2.4	1.01	0.96
Industrias extractivas	360.58	6.7	369.43	6.6	1.02	0.99
Industrias de la transformación	253.04	4.7	250.89	4.5	0.99	0.96
Industria de la construcción	183.02	3.4	179.53	3.2	0.98	0.94
Industria eléctrica y de captación y suministro de agua	538.81	10.1	558.95	10.0	1.04	0.99
Comercio	208.60	3.9	206.72	3.7	0.99	0.95
Transporte y comunicaciones	308.93	5.8	303.12	5.4	0.98	0.93
Servicios para empresas, personas y hogar	240.71	4.5	241.55	4.3	1.00	0.96
Servicios sociales y comunales	262.87	4.9	264.63	4.7	1.01	0.96
Total	**238.76**	**4.40**	**237.86**	**4.20**	**1.00**	**0.95**

[1/] Salario mínimo general promedio.
[2/] Las cifras se refieren al SBC de los cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.
Fuente: DIR, IMSS.

La industria eléctrica y de captación y suministro de agua registró el SBC más alto, con un aumento real de 3.7 por ciento respecto a 2009, mientras que la división con el menor SBC fue la de agricultura, ganadería silvicultura, pesca y caza.

I.2.3. Ingresos

Durante 2010, la evolución positiva de la economía mexicana impactó favorablemente en la recuperación del empleo, con lo que se incrementó el número de cotizantes afiliados al Instituto. Con relación al SBC, éste creció en términos nominales en 4 por ciento, mientras que en términos reales se observó una disminución de 0.38 por ciento. Como resultado del comportamiento del número de cotizantes y del SBC, los ingresos de COP del Instituto en 2010 aumentaron 2.9 por ciento (cuadro I.9).

Los ingresos del IMSS, los cuales se integran por las COP, las aportaciones del Gobierno Federal (AGF), los intereses sobre las reservas y otros ingresos, así como las pensiones en curso de pago (PCP), totalizaron un monto de 336,391.1 millones de pesos, cifra mayor en 3.2 por ciento en términos reales respecto al nivel que se alcanzó en el 2009.

En comparación con 2009, además de las COP, se registraron aumentos en otros ingresos, los cuales alcanzaron 6,855.3 millones de pesos, con un aumento

Cuadro I.9.
Estructura de los ingresos del IMSS, 2009-2010
(millones de pesos de 2010)

Concepto	2009	2010	Variación Porcentual 2010/2009
Cuotas y aportaciones	**208,592.2**	**210,995.9**	**1.2**
Cuotas obrero-patronales	**158,293.4**	**162,816.9**	**2.9**
Régimen Obligatorio	154,179.9	158,470.2	2.8
Cuotas IMSS-Asegurador	147,173.6	151,270.5	2.8
Cuotas IMSS-Patrón	7,006.3	7,199.7	2.8
Régimen Voluntario	4,113.4	4,346.7	5.7
Cuotas IMSS-Asegurador[1/]	4,113.4	4,346.7	5.7
Aportaciones del Gobierno Federal	**50,298.8**	**48,179.0**	**-4.2**
Régimen Obligatorio	46,493.5	44,409.0	-4.5
Régimen Voluntario	3,805.4	3,770.0	-0.9
Intereses sobre las reservas	**9,231.3**	**7,553.1**	**-18.2**
Otros ingresos[2/, 3/]	**6,123.5**	**6,855.3**	**12.0**
Pensiones en curso de pago[4/]	**95,884.5**	**105,339.0**	**9.9**
Adeudo del Gobierno Federal	**6,202.2**	**5,647.8**	**-8.9**
Total[5/, 6/]	**326,033.8**	**336,391.1**	**3.2**

[1/] Se refiere a aportaciones a los Seguros de Estudiantes (SSE) y de Salud para la Familia (SSFAM) y otros.
[2/] Incluye la aportación de trabajadores al fondo de jubilación, otros aprovechamientos y los otros ingresos derivados de cuotas (capitales constitutivos, multas, recargos, actualizaciones, ingresos por ejecución y comisiones de las Administradoras de Fondos para el Retiro [AFORE] y del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores [INFONAVIT]).
[3/] Para 2009, en otros ingresos, no se registra el uso de los recursos de la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA) por 616 millones de pesos y de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) por 1,748.5 millones de pesos. En 2010, en el mismo rubro, no se registra el uso de la Reserva de Operación para Contingencia y Financiamiento (ROCF) por 5,562.2 millones de pesos y de la Subcuenta 1 del FCOLCLC por 9,900 millones de pesos.
[4/] Se refiere a pensiones que se otorgan de acuerdo con los lineamientos de la LSS de 1973 y deben ser cubiertas por el Gobierno Federal, de acuerdo con lo establecido en el Artículo Duodécimo Transitorio de la Ley vigente (LSS de 1997).
[5/] Todos los importes son congruentes con lo presentado al H. Consejo Técnico en el documento: "Adecuaciones a la cuarta evaluación", el 25 de marzo de 2011.
[6/] Para ser coincidentes con las cifras de ingresos 2010, en los cuadros 6 y 7 del Capítulo III se deberán considerar 509 millones de pesos como productos financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.
Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

de 12 por ciento. Por otro lado, tanto las AGF como los intereses sobre las reservas registraron un descenso de 4.2 por ciento y 18.2 por ciento, respectivamente, en términos reales, en comparación con 2009[14].

No obstante que el IMSS logró cumplir con la meta de recaudación plasmada en la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) de 2010, resulta conveniente señalar algunos elementos y riesgos que determinan su capacidad para generar mayores niveles de recaudación de ingresos de COP, como es la evasión y elusión en la afiliación de trabajadores y en el registro del salario que estos perciben. Lo anterior se relaciona con aspectos como la estructura del mercado laboral, los costos relativos del factor trabajo, el nivel de carga tributaria[15], el ciclo económico y los niveles de ingresos de la población, entre otros.

Si bien la reducción de los niveles de evasión y elusión es una tarea compleja, y parcialmente exógena a las funciones que desarrolla el Instituto, éste se ha abocado, en el ámbito de sus competencias, a acometer mejoras administrativas y de gestión tendientes a reducir la evasión y con ello acortar la brecha recaudatoria. En el Anexo B se presenta una síntesis de las principales acciones que se han desarrollado para combatir la evasión y promover el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social.

El combate a la evasión ha sido una de las principales vertientes de actuación del Instituto, no sólo para asegurar el acceso a la protección social de los trabajadores y sus familias, y para financiar los servicios que proporciona el IMSS a la población, sino también porque al registrarse el fenómeno de la evasión, dejan de cumplirse requisitos básicos de equidad en el financiamiento de la seguridad social.

El fenómeno de la evasión también acarrea pérdidas implícitas de eficiencia, debido al trato impositivo inequitativo que ello implica en contra de los patrones que cumplen cabalmente con sus obligaciones, y por los costos asociados, de manera directa, por la mayor transferencia de recursos públicos que supone el operar por debajo del ingreso potencial, y de manera indirecta, por la mayor cantidad de recursos que tiene que destinar el Instituto al combate de estas prácticas.

En síntesis, la evasión genera distorsiones en la asignación de los recursos públicos y privados, lo que atenta contra la eficiencia y sostenibilidad del sistema de seguridad social en el mediano y largo plazos.

En la presente administración se han logrado avances en la reducción de la brecha recaudatoria, lo cual se ve reflejado en la evolución de la cobertura de los cotizantes al IMSS[16]. En 2006 el nivel de cobertura de cotizantes no agropecuarios fue de 72.5 por ciento, en tanto que al tercer trimestre de 2010 el nivel de cobertura promedio ha sido de 74.7 por ciento (gráfica I.11). Este incremento de cobertura representó 4.4 mil millones de pesos adicionales de recaudación de COP.

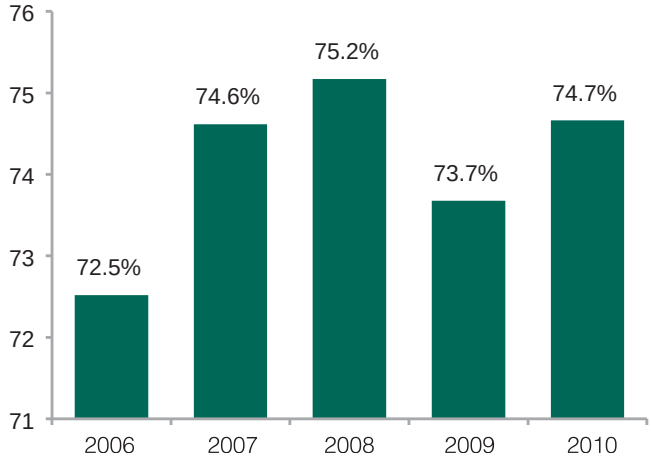
De conformidad con estimaciones sobre el potencial recaudatorio que representaría elevar el nivel de cobertura de la seguridad social, se calcula que entre el 2011 y el

[14] No se analiza la situación de las PCP porque son ingresos virtuales, los cuales el IMSS recibe del Gobierno Federal y a su vez paga a los pensionados.

[15] De conformidad con estadísticas de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), el nivel de carga tributaria de las contribuciones de seguridad social que se pagan en México es bajo la que se compara con la registrada en los países miembros de la Organización. En 2008, el promedio de la OCDE fue de 9 por ciento, mientras que para México este indicador fue de 2.7 por ciento y solamente Dinamarca y Chile registraron un nivel más bajo que el observado en México. Igualmente, si se analiza la participación de las contribuciones de seguridad social en la recaudación total de ingresos tributarios, sólo en Dinamarca, Chile e Islandia se observa una menor participación que la registrada por México (12.7 por ciento), siendo el promedio de la OCDE de 25.3 por ciento.

[16] El indicador de cobertura muestra la relación entre el total de cotizantes no agropecuarios registrados en el IMSS, respecto al total de trabajadores subordinados y remunerados no agropecuarios en micronegocios con local y en pequeños, medianos y grandes establecimientos -excluyendo a trabajadores agropecuarios, en el Gobierno y no especificados- de la ENOE. La comparación de los datos correspondientes a la ENOE con respecto a los propios del IMSS debe considerarse con las correspondientes reservas, ya que ambos cubren universos distintos de trabajadores. La ENOE es una encuesta que se realiza a los miembros de los hogares que componen la muestra seleccionada; por su parte, la base de datos del Instituto comprende únicamente a los trabajadores con relación laboral subordinada que han sido registrados por sus patrones y cotizan en el Instituto. Se debe subrayar el hecho de que el Instituto no tiene registrados a todos aquellos trabajadores que por Ley deberían cotizar debido al problema referido de evasión que enfrenta el Instituto.

Gráfica I.11.
Nivel de cobertura de los cotizantes no agropecuarios *vs.* los trabajadores subordinados y remunerados no agropecuarios
(porcentajes)



Fuente: DIR, IMSS, con datos del IMSS e INEGI; ENOE.

2020, un incremento de dos puntos porcentuales por encima del nivel de cobertura tendencial permitiría obtener recursos excedentes equivalentes a 3,000 millones de pesos anuales, en promedio.

No obstante, el logro de mayores niveles de cobertura requiere del fortalecimiento de la infraestructura de incorporación y recaudación del Instituto, por medio de la ampliación de la estructura de fiscalización; una mayor inversión en capacitación y en el desarrollo de sistemas y en equipo de cómputo e impresión, y la creación de áreas funcionales que permitan especializar la atención y gestión en materia fiscal.

I.3. Cobertura poblacional

El aumento de la actividad económica y el consecuente incremento en la afiliación de trabajadores al Instituto impactó en el nivel de cobertura poblacional de los servicios de seguridad social que proporciona el IMSS. Como resultado, en 2010 el total de asegurados en el Instituto aumentó en 1'237,117 personas (6.50 por ciento) y el número de derechohabientes en 3'175,776 personas (6.46 por ciento) comparado con el año anterior. En el cuadro I.10 se presentan las cifras de la población derechohabiente del IMSS para 2009 y 2010. Se estima que al cierre de 2010 la protección de la seguridad social proporcionada por este organismo cubrió a un total de 52'310,086 personas[17], es decir, 46.2 por ciento de los habitantes del país[18].

Del total de derechohabientes, al cierre de 2010 había registrados 20'263,495 asegurados, lo que representó un crecimiento de 6.5 por ciento con respecto al año anterior. Este incremento fue resultado de la incorporación de 514,820 personas en el Régimen Voluntario y de 722,297 personas en el Régimen Obligatorio, como se presenta en el cuadro I.11. En el Régimen Voluntario destaca el incremento de 11.6 por ciento en los asegurados en la Modalidad 32, Seguro Facultativo.

Trabajadores eventuales del campo

La prestación de servicios de seguridad social en el campo[19] ha sido una prioridad y uno de los mayores retos para el Instituto en los últimos años. 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 se publicaron las reglas para operar el citado decreto. Con ello:

- Se exime a los patrones y a los trabajadores eventuales del campo de la obligación de pagar sus COP 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 geográfica que corresponda.
- Se otorga el derecho a las prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) y el de Riesgos de Trabajo (SRT) a los trabajadores eventuales del campo y sus beneficiarios, pudiendo recibirlas en las unidades médicas del

[17] Cifra que no incluye a los beneficiarios de los servicios que brinda el Programa IMSS-Oportunidades.
[18] La población a diciembre de 2010 se estimó a partir de la población a la fecha del Censo de Población y Vivienda 2010 y considerando la mitad de la tasa de crecimiento promedio anual de la población de 1.4 por ciento. Fuente: INEGI.
[19] Modalidad 13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo y Modalidad 14: Trabajadores eventuales del campo cañero.

Cuadro I.10.
Población derechohabiente del IMSS, 2009-2010[1/]
(cifras al 31 de diciembre de cada año)

Tipo de afiliación	2009	2010	Diferencia absoluta	Variación porcentual
Asegurados	**19,026,378**	**20,263,495**	**1,237,117**	**6.50**
Asegurados Directos[2/]	**14,006,404**	**14,738,783**	**732,379**	**5.23**
Permanentes	12,313,795	12,825,828	512,033	4.16
Eventuales urbanos	1,567,486	1,785,801	218,315	13.93
Jornaleros agrícolas	125,123	127,154	2,031	1.62
Seguro Facultativo[3/]	4,450,805	4,966,875	516,070	11.59
Familias	126,073	296,426	170,353	135.12
Estudiantes	4,324,732	4,670,449	345,717	7.99
Otros[4/]	569,169	557,837	-11,332	-1.99
Familiares de Asegurado[5/]	**25,208,366**	**26,529,996**	**1,321,630**	**5.24**
Pensionados no IMSS[6/]	**2,677,264**	**2,789,125**	**111,861**	**4.18**
En curso de pago[7/]	2,488,264	2,582,884	94,620	3.80
Por renta vitalicia	189,000	206,241	17,241	9.12
Pensionados IMSS[8/]		**204,030**	**204,030**	**-**
Familiares de Pensionados[9/]	**2,222,302**	**2,523,440**	**301,138**	**13.55**
Total	**49,134,310**	**52,310,086**	**3,175,776**	**6.46**

[1/] Incluye trabajadores del IMSS como patrón y los trabajadores del sector privado.
[2/] A partir del 30 de abril de 2008 se emplea una nueva metodología para calcular los afiliados, la cual se explica a detalle en la nota de prensa del 9 de mayo de 2008 y no aplica para pensionados ni familiares de pensionados.
[3/] Incluye estudiantes, familiares de los trabajadores IMSS y familiares de los trabajadores de la Comisión Federal de Electricidad (CFE). Para efectos de estos seguros, se registra al titular y a cada uno de los miembros de la familia.
[4/] Seguro de Salud para la Familia y Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio. Para efectos de este seguro, se registra al titular y a cada uno de los miembros de la familia.
[5/] La estadística de "población derechohabiente del IMSS" incluye tanto a asegurados y pensionados, como a sus familiares dependientes. Las cifras de asegurados y pensionados son determinadas con base en los registros administrativos del IMSS, mientras que las relativas a sus familiares corresponden a estimaciones determinadas con base en coeficientes familiares. Los coeficientes familiares pueden ser interpretados como un promedio del número de miembros por familia y se aplican al número de trabajadores asegurados y de pensionados. Por su parte, la estadística de "población derechohabiente adscrita a unidad de medicina familiar (UMF) del IMSS" es determinada, tanto las cifras de asegurados y pensionados como la de sus familiares, con base en los registros administrativos del Sistema de Acceso a Derechohabientes (AcceDer). Por ejemplo, para diciembre de 2010, la cifra de "población derechohabiente del IMSS" era de 52'310,086, mientras que la "población adscrita a UMF del IMSS" de 45'206,780. La diferencia de 7'103,306 personas se considera la parte estimada, con base en coeficientes familiares, de la estadística de la población derechohabiente del IMSS.
[6/] Pensionados no asociados al IMSS como patrón. Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES), IMSS.
[7/] Incluye a las pensiones provisionales, temporales, garantizadas y derivadas de garantizadas.
[8/] Pensionados asociados al IMSS como patrón. Este rubro se incluye a partir del 31 de agosto de 2010. Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED), IMSS.
[9/] Incluye a familiares de pensionados IMSS y no IMSS.
Fuente: DIR, IMSS.

IMSS o del Programa IMSS-Oportunidades más cercanas a la localidad en que laboran.

- Se concede el derecho a las prestaciones de guarderías.

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. Para continuar apoyando a este sector de la población, el 28 de diciembre de 2010 se publicó en el DOF la prórroga, hasta el 31 de diciembre de 2012, del referido decreto, publicado el 24 de julio de 2007.

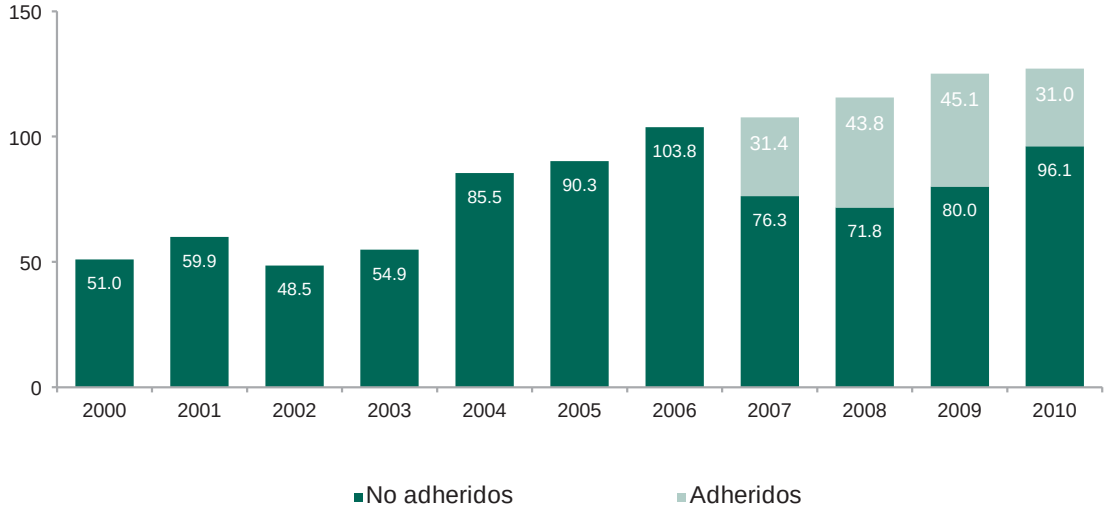
En la gráfica I.12 se presenta la evolución en el registro de trabajadores eventuales del campo de 2000 a 2010. Al 31 de diciembre de 2010 se encontraban registrados en el IMSS un total de 127,154 trabajadores,

Cuadro I.11.
Asegurados por régimen de aseguramiento, 2009-2010
(cifras al 31 de diciembre de cada año)

Régimen de aseguramiento	2009	2010	Estructura porcentual 2010	Variación	
				Absoluta	Porcentual
Obligatorio[1/]	**13,580,299**	**14,302,596**	**70.6%**	**722,297**	**5.32**
Voluntario	**5,446,079**	**5,960,899**	**29.4%**	**514,820**	**9.45**
Cont. Voluntaria en el Régimen Obligatorio (Mod. 40)[2/]	69,176	72,347	0.4%	3,171	4.58
Seguro Facultativo (Mod. 32)	4,450,805	4,966,875	24.5%	516,070	11.59
Seguro de Salud para la Familia (Mod. 33)	499,993	485,490	2.4%	-14,503	-2.90
Otras modalidades[3/]	426,105	436,187	2.2%	10,082	2.37
Total	**19,026,378**	**20,263,495**	**100.0%**	**1,237,117**	**6.50**

[1/] En el Régimen Obligatorio se incluyen las Modalidades 10, 13, 14, 17 y 30. Para una descripción detallada de las modalidades de aseguramiento al IMSS ver el Anexo A.
[2/] 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 de Invalidez y Vida (SIV), y de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV).
[3/] En el Régimen Voluntario se incluyen, además de las Modalidades 32, 33 y 40, las Modalidades 34, 35, 36, 38, 42, 43 y 44.
Fuente: DIR, IMSS.

Gráfica I.12.
Trabajadores eventuales del campo, 2000-2010
(miles de personas, al 31 de diciembre de cada año[1/])



[1/] A partir de enero de 2010 en el grupo "adheridos" se incluye sólo a trabajadores eventuales del campo vigentes al día último del mes y asociados a patrones del campo adheridos al decreto; mientras que anterior a este mes, en este mismo grupo se incluía a todos los trabajadores (permanentes y eventuales) vigentes al día último del mes y asociados a patrones del campo adheridos al decreto (datos 2007-2009).
Fuente: DIR, IMSS.

cifra 65.3 por ciento mayor a la de septiembre de 2007, fecha en que entraron en vigor las reglas de operación del decreto referido. Por su parte, los trabajadores eventuales del campo adheridos al decreto sumaron, al 31 de diciembre de 2010, un total de 31,040, lo que significó 30 por ciento del total de trabajadores eventuales del campo registrados ante el Instituto.

Con relación al sector cañero, al 31 de diciembre de 2010 había un total de 95,253 productores de caña de azúcar y 36,948 trabajadores eventuales del campo cañero registrados en el Instituto, los cuales se encontraban distribuidos en 16 delegaciones. Alrededor de 50 por ciento de los productores y trabajadores del sector se concentraban en las delegaciones Veracruz Sur, Veracruz Norte y Jalisco.

El 30 de junio de 2010 el IMSS y las uniones y asociaciones nacionales y locales de productores de caña de azúcar suscribieron el "Convenio de Aseguramiento y Pago de Cuotas de los Productores de Caña de Azúcar" para el ciclo de aseguramiento 2010-2011, con vigencia del 1º de julio de 2010 al 30 de junio de 2011. A través de este convenio, los productores de caña de azúcar se beneficiaron con 300 millones de pesos, ministrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) al Instituto, al 31 diciembre de 2010, 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 (DPEF) para el ejercicio fiscal 2010.

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 las 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 demográfica[20].

El comportamiento en el número de pensionados es de particular importancia, toda vez que no aportan ingreso corriente al Instituto. Los gastos que generan sus prestaciones y servicios son cubiertos, principalmente, por las cuotas de los trabajadores en activo y las aportaciones que por la LSS le corresponden al Gobierno Federal. Como se puede observar en la gráfica I.13, el número de pensionados sigue un crecimiento sostenido y mantiene una tasa de incremento que oscila alrededor de 4 por ciento anual del 2000 al 2010. Al cierre de 2010 se registraron un total de 2’789,125 pensionados. Por su parte, el número de pensionados ex trabajadores del IMSS acumuló a diciembre de 2010 un total de 204,030. Así, al cierre de 2010 el IMSS cubría a casi 3 millones de pensionados.

El resto de los asegurados no trabajadores, como se puede observar en la gráfica I.14, ha experimentado un crecimiento constante en los últimos años[21]. Durante 2010, casi 505 mil personas más obtuvieron derechos ante el IMSS bajo este esquema. La tasa anual de crecimiento promedio en 2010 fue de 8.4 por ciento.

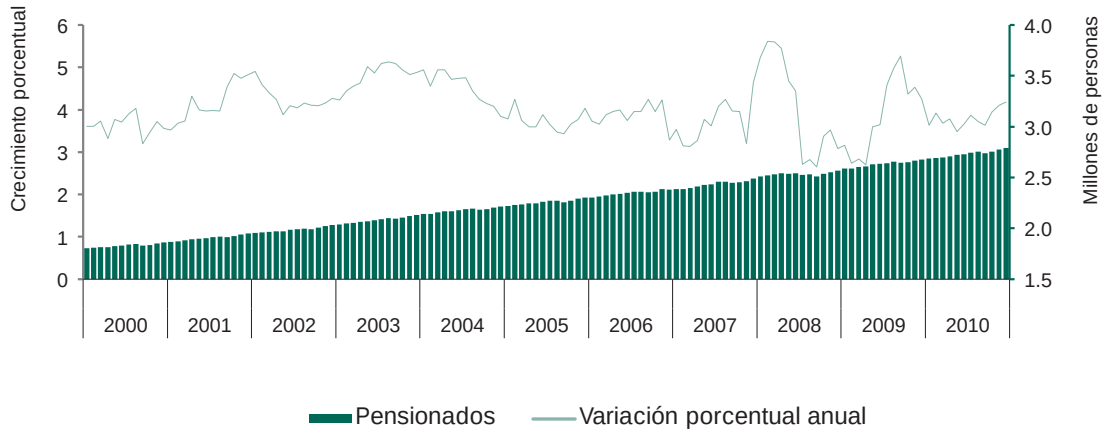
Estudiantes

En 2010, 97 por ciento en promedio del grupo de asegurados no trabajadores, excluyendo pensionados, correspondió a estudiantes, lo cual equivale a 4.7 millones de personas. Los estudiantes de nivel medio

[20] Los pensionados por el SRT y el SIV se originan por contingencias específicas. Para más detalles ver el Anexo D.

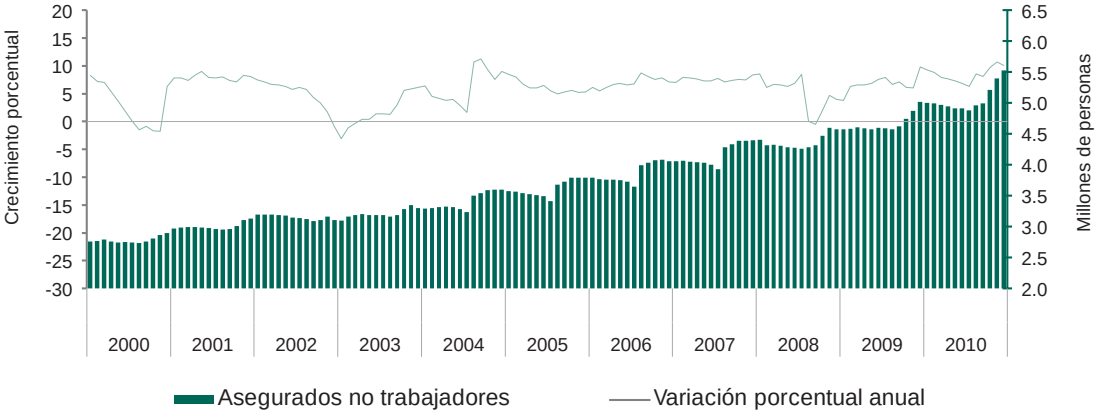
[21] En 2010, de esta población asegurada, 97 por ciento en promedio corresponde a estudiantes.

Gráfica I.13.
Pensionados, 2000-2010[1/]
(millones de personas y porcentajes, al cierre de cada mes)



[1/] No incluye pensionados ex trabajadores del IMSS.
Fuente: DPES, IMSS.

Gráfica I.14.
Asegurados no trabajadores excluyendo pensionados, 2000-2010[1/]
(millones de personas y porcentajes, al cierre de cada mes)



[1/] Incluye Continuación Voluntaria (Modalidad 40), Seguro Facultativo (Modalidad 32), y Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) (Modalidad 33). Para una descripción detallada de las modalidades de aseguramiento al IMSS ver el Anexo A.
Fuente: DIR, IMSS.

superior y superior se incorporaron a la seguridad social mediante un decreto presidencial del 10 de junio de 1987, mismo que se ratificó el 14 de septiembre de 1988. A partir de entonces, el Gobierno Federal cubre al IMSS una cuota de 1.723 por ciento de un SMGVDF para que se les otorguen las prestaciones médicas del SEM. Actualmente, dicha cuota es de 1.03 pesos diarios y de 376.20 pesos anuales. El esquema de prestaciones médicas a los estudiantes se ha ampliado con el tiempo, de manera que hoy todos ellos reciben atención médico-quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y, en su caso, asistencia obstétrica.

El grupo de estudiantes ha registrado un crecimiento importante entre 1998, cuando se introdujo al sistema, y 2010, al pasar de 1.6 millones de personas a 4.3 millones. Esto representa un crecimiento de 194 por ciento en el periodo y de 8.8 por ciento en promedio anual. El grupo típico de quienes cursan estudios en el nivel medio superior lo constituyen jóvenes entre los 15 y 19 años de edad, expuestos en alto grado a accidentes causados por el alcohol, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

Con el fin de tener un diagnóstico sobre la situación financiera que podría reportar el Seguro de Salud para Estudiantes (SSE) en los próximos años, el Instituto ha realizado estimaciones acerca del comportamiento que podrán tener los ingresos y los gastos de esta cobertura. Los resultados obtenidos indican que con la aportación que hace actualmente el Gobierno Federal, los ingresos que recibirá el IMSS en 2011 para financiar el SSE serán equivalentes a 26.7 por ciento de los gastos esperados para ese año, y que tal situación se agravará en los años subsecuentes, ya que para 2030 los ingresos proyectados cubrirían aproximadamente 19.1 por ciento de los gastos, aun bajo el supuesto de que la morbilidad descienda[22]. Ante tal situación, en el Capítulo XIII de este Informe se presenta una propuesta para lograr el equilibrio entre los ingresos y gastos del SSE, mediante la cual el Gobierno Federal contribuya una cuota de 7.485 por ciento de un SMGVDF para cada estudiante.

[22] Se asume que la población de estudiantes de nivel medio superior y superior crecerá a una tasa promedio anual de 1.02 por ciento (tasa de crecimiento proyectada por el Consejo Nacional de Población [CONAPO] para la población de México de entre 15 y 24 años de edad), y que los costos médicos de los servicios que se proporcionen a esta población se incrementen 2.37 por ciento en promedio anual en términos reales.

Capítulo

II

Entorno Demográfico y Epidemiológico y Otros Factores de Presión Sobre el Gasto Médico

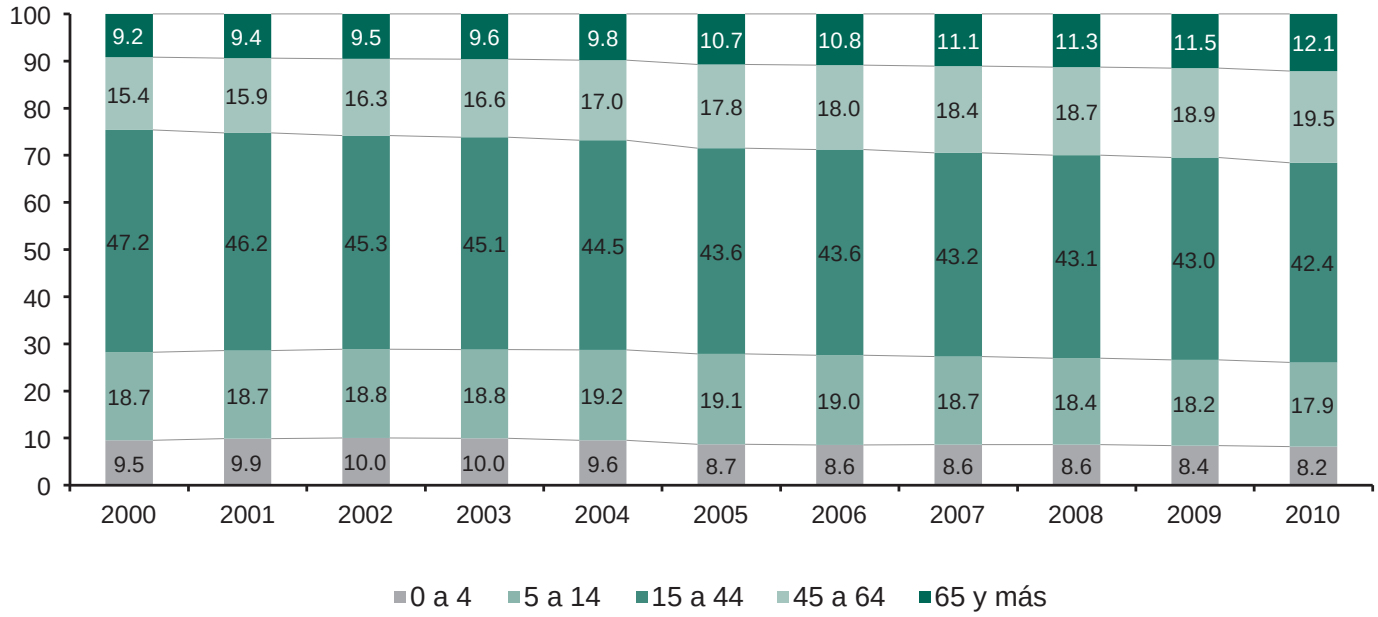
El presente capítulo aborda temas relacionados con las transiciones demográfica y epidemiológica por las que atraviesa la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El envejecimiento de la población derechohabiente combinado con una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y la disponibilidad de nuevas tecnologías médicas de alto costo generan un aumento del gasto en servicios médicos, que en el futuro puede constituir una seria limitante financiera para satisfacer adecuadamente la demanda de servicios de salud.

II.1. Transición demográfica

El proceso de envejecimiento de la población en México y, por ende, de la población derechohabiente, es uno de los retos principales que enfrentan los sistemas de seguridad social, incluyendo el IMSS, no sólo por la presión que se ejerce sobre el financiamiento de las pensiones, sino por la presión que se genera en el gasto en servicios médicos. Una población de mayor edad, además de demandar una mayor cantidad de servicios, requiere intervenciones médicas más complejas y de mayor costo.

En la gráfica II.1 se muestra el cambio estructural en el peso relativo de los grupos de edad de la población derechohabiente adscrita a un médico familiar durante el periodo 2000-2010. Los cambios más significativos han sido el incremento registrado en el grupo de 45 a 64 años, que en 2010 representa 19.5 por ciento de la población total adscrita a un médico familiar, y el de mayores de 65 años, que equivale a 12.1 por ciento del total.

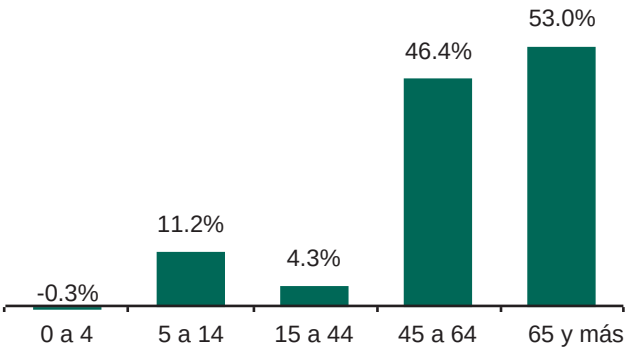
Gráfica II.1.
Población adscrita a médico familiar por grupo de edad, 2000-2010
(porcentajes)



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

Es claro que la composición por grupos de edad de la población adscrita a médico familiar (PAMF) continuará registrando un aumento sostenido en el número de personas ubicadas en el grupo de 65 años y más. Entre 2000 y 2010 este grupo de edad creció a una tasa de 53 por ciento. En contraste, se observa una tasa baja de crecimiento para los grupos de edad menores de 44 años, incluso negativa para el grupo infantil (gráfica II.2).

Gráfica II.2.
Crecimiento de la población adscrita a médico familiar por grupo de edad, 2000-2010
(porcentajes)



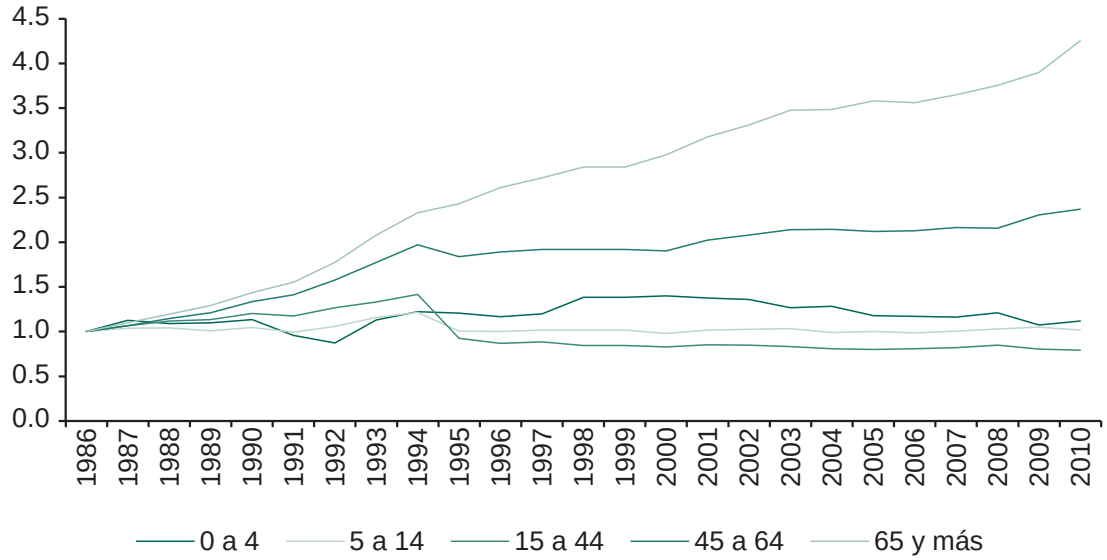
Fuente: DIR, IMSS.

En la medida en que avance el proceso de envejecimiento de la población derechohabiente, la proporción de individuos en los grupos de edad de mayor riesgo se incrementará, por lo que es previsible que también lo haga la demanda de servicios.

En la gráfica II.3 se muestra el índice de crecimiento en la utilización hospitalaria por grupos de edad, en el que se aprecia que a partir de 2001, en el grupo de 65 años y más, se ha triplicado la demanda de servicios hospitalarios en comparación con el dato observado en 1986.

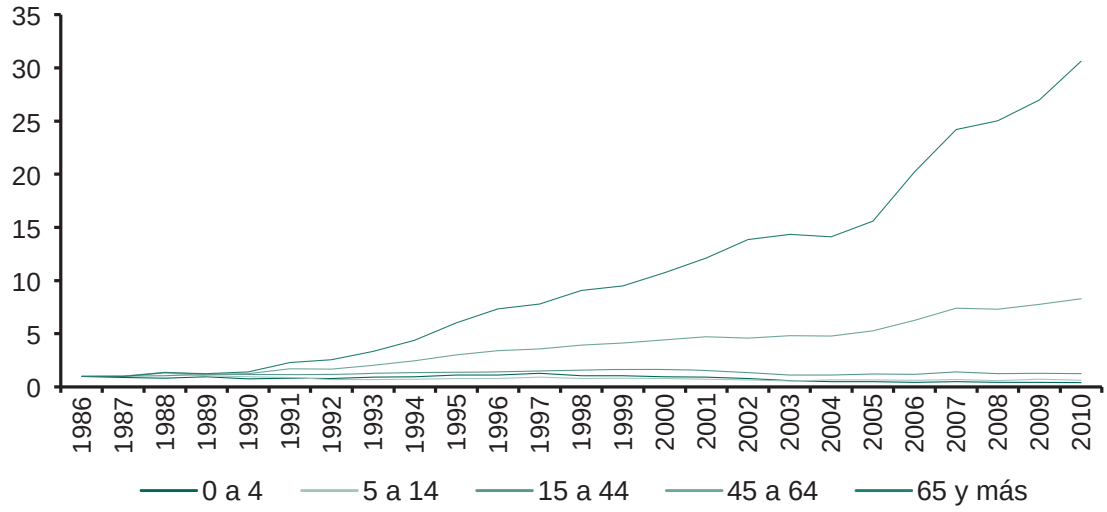
De igual manera, en el caso de la consulta externa de medicina familiar se observa que el grupo de edad que ha experimentado el mayor crecimiento en la utilización de los servicios en las últimas dos décadas es el de 65 años y más (gráfica II.4).

Gráfica II.3.
Número de egresos hospitalarios por grupo de edad, 1986-2010
(índice, referencia base 1986)



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

Gráfica II.4.
Número de consultas externas de medicina familiar por grupo de edad, 1986-2010
(índice, referencia base 1986)



Fuente: DPM, IMSS.

II.2. Transición epidemiológica

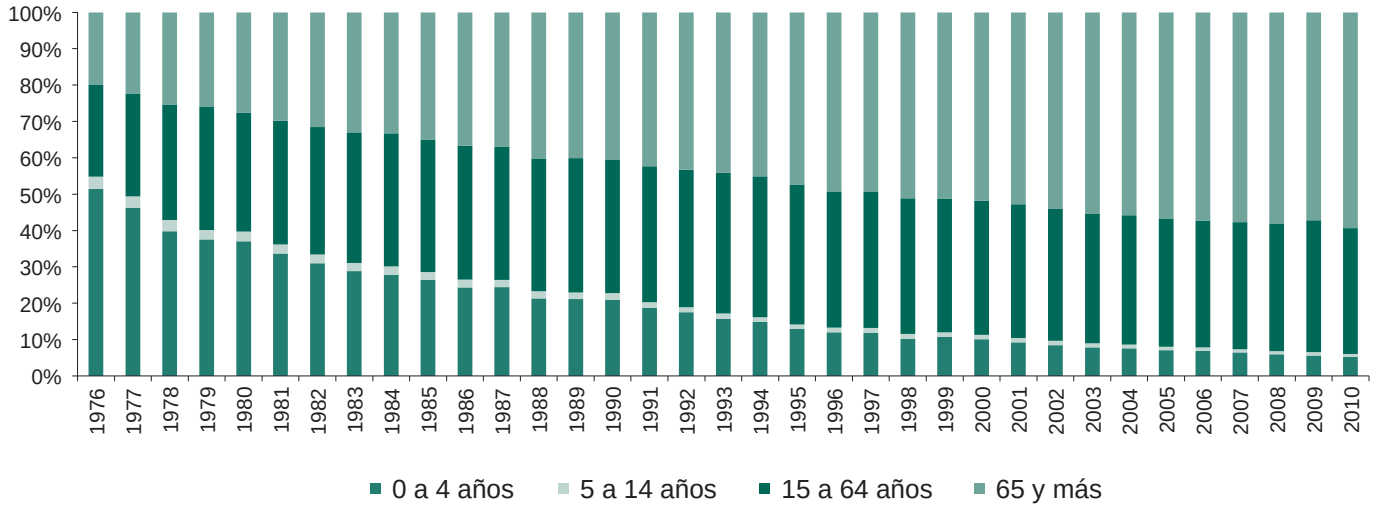
El perfil epidemiológico de una población cambia como resultado de dos fenómenos: el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos, y el cambio en las causas de muerte y de enfermedad. Los factores que originan estos dos fenómenos son, por un lado, la reducción en la natalidad y en la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

La disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida al nacer han propiciado que más niños sobrevivan, como se ilustra en la gráfica II.5. Del total de las defunciones en el IMSS en 1976, 51.5 por ciento ocurrió dentro del grupo de menores de cinco años y 20 por ciento ocurrió dentro del grupo de mayores de 65 años. Para el año 2010 la situación de estos dos grupos se había revertido: 5.3 por ciento de todas las defunciones ocurrió en el grupo de menores de cinco años y 59.4 por ciento en el grupo de mayores de 65 años. Entre las causas que contribuyeron a este fenómeno se encuentran: i) la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los niños menores de cinco años; ii) la terapia de hidratación oral; iii) el incremento de las coberturas de vacunación en este grupo, y iv) mejoras en la infraestructura sanitaria, así como la implementación de nuevos programas de medicina preventiva.

Adicionalmente, la población está cada vez más expuesta a una serie de factores de riesgo relacionados con los estilos de vida como las adicciones, los accidentes de tráfico, la exposición a factores químicos, físicos y ambientales, el sedentarismo y la ingesta de alimentos industrializados, así como la pandemia de la influenza A H1N1 y la persistencia de infecciones y enfermedades crónicas asociadas al virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), entre otros. Estos factores han modificado la historia natural de las enfermedades, observándose cambios trascendentes en las causas de muerte y carga de enfermedad en la población.

La gráfica II.6 muestra los cambios observados en las causas de mortalidad. Se observa una reducción drástica de las defunciones registradas por afecciones en el periodo perinatal y por enfermedades infecciosas

Gráfica II.5.
Defunciones por grupo de edad, 1976-2010
(porcentajes)

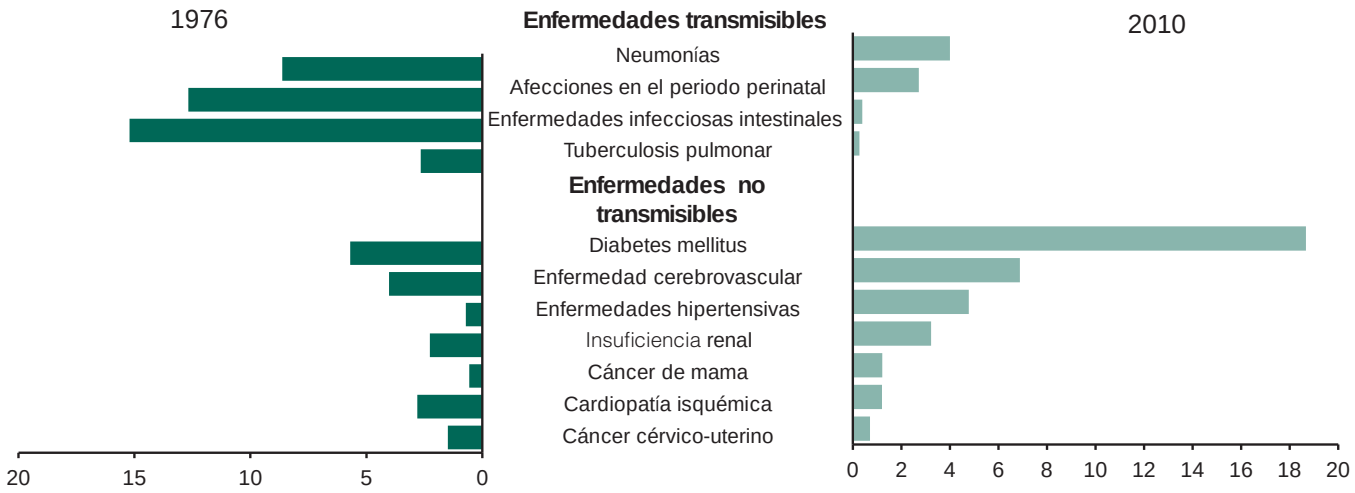


Fuente: DPM, IMSS.

intestinales, que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, y un aumento de defunciones por una combinación de enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus (DM), enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas y neoplasias malignas, que ocuparon los primeros lugares en 2010.

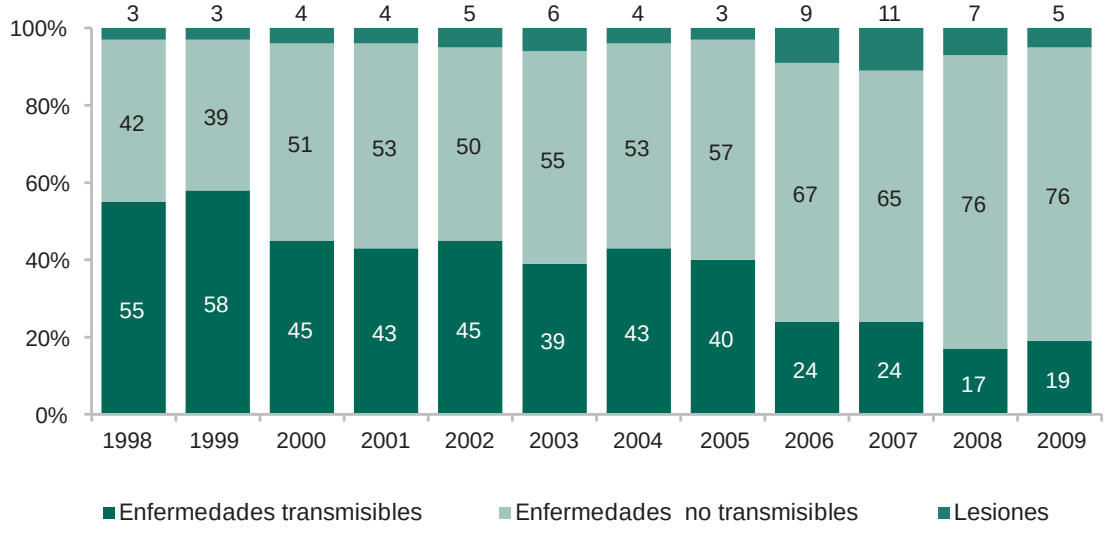
Esta transición epidemiológica se observa no sólo en el ámbito urbano, sino en el rural donde se ofrece atención médica de primer y segundo niveles, principalmente a través del Programa IMSS-Oportunidades (gráfica II.7).

Gráfica II.6.
Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2010
(porcentajes)



Fuente: DPM, IMSS.

Gráfica II.7.
Defunciones por tipo de enfermedad, 1998-2009
(porcentajes)



Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, IMSS.

Aunque las enfermedades transmisibles y aquellas asociadas con la desnutrición y la reproducción tienen una menor participación se mantienen, por lo que el desafío para el IMSS es doble. Por un lado, debe continuar atendiendo estas enfermedades conocidas en conjunto como enfermedades del rezago. Por otro, debe hacer frente a las enfermedades crónico-degenerativas y otras enfermedades que en varios casos, aunque no ocasionan la muerte inmediata, generan discapacidad temporal o permanente.

En el caso específico de los adultos mayores, la mayor carga de las patologías no transmisibles proviene de las condiciones cardiacas, la diabetes mellitus y los padecimientos músculo-esqueléticos (panel A, cuadro II.1). En el caso de consultas de especialidad y egresos hospitalarios, los padecimientos no transmisibles como enfermedades del corazón y tumores malignos figuran entre los principales motivos de este tipo de servicios (paneles B y C, cuadro II.1).

Cuadro II.1.
Principales motivos de consulta en medicina familiar, de consulta de especialidad y de egreso hospitalario para adulto mayor (65 años y más), 2010

	Panel A-Diagnóstico (principal)	Consultas de medicina familiar	Porcentaje
1.	Enfermedades del corazón	6,966,778	40.2
2.	Diabetes mellitus	4,187,498	24.2
3.	Artrosis	568,543	3.3
4.	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	351,534	2.0
5.	Infecciones respiratorias agudas	319,241	1.8
6.	Hiperplasia de la próstata	253,569	1.5
7.	Personas sanas que acuden a los servicios de salud por otros motivos	240,866	1.4
8.	Traumatismos y envenenamientos	210,388	1.2
9.	Gastritis y duodenitis	182,148	1.1
10.	Dorsopatías	175,337	1.0
	Otros	3,860,172	22.3
Total		**17,316,074**	**100**
	Panel B-Diagnóstico (principal)	**Consultas de especialidad**	**Porcentaje**
1.	Enfermedades del corazón	373,510	10.4
2.	Tumores malignos	315,897	8.8
3.	Diabetes mellitus	239,269	6.6
4.	Personas sanas que acuden a los servicios de salud por otros motivos	216,012	6.0
5.	Cataratas	170,357	4.7
6.	Hiperplasia de la próstata	159,028	4.4
7.	Artrosis	149,817	4.2
8.	Traumatismos y envenenamientos	143,193	4.0
9.	Insuficiencia renal	132,348	3.7
10.	Dorsopatías	86,861	2.4
	Otros	1,613,856	44.8
Total		**3,600,148**	**100**

Cuadro II.1. (continuación)

	Panel C-Diagnóstico (principal)	Egresos hospitalarios	Porcentaje
1.	Enfermedades del corazón	49,500	12.9
2.	Traumatismos y envenenamientos	35,049	9.1
3.	Diabetes mellitus	28,941	7.5
4.	Tumores malignos	24,429	6.4
5.	Insuficiencia renal	24,041	6.3
6.	Enfermedades cerebrovasculares	15,875	4.1
7.	Colelitiasis y colecistitis	14,455	3.8
8.	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	13,423	3.5
9.	Hernia de la cavidad abdominal	10,444	2.7
10.	Influenza y neumonía	9,854	2.6
	Otros	158,222	41.2
Total		**384,233**	**100**

Fuente: DPM, IMSS.

II.3. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS

De acuerdo con el análisis de los apartados anteriores, el IMSS enfrenta los efectos de las transiciones demográfica y epidemiológica, las cuales anticipan un importante incremento tanto en la demanda de atención médica de personas con enfermedades crónico-degenerativas o infectadas por VIH/SIDA, como en la presión sobre el gasto médico del Instituto. Por ello, la prevención, tratamiento y curación de estos padecimientos constituyen uno de los más grandes retos para la institución.

Por la importancia del tema, en este apartado se presentan las estimaciones del gasto que podría ejercer el IMSS en las próximas cuatro décadas con motivo de la atención médica que habrá de proporcionarse a seis padecimientos que concentran una proporción significativa de los recursos financieros del Instituto: diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HA), insuficiencia renal (IR), cáncer cérvico-uterino (CaCu), cáncer de mama (CaMa) y VIH/SIDA.

Cabe señalar que el análisis se centra en estos seis padecimientos debido a que su tratamiento tiene un importante impacto financiero en el Instituto; sin embargo, existen muchas más enfermedades crónico-degenerativas que también son atendidas por el IMSS pero que no se analizan en el presente capítulo. Entre ellas se encuentran, por ejemplo, las enfermedades derivadas de complicaciones de la HA, tales como las enfermedades isquémicas cardiacas y las enfermedades cerebrovasculares, con motivo de las cuales durante 2010 se proporcionó atención médica en el IMSS a 31,368 y 16,158 pacientes, respectivamente. Otro grupo importante de padecimientos crónico-degenerativos es el de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas dentro de las que destaca la bronquitis, con 264,447 pacientes registrados en el Instituto el año pasado[23].

Para los seis padecimientos que aquí se abordan el gasto estimado se compone de tres rubros: i) gasto en consultas médicas; ii) gasto en medicamentos y auxiliares de diagnóstico, y iii) gasto en atención hospitalaria.

Las estimaciones abarcan un periodo de proyección de 41 años; por esta razón deben ser consideradas como indicativas y no puntuales, ya que las mejores prácticas actuariales sugieren que las estimaciones del gasto en atención a la salud deben limitarse a un periodo no mayor de cinco años, debido al alto grado de incertidumbre asociado a los costos médicos, al

[23] Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), IMSS.

cambio tecnológico en la medicina y a las variaciones de la morbimortalidad, entre otros factores[24].

Para proyectar los costos de la atención médica de los seis padecimientos analizados se consideraron los siguientes elementos:

- Tasas de incidencia y prevalencia de cada padecimiento, mismas que se obtuvieron de distintas fuentes, tales como:
  - Boletín Epidemiológico publicado por el IMSS;
  - Boletín Epidemiológico publicado por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica;
  - Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 publicada por el Instituto Nacional de Salud Pública;
  - "Estudio de insuficiencia renal crónica y atención mediante tratamiento de sustitución, informe final" publicado en 2008 por la Secretaría de Salud (SS), y
  - Diversos artículos científicos.
- Sobrevivencia de los pacientes mediante la estimación de tasas de mortalidad para cada padecimiento, obtenida a partir de información del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).
- Registros de egresos hospitalarios por institución y padecimiento, obtenidos del SINAIS y de los resultados preliminares del Sistema de Costeo por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).
- Guías clínicas y normas oficiales mexicanas con las que se identificaron y costearon los tratamientos médicos y auxiliares de diagnóstico para cada padecimiento.

II.3.1. Estimación del gasto médico ejercido en 2010

El gasto total estimado en 2010 para la atención médica de los seis padecimientos asciende a 53,392 millones de pesos, que equivale a 26.5 por ciento del gasto corriente del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) para ese año (cuadro II.2). La HA y la DM concentran la mayor proporción de este gasto con una participación de 81.4 por ciento.

Cuadro II.2.
Consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y estimación del gasto médico por componente, 2010

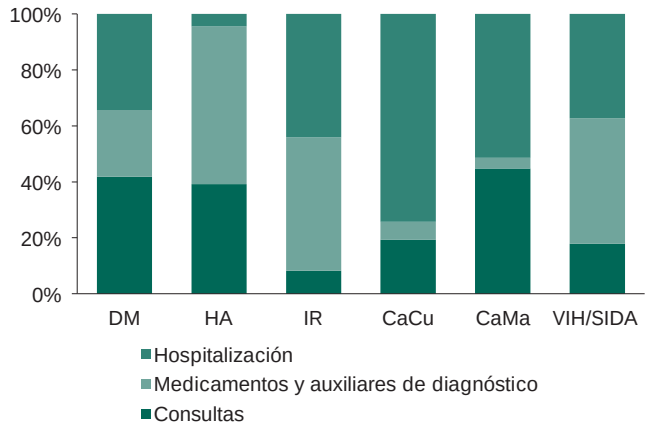
Padecimiento	Casos (miles)			Gasto médico (millones de pesos de 2011)			
	Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnóstico	Hospitalario	Total
DM	11,603	1,929	68	6,444.6	14,702.7	4,541.4	25,688.7
HA	12,834	4,496	22	6,964.7	10,021.7	789.9	17,776.4
IR	766	59	74	577.7	3,352.7	3,101.0	7,031.4
CaCu	141	44	7	119.8	39.6	444.8	604.2
CaMa	924	33	10	683.0	57.5	787.7	1,528.2
VIH/SIDA	158	24	3	137.5	346.3	279.0	762.8
Total	**26,425**	**6,586**	**184**	**14,927.3**	**28,520.5**	**9,943.7**	**53,391.6**

Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

[24] Cichon, Michael, *et al. Modelling in health care finance, A compendium of quantitative techniques for health care financing*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 1999, pág. 110.

En la gráfica II.8 se ilustra la estructura del gasto médico estimado para cada padecimiento, evidenciándose las diferencias en el peso relativo de cada uno de los tres componentes que lo integran. En el caso del CaCu, el CaMa y la IR, el gasto asociado a hospitalización representa 74, 52 y 44 por ciento del gasto total estimado para cada padecimiento, respectivamente; mientras que en el caso de la DM, la HA y la IR, el gasto estimado en medicamentos y auxiliares de diagnóstico representa 57, 56 y 48 por ciento del gasto total estimado para cada padecimiento, respectivamente. En el CaMa y la HA el gasto para consultas médicas representa aproximadamente 45 y 40 por ciento del gasto total estimado para cada padecimiento, respectivamente.

Gráfica II.8.
Estimación de la estructura del gasto médico por padecimiento, 2010



Fuente: DF, IMSS.

II.3.2. Proyecciones del gasto médico, 2011-2050

Las proyecciones del gasto médico de estos seis padecimientos se realizaron considerando dos escenarios. El primer escenario (escenario base) parte del supuesto de que las acciones preventivas y los avances médicos y tecnológicos contribuirán a disminuir las tasas de morbilidad de cada padecimiento en el largo plazo[25]. En contraste, el segundo escenario (escenario inercial) supone que ni las medidas preventivas ni los avances científicos y tecnológicos de la medicina moderna impactarán de manera significativa en las tasas de morbilidad, razón por la cual éstas se mantendrán constantes a lo largo del periodo de proyección.

En las proyecciones se supone que el costo unitario de cada enfermedad aumente a una tasa anual real de 2.37 por ciento[26].

Escenario base

El Instituto destina cada año recursos financieros para el fortalecimiento de sus Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), cuya estrategia está basada principalmente en la prevención, detección y control oportunos de diversas enfermedades (ver Capítulo XII). En el escenario base se supone que a partir de 2011 las tasas de morbilidad se reducirán paulatinamente a causa de estas estrategias, lo cual significa que las seis enfermedades abordadas en este análisis evolucionarán conforme a las fases o etapas siguientes:

1. Expansión: el periodo durante el cual las tasas de morbilidad se mantendrán constantes[27].
2. Control: fase en la que la introducción de acciones preventivas y los avances médicos permitirán frenar el crecimiento de las tasas de morbilidad.
3. Compresión: momento a partir del cual las medidas y avances previamente descritos comenzarán a revertir la tendencia creciente de las tasas de morbilidad.

En el cuadro II.3 se presenta la proyección del gasto al año 2050, que consumiría el tratamiento médico de los padecimientos objeto de este análisis. De acuerdo con esta proyección, entre 2011 y 2050 el gasto

[25] Para el efecto de las nuevas tecnologías sobre el gasto médico en el corto, mediano y largo plazos, ver la sección II.4.

[26] La tasa de incremento real de 2.37 por ciento en promedio es consistente con la utilizada por el *Government Actuary's Department* del Reino Unido en el Informe "Reporte Actuarial sobre la Solvencia, Riesgos y Reservas del Instituto Mexicano del Seguro Social al 31 de diciembre de 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006".

[27] No obstante, de acuerdo con los datos del Boletín Epidemiológico del IMSS, la tasa de incidencia del CaCu muestra una tendencia decreciente. Por otra parte, las tasas de incidencia del CaMa y del VIH/SIDA también parecen descender, aunque no hay una tendencia clara en ese sentido.

pasaría de 56,161 a 288,685 millones de pesos, lo cual significa una tasa de crecimiento real media anual de 4.3 por ciento. Las enfermedades que concentrarían la mayor proporción del gasto serían la DM y la HA con 80.3 por ciento en 2011 y 69.1 por ciento en 2050.

Escenario inercial

En este escenario se supone que durante el periodo de proyección permanecen constantes las tasas de morbilidad y, por lo tanto, el número de consultas,

Cuadro II.3.
Proyección de consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y gasto médico por componente, 2011-2050, escenario base

Padecimiento	Año	Casos (miles)			Gasto médico (millones de pesos de 2011)			
		Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnóstico	Hospitalización	Total
DM	2011	12,137	1,911	72	6,900	14,879	4,904	26,684
	2020	15,777	2,002	93	11,069	18,951	7,856	37,877
	2030	19,965	2,144	123	17,693	25,309	13,104	56,107
	2040	23,699	2,177	154	26,537	32,011	20,684	79,232
	2050	26,076	2,163	178	36,896	39,718	30,213	106,827
HA	2011	13,285	4,640	23	7,380	10,181	835	18,396
	2020	17,218	5,888	29	11,804	15,975	1,305	29,083
	2030	21,929	7,127	38	18,990	24,455	2,162	45,607
	2040	26,317	8,064	48	28,796	34,978	3,437	67,212
	2050	29,016	8,682	56	40,122	47,601	5,063	92,786
IR	2011	787	78	76	608	4,138	3,273	8,018
	2020	977	208	91	929	14,810	4,831	20,570
	2030	1,202	309	109	1,441	28,181	7,299	36,920
	2040	1,397	384	123	2,110	44,397	10,435	56,942
	2050	1,525	438	130	2,905	64,081	13,918	80,904
CaCu	2011	145	44	7	126	64	468	658
	2020	179	39	8	192	80	648	920
	2030	213	33	9	289	103	857	1,250
	2040	234	29	8	401	133	1,038	1,572
	2050	244	27	7	529	170	1,134	1,832
CaMa	2011	944	34	10	715	61	831	1,607
	2020	1,078	41	11	1,017	92	1,166	2,275
	2030	1,165	45	12	1,403	131	1,560	3,094
	2040	1,182	46	11	1,814	176	1,902	3,892
	2050	1,156	47	10	2,256	231	2,087	4,574
VIH/SIDA	2011	160	26	3	143	361	293	797
	2020	169	37	3	187	646	336	1,168
	2030	168	41	2	234	920	367	1,521
	2040	153	39	2	269	1,096	355	1,720
	2050	137	33	1	305	1,159	297	1,761
Total	**2011**	**27,459**	**6,733**	**191**	**15,873**	**29,683**	**10,605**	**56,161**
	2020	**35,399**	**8,214**	**236**	**25,197**	**50,554**	**16,143**	**91,894**
	2030	**44,641**	**9,699**	**293**	**40,050**	**79,099**	**25,350**	**144,499**
	2040	**52,982**	**10,738**	**347**	**59,927**	**112,791**	**37,852**	**210,570**
	2050	**58,154**	**11,389**	**382**	**83,011**	**152,961**	**52,712**	**288,685**

Fuente: DF, IMSS.

y que los pacientes bajo tratamiento y los egresos hospitalarios se incrementarán en función de la transición demográfica, es decir, no se consideran programas de prevención y avances médicos como factores de disminución del gasto. El cuadro II.4 muestra los resultados de este escenario.

Como puede observarse, al no contemplarse en las proyecciones las acciones de prevención y/o detección

Cuadro II.4.
Estimación de consultas totales, pacientes con tratamiento, casos de hospitalización y gasto médico por componente, 2011-2050, escenario inercial

Padecimiento	Año	Casos (miles)			Gasto médico (millones de pesos de 2011)			
		Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnóstico	Hospitalización	Total
DM	2011	12,137	1,911	72	6,900	14,879	4,904	26,684
	2020	16,407	2,169	95	11,510	20,652	7,958	40,120
	2030	21,881	2,728	127	19,391	32,829	13,485	65,705
	2040	27,068	3,207	161	30,307	48,779	21,658	100,744
	2050	31,054	3,524	190	43,937	67,729	32,216	143,882
HA	2011	13,285	4,640	23	7,380	10,181	835	18,396
	2020	18,078	6,052	30	12,393	16,438	1,342	30,173
	2030	24,623	7,694	40	21,324	26,474	2,273	50,071
	2040	31,181	9,061	52	34,118	39,468	3,674	77,260
	2050	36,367	9,990	61	50,286	55,042	5,493	110,821
IR	2011	787	78	76	608	4,138	3,273	8,018
	2020	998	231	96	949	16,570	5,094	22,612
	2030	1,258	374	123	1,508	34,459	8,217	44,183
	2040	1,503	490	149	2,270	57,300	12,619	72,188
	2050	1,687	572	170	3,212	84,781	18,191	106,184
CaCu	2011	145	44	7	126	64	468	658
	2020	186	40	9	200	82	733	1,015
	2030	232	38	11	315	111	1,133	1,558
	2040	269	38	13	462	149	1,651	2,263
	2050	295	39	14	640	197	2,267	3,104
CaMa	2011	944	34	10	715	61	831	1,607
	2020	1,121	44	13	1,057	97	1,318	2,472
	2030	1,268	55	16	1,527	151	2,062	3,740
	2040	1,354	63	18	2,079	222	3,028	5,329
	2050	1,386	70	20	2,707	308	4,174	7,189
VIH/SIDA	2011	160	26	3	143	361	293	797
	2020	179	39	3	197	687	400	1,283
	2030	188	50	4	262	1,115	549	1,926
	2040	185	55	4	325	1,574	709	2,608
	2050	176	57	4	392	2,047	881	3,320
Total	**2011**	**27,459**	**6,733**	**191**	**15,873**	**29,683**	**10,605**	**56,161**
	2020	**36,968**	**8,575**	**246**	**26,306**	**54,525**	**16,845**	**97,676**
	2030	**49,450**	**10,939**	**320**	**44,326**	**95,138**	**27,719**	**167,184**
	2040	**61,560**	**12,915**	**397**	**69,561**	**147,491**	**43,338**	**260,391**
	2050	**70,964**	**14,252**	**458**	**101,173**	**210,105**	**63,223**	**374,501**

Fuente: DF, IMSS.

oportuna ni los avances científicos y tecnológicos en la medicina, las enfermedades se mantendrían en su fase de expansión y con el paso del tiempo consumirían un porcentaje mayor de los recursos financieros del Instituto. Bajo estas premisas, en 2050 el gasto médico que tendría que destinarse al tratamiento de la DM, la HA y la IR sería mayor al esperado para 2011 en 439, 502 y 1,224 por ciento, respectivamente. Por su parte, el gasto médico derivado de la atención médica al CaCu se incrementaría entre 2011 y 2050 en 372 por ciento, mientras que el correspondiente a VIH/SIDA y CaMa aumentaría en 316 y 347 por ciento, respectivamente.

Comparación entre los escenarios base e inercial

Desde 2001, año en que se diseñó el programa PREVENIMSS, se han implementado diversas acciones por grupo de riesgo para controlar algunos de los padecimientos abordados en este apartado; tal es el caso del Programa Institucional de Atención al Diabético (DIABETIMSS), que se puso en marcha en 2008 (ver Capítulo XII). Con estas acciones se busca, en primera instancia, prevenir la aparición de la enfermedad y, en segunda instancia, reducir las posibilidades de complicaciones de la misma. En virtud de lo anterior, es de esperarse que los esfuerzos realizados por el IMSS reditúen beneficios económicos a mediano y largo plazos.

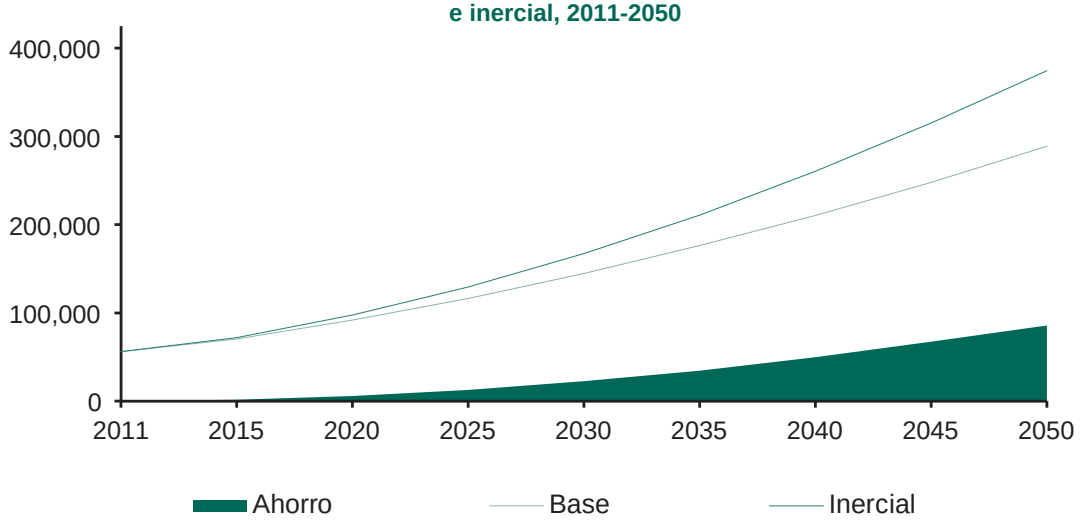
En la gráfica II.9 se muestra un comparativo del gasto médico total proyectado para estos padecimientos bajo los escenarios base e inercial.

La tendencia de crecimiento del gasto en ambos escenarios es muy similar hasta 2020; a partir de entonces se reflejan en las estimaciones los resultados esperados de las medidas preventivas y de los avances en la tecnología médica sobre las tasas de morbilidad, reduciendo sustancialmente el gasto médico conjunto de los seis padecimientos.

II.4. Factores adicionales que ejercen presión sobre el gasto médico

La transición doble, demográfica y epidemiológica, ejerce presión sobre el gasto médico del Instituto al incrementar la cantidad de derechohabientes que requieren las intervenciones y procedimientos médicos de alto costo. Sin embargo, dicho gasto también se puede ver presionado por incrementos en el costo de cada intervención o procedimiento.

Gráfica II.9.
Comparativo del gasto médico estimado de los seis padecimientos[1/] en los escenarios base e inercial, 2011-2050



[1/] Se refiere a DM, HA, IR, CaCu, CaMa y VIH/SIDA.
Fuente: DF, IMSS.

El costo de la atención médica puede aumentar como resultado de presiones puramente inflacionarias, es decir, cuando llevar a cabo una intervención o procedimiento médico de una forma determinada cuesta más de lo que costaba anteriormente; también puede incrementarse porque la forma de realizar la intervención o procedimiento ha sido modificada debido al cambio tecnológico.

El cambio tecnológico en la medicina se puede definir como el cambio en la práctica clínica que deriva en una mayor efectividad del diagnóstico, tratamiento o prevención de los diversos padecimientos. La disponibilidad de equipo médico de reciente desarrollo, de nuevos medicamentos y otros insumos terapéuticos, de nuevos procedimientos o protocolos clínicos, o simplemente de un mayor conocimiento sobre la ciencia médica son distintas formas en las que se presenta el cambio tecnológico.

Aunque en algunos casos estos avances pueden reducir costos en el corto y mediano plazos, es más común observar que al inicio los costos de la atención médica se incrementen, para después comenzar a descender en el largo plazo.

Los altos costos de inversión en investigación y desarrollo implicados en el proceso de generación de nuevas tecnologías y conocimiento provocan que los costos y beneficios de las nuevas tecnologías de prevención, diagnóstico y tratamiento se observen en momentos distintos. Por ejemplo, la disponibilidad de una nueva estatina para el control de los niveles de colesterol puede proporcionar al paciente que la reciba varios años adicionales de vida al prevenir la ocurrencia de infartos y derrames cerebrales en el futuro. Sin embargo, este es un beneficio que se hace tangible en el largo plazo, mientras que el costo de investigación y desarrollo del nuevo fármaco se observó antes de su salida al mercado y se verá reflejado de inmediato en el precio de mercado del mismo.

Por supuesto, es de esperar que después de algunas décadas los beneficios del cambio tecnológico sobrepasen considerablemente los costos; por lo pronto, en el corto y mediano plazos, la introducción de una nueva terapia presiona a la alza el gasto en atención médica. Más aún, para cuando los beneficios sean capturados de manera plena, seguramente ya habrán surgido otras mejoras tecnológicas que conllevarán un ciclo similar al descrito.

De hecho, el cambio tecnológico en el campo de la medicina ocurre de manera tan rápida que la presión sobre el costo de los servicios médicos es permanente. Si la innovación es continua, la absorción de las nuevas tecnologías en la práctica clínica también presenta una presión continua sobre los costos.

Si bien no es posible conocer qué fracción del incremento en el gasto de los servicios médicos del Instituto es atribuible al cambio tecnológico, sí es posible ilustrar la continuidad de éste en el IMSS. El cuadro II.5 presenta algunos ejemplos de avances en la práctica clínica y el año en que fueron introducidos al Instituto.

Cuadro II.5.
Introducción de algunos avances tecnológicos en la práctica clínica del IMSS

Año	Intervención
1968	Primer trasplante de riñón
1980	Primer programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria
1988	Primer trasplante de corazón
1989	Primer trasplante de médula ósea en niño
1990	Inclusión del primer medicamento antirretroviral en el Cuadro Básico de Medicamentos del Instituto (zidovudina)
1999	Primera operación prenatal
2009	Se agrega al esquema nacional la vacuna del virus del papiloma humano
2010	Adquisición de tomógrafos de 64 cortes[1/]

[1/] Un tomógrafo es un equipo que permite realizar imágenes digitalizadas del cuerpo humano apoyando el diagnóstico de diferentes enfermedades.
Fuente: IMSS.

Esta dinámica generada por la incorporación de nuevas tecnologías no necesariamente debe considerarse como un aspecto negativo. El incremento de 18 años en la esperanza de vida al nacer que se ha observado en México en los últimos 50 años es el resultado de un sistema de salud que absorbe e integra el cambio tecnológico en beneficio de la población. La obtención de una vida saludable más larga conlleva la prestación de servicios de salud de mayor calidad y, usualmente, más caros.

Aunque el costo del cambio tecnológico no es evitable, sí es posible contar con mecanismos que ordenen y controlen la dinámica mencionada. Entre otras herramientas, el Instituto cuenta desde hace varios años con cuadros básicos de medicamentos y otros insumos que permiten la incorporación ordenada de nuevas tecnologías en beneficio de los derechohabientes, una vez probada su efectividad. Asimismo, las guías de práctica clínica recientemente actualizadas permiten homologar criterios para la aplicación de las herramientas de las que dispone la ciencia médica.

Capítulo

III

Situación Financiera Global

Este capítulo presenta la situación financiera global del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y se divide en cuatro secciones. En la primera se presentan los estados de resultados del IMSS al 31 de diciembre de 2010 dictaminados por el auditor externo. En la segunda se presenta el balance general del Instituto. La tercera y cuarta secciones muestran de manera consolidada las proyecciones financieras de ingresos y gastos, excedentes y fondeo de reservas, de acuerdo con dos periodos: i) una perspectiva de corto plazo (2011 a 2013), y ii) una perspectiva de largo plazo (2014 a 2050). En el primer periodo se utiliza el Modelo Financiero de Corto Plazo, el cual arroja las premisas base para el Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA) utilizado para el segundo periodo[28].

Los estados de resultados, el balance general y los resultados del modelo de corto plazo se presentan en dos formas: i) de acuerdo con las Normas de Información Financiera Gubernamentales (NIFG) emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la Secretaría de la Función Pública (SFP), conforme a lo dispuesto por la Ley General de Contabilidad Gubernamental, la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y ii) registrando el total de los pasivos laborales, 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 D-3 (NIF D-3) “Beneficios a los Empleados”

[28] Este capítulo se complementa con el Anexo C en donde se presenta un análisis de Presupuesto basado en Resultados (PbR) y del Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).

emitida por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera (CINIF).

La presentación de ambas versiones, con y sin registro pleno del costo laboral, obedece a que algunas de las reglas contables contenidas en las NIFG difieren de las normas 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" de la SHCP y la SFP no coinciden con las reglas establecidas en la NIF D-3 "Beneficios a los Empleados" de la CINIF. En esta última, el reconocimiento total del costo neto del periodo (CNP) en los resultados del ejercicio es de aplicación obligatoria; bajo la NEIFGSP-08, sólo es de aplicación obligatoria siempre y cuando no implique la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable (es decir, un déficit), por lo que contablemente nada más se reconoce una parte del costo total de las obligaciones laborales, y únicamente a través de notas a los estados financieros dictaminados se revelan los montos de los pasivos laborales que se obtendrán con la aplicación estricta de la NIF D-3.

III.1. Estado de resultados

Los ingresos de operación del ejercicio 2010 ascendieron a 251,521 millones de pesos. Por su parte, el gasto de operación fue de 251,393 millones de pesos. El excedente de operación o devengado resultante asciende a 128 millones de pesos sin considerar el registro total del CNP de las obligaciones laborales (cuadro III.1).

III.1.1. Ingresos

Los ingresos del Instituto provienen principalmente de tres fuentes: i) de las aportaciones tripartitas que se reciben 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 las reservas y disponibilidades, y iii) de los ingresos derivados de las ventas y servicios en tiendas, centros vacacionales y velatorios. De los ingresos totales 68.3 por ciento corresponden a las cuotas obrero-patronales (COP), 20.2 por ciento a las aportaciones del Gobierno Federal (AGF) y el restante 11.5 por ciento a productos de inversiones y otros ingresos (cuadro III.1).

III.1.2. Gasto

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 actuariales, así como otros gastos[29].

La composición del gasto de operación se puede apreciar en el cuadro III.1, que muestra el estado de resultados por el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2010. Del total del gasto, que ascendió a 251,393 millones de pesos, se destinó principalmente para:

- servicios de personal, 46.6 por ciento;
- consumo de medicamentos, materiales de curación, servicios integrales y otros, 14.4 por ciento;
- mantenimiento y conservación de los bienes muebles e inmuebles, y servicios generales y subrogación de servicios, 8.5 por ciento;

[29] El concepto de otros gastos incluye intereses financieros, castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios, depreciaciones y reversión de COP. Excluye el gasto de las pensiones en curso de pago (PCP), que constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal.

Cuadro III.1.
Estado de ingresos y gastos dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009
(millones de pesos)

Concepto	2010	2009
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales	171,718	158,526
Aportaciones del Gobierno Federal	50,690	46,920
Productos de inversiones y otros ingresos, neto	29,113	20,033
Total de ingresos[1/]	**251,521**	**225,479**
Gastos		
Servicios de personal	117,229	107,666
Pagos al personal jubilado	36,477	30,456
Costo de beneficios a los empleados	6,923	6,325
Prestaciones en dinero	21,192	17,375
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	36,257	31,659
Mantenimiento	3,311	2,970
Servicios generales y subrogación de servicios	17,979	17,627
Intereses financieros y actuariales	297	340
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros[2/]	672	-
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	2,025	1,804
Depreciaciones	1,962	1,884
Reversión de cuotas obrero-patronales	931	897
Reservas financieras y actuariales	6,138	6,275
Total de gastos	**251,393**	**225,279**
Excedente neto de ingresos sobre gastos del ejercicio	**128**	**200**

[1/] Los totales pueden no coincidir por cuestiones de redondeo.
[2/] En 2010 el gasto de intereses financieros se desglosa en: i) pérdidas cambiarias y costos financieros por 297.2 millones de pesos, y ii) deterioro por las inversiones en la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) y de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) del Seguro de Invalidez y Vida (SIV) y del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) por 672.3 millones de pesos.
Fuente: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009.

- prestaciones económicas, 8.4 por ciento;
- reservas financieras y actuariales, 2.4 por ciento;
- pago de la nómina asociada al RJP, es decir, pagos de pensiones, jubilaciones y primas de antigüedad a favor del personal retirado del Instituto, 14.5 por ciento, y
- costos de beneficios a los empleados, es decir, provisión del ejercicio para la reserva contable del RJP con base en la NEIFGSP-08, 2.8 por ciento.

Las dos últimas cifras integran el costo de las obligaciones laborales reconocidas en el periodo.

De acuerdo con los resultados de la valuación actuarial de las obligaciones laborales por el RJP y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS bajo la NIF D-3, el CNP para el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2010 ascendió a 702,139 millones de pesos[30]. El efecto de registrar en la contabilidad institucional el total del CNP de las obligaciones laborales implicaría la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable por 654,128 millones de pesos, en contravención a la NEIFGSP-08, como lo muestra el cuadro III.2.

Aunque los estados de ingresos y gastos por ramo de seguro se presentarán por separado en los capítulos correspondientes, cabe señalar que para el ejercicio

[30] El CNP (con cargo a resultados del ejercicio 2010) es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de valuación y está integrado por los siguientes conceptos: costo laboral, costo financiero, rendimientos de los activos del plan y amortizaciones. Para más detalles sobre este término ver el Capítulo X sobre el pasivo laboral del Instituto.

Cuadro III.2.
Estado de ingresos y gastos dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos)

Concepto	2010	2009
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales	171,718	158,526
Aportaciones del Gobierno Federal	50,690	46,920
Productos de inversiones y otros ingresos, neto	29,113	20,033
Total de ingresos[1/]	**251,521**	**225,479**
Gastos		
Servicios de personal[2/]	112,746	103,536
Costo de obligaciones laborales[3/]	702,139	690,889
Prestaciones en dinero	21,192	17,375
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	36,257	31,659
Mantenimiento	3,311	2,970
Servicios generales y subrogación de servicios	17,979	17,627
Intereses financieros y actuariales	297	340
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	672	-
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	2,025	1,804
Depreciaciones	1,962	1,884
Reversión de cuotas obrero-patronales	931	897
Reservas financieras y actuariales	6,138	6,275
Total de gastos	**905,649**	**875,256**
Excedente neto de ingresos sobre gastos del ejercicio	**-654,128**	**-649,777**

[1/] Los totales pueden no coincidir por cuestiones de redondeo.
[2/] En servicios de personal (112,747 millones de pesos), no se consideran 4,482 millones de pesos de pagos por prima de antigüedad, cláusulas contractuales y aportación del Instituto al RJP, ya que están incluidos en costo de obligaciones laborales.
[3/] Incluye pagos al personal jubilado por 36,477 millones de pesos y costo de beneficios a los empleados por 6,923 millones de pesos.
Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009, y de 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 2010.

2010 los Seguros de Riesgos de Trabajo (SRT), de Invalidez y Vida (SIV), y de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) tuvieron excedentes de operación. Por otra parte, los Seguros de Enfermedades y Maternidad (SEM) y de Salud para la Familia (SSFAM) fueron deficitarios, a pesar de no haber incluido en su resultado el total del costo neto de las obligaciones laborales del periodo. Como se verá más adelante en los capítulos respectivos a cada seguro, cuando este último se toma en cuenta el SEM y el SSFAM arrojan un mayor déficit, mientras que el SRT y el SGPS se vuelven deficitarios y el SIV disminuye su excedente de ingresos sobre gastos.

III.2. Balance general

Al 31 de diciembre de 2010, el balance general del Instituto presenta un activo total de 297,416 millones de pesos, conformado por el activo circulante (activo a corto plazo) y el activo no circulante (activo a largo plazo) (cuadro III.3). El activo circulante suma 116,685 millones de pesos que incluyen, entre otras cosas, efectivo y equivalentes, instrumentos financieros a corto plazo, cuentas y documentos por cobrar e inventarios. El activo no circulante equivale a 180,731 millones de pesos y está integrado por instrumentos financieros a largo plazo, créditos hipotecarios y préstamos al personal, inversión en acciones e inmuebles de dominio público de la Federación, mobiliario y equipo, y otros activos.

Cuadro III.3.
Balance General dictaminado al 31 de diciembre de 2010 y 2009
(millones de pesos)

Concepto	2010	2009
Activo		
Activo circulante	**116,685**	**106,950**
Efectivo y equivalentes	14,291	16,536
Instrumentos financieros	57,194	45,203
Gobierno Federal (contribuciones por cobrar, neto)	3,479	5,593
Cuotas obrero-patronales por cobrar, neto	23,547	20,591
Documentos y otras cuentas por cobrar, neto	11,308	12,995
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	1,388	1,299
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros, neto	5,478	4,734
Activo no circulante	**180,731**	**181,770**
Instrumentos financieros	73,516	83,927
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	13,794	12,519
Inversión en acciones Afore XXI, S. A. de C. V.	492	394
Inmuebles de dominio público de la federación, mobiliario y equipo, neto	91,804	84,121
Otros activos, neto	1,124	809
Total del activo	**297,416**	**288,720**
Pasivo y patrimonio		
Pasivo circulante	**29,019**	**22,976**
Proveedores, contratistas y otros	18,302	13,528
Gastos acumulados y retenciones por pagar	10,717	9,448
Pasivo no circulante	**192,788**	**191,075**
Reservas financieras y actuariales	93,568	92,992
Reservas del Programa de Primer Empleo y retenciones para jubilaciones	12,745	8,630
Beneficios a los empleados	86,476	89,453
Total del pasivo	**221,808**	**214,051**
Patrimonio	**75,608**	**74,669**
Donaciones	1,533	1,256
Superávit por revaluación	65,843	66,113
Excedentes de ingresos sobre gastos del ejercicio	128	200
Excedentes de ingresos sobre gastos de ejercicios anteriores	8,104	7,100
Total del patrimonio y pasivo	**297,416**	**288,720**

Fuente: DF, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009.

El pasivo del Instituto ascendió a 221,808 millones de pesos y se desagrega en: 29,019 millones de pesos de pasivo circulante y 192,788 millones de pesos de pasivo no circulante; en este último se incluyen 93,568 millones de pesos de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA), 11,701 millones de pesos de retenciones para jubilaciones, 1,044 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 Federal en enero de 2008, y 86,476 millones de pesos del costo de las obligaciones laborales registradas. El patrimonio ascendió a 75,608 millones de pesos y está constituido por 1,533 millones de pesos de donaciones, 65,843 millones de pesos de superávit por revaluación, 128 millones de pesos de excedentes de ingresos sobre gastos y 8,104 millones de pesos de excedentes de resultados de ejercicios anteriores.

El cuadro III.4 muestra el balance general del Instituto al 31 de diciembre de 2010 con el reconocimiento pleno de las obligaciones laborales bajo la metodología NIF D-3. En 2010 el rubro de beneficios a los empleados ascendió a 2'504,788 millones de pesos y se integra por 2'418,312 millones de pesos de obligaciones laborales no registradas por el Instituto y 86,476 millones de pesos que corresponden a la reserva constituida por dicho concepto. Este rubro creció 29.4 por ciento en términos reales, en comparación con el del año pasado.

Como se observa en el cuadro III.4, si se registra en su totalidad el pasivo laboral ya devengado en 2010, el patrimonio del Instituto sería negativo en 2'342,705 millones de pesos. Esto significa que con el registro de la totalidad del pasivo ya devengado se absorbería el patrimonio del Instituto y aún así la cantidad obtenida no sería suficiente para cubrir los pasivos derivados de las obligaciones laborales asociadas al RJP.

Cuadro III.4.
Balance General dictaminado al 31 de diciembre de 2010 y 2009, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos)

Concepto	2010	2009
Activo circulante	**116,685**	**106,950**
Efectivo y equivalentes	14,291	16,536
Instrumentos financieros	57,194	45,203
Gobierno Federal (aportaciones por cobrar, neto)	3,479	5,593
Cuotas obrero-patronales por cobrar, neto	23,547	20,591
Documentos y otras cuentas por cobrar, neto	11,308	12,995
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	1,388	1,299
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros, neto	5,478	4,734
Activo no circulante	**180,731**	**181,770**
Instrumentos financieros	73,516	83,927
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	13,794	12,519
Inversión en acciones Afore XXI, S. A. de C. V.	492	394
Inmuebles de dominio público de la federación, mobiliario y equipo, neto	91,804	84,121
Otros activos, neto	1,124	809
Total del activo	**297,416**	**288,720**
Pasivo y patrimonio		
Pasivo circulante	**29,019**	**22,976**
Proveedores, contratistas y otros	18,302	13,528
Gastos acumulados y retenciones por pagar	10,717	9,448
Pasivo no circulante	**2,611,101**	**1,955,331**
Reservas financieras y actuariales	93,568	92,992
Reservas del Programa de Primer Empleo y retenciones para jubilaciones	12,745	8,630
Beneficios a los empleados	2,504,788	1,853,709
Total del pasivo	**2,640,120**	**1,978,307**
Patrimonio	**-2,342,705**	**-1,689,587**
Donaciones	1,533	1,256
Superávit por revaluación	65,843	66,113
Déficit de ingresos sobre gastos del ejercicio	-654,129	-649,777
Déficit de ejercicios anteriores por pasivo laboral	-1,764,056	-1,114,279
Excedentes sobre gastos de ejercicios anteriores	8,104	7,100
Total del patrimonio y pasivo	**297,416**	**288,720**

Fuente: DF, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009, y de 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 2010.

III.3. Proyecciones financieras de corto plazo

Para una mejor interpretación de la situación financiera y de las cifras presentadas en términos de flujo de efectivo de esta sección, a continuación se describen los aspectos más relevantes asociados con los ingresos, gastos y uso de las reservas en 2010.

En primer lugar, como resultado de la recuperación de la economía en 2010, el número de cotizantes registrados alcanzó 14.7 millones, 786 mil más respecto a diciembre del 2009, mientras que el salario base de cotización (SBC) aumentó 4 por ciento (ver detalles en el Capítulo I). Esto significó para el IMSS ingresos de COP por 162,817 millones de pesos, 4,485 millones de pesos adicionales a lo presupuestado en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2010, autorizada por el H. Consejo Técnico (HCT) en la sesión del 27 de enero de 2010.

En dicha Adecuación al Presupuesto, el Instituto había estimado ingresos por 224,165 millones de pesos, de los cuales 4,623 millones de pesos correspondían a ingresos derivados por rendimientos de las RFA del SRT y SIV, y de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF)[31]. Asimismo, se habían estimado gastos por 241,365 millones de pesos y se adoptó el compromiso de cumplir con lo establecido en el Artículo 7 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2010 (DPEF) de acumular a las reservas y fondos 5,243 millones de pesos.

En virtud de que los egresos superaban a los ingresos, se autorizó utilizar un monto total de 27,066 millones de pesos provenientes de las reservas y fondos, conformados de la siguiente manera:

- 12,440 millones de pesos de la ROCF cuyo uso se sustenta en los Artículos 277 A[32] y C[33] de la Ley del Seguro Social (LSS), y
- 14,626 millones de pesos de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) con fundamento en el Artículo 286 K[34] de la LSS.

Esta Adecuación al Presupuesto también incluyó otros ingresos por 5,427 millones de pesos correspondientes a adeudos del Gobierno Federal, desagregados de la siguiente manera: 515 millones de pesos por aportaciones al Régimen Obligatorio del Seguro Social; 1,899 millones de pesos por costo asociado al "Decreto para la ampliación del periodo de conservación de derechos", y 3,013 millones de pesos por recuperación de gastos por la administración de las pensiones en curso de pago (PCP).

Con fundamento en el Artículo 277 de la LSS, el Instituto llevó a cabo las evaluaciones trimestrales de

[31] Para una descripción detallada de la estructura de las reservas y fondos del Instituto y sus propósitos ver el Capítulo IX.

[32] Artículo 277 A. *"…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 Consejo Técnico, debiendo informar de tales ajustes al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público…"*

[33] Artículo 277 C. *"…Si al finalizar el ejercicio fiscal, existiera saldo proveniente de los ingresos excedentes a los presupuestados, el Instituto los transferirá a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento prevista en el artículo 280, fracción II de esta Ley, y podrán, en casos excepcionales, ser destinados a sus programas prioritarios de inversión de ejercicios posteriores…"*

[34] 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, con objeto de disponer de los recursos necesarios en el momento de la jubilación de sus trabajadores. Al efecto, el Consejo Técnico aprobará las reglas del referido Fondo a propuesta del Director General, quien deberá escuchar previamente la opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. El manejo del Fondo deberá tomar en consideración las políticas y lineamientos que la Administración Pública Federal aplica en dicha materia.*

Dicho Fondo deberá registrarse en forma separada en la contabilidad del Instituto estableciendo dentro de él una cuenta especial para el 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.

El Instituto, en su carácter de patrón, no podrá destinar a este Fondo, para el financiamiento de la cuenta especial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, recursos provenientes de las cuotas a cargo de los patrones y trabajadores establecidos en la Ley del Seguro Social. Tampoco podrá destinar recursos para dicho fin, de las contribuciones, cuotas y aportaciones, que conforme a la Ley del Seguro Social, son a cargo del Gobierno Federal; ni de las Reservas a que se refiere el artículo 280 de esta Ley o de los productos financieros que de ellas se obtengan".

los ingresos recibidos y el gasto incurrido con respecto al presupuesto 2010, por lo que al cierre del ejercicio fiscal los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- ingresos totales por 336,900 millones de pesos, incluyendo 509 millones de pesos provenientes de los intereses de la Subcuenta 2 del FCOLCLC;
- egresos totales por 340,007 millones de pesos;
- uso final de las reservas y fondos por un total de 15,462 millones de pesos (5,562 millones de pesos de la ROCF y 9,900 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC);
- acumulación de 10,059 millones de pesos a las reservas y fondos (4,816 millones de pesos adicionales a la meta inicial establecida en el Artículo 7 del DPEF 2010);
- incremento de 1,107 millones de pesos en la ROCF por concepto de rendimientos y costos financieros del ejercicio fiscal;
- devolución al Gobierno Federal por 1,167 millones de pesos por concepto de PCP de 2009, y
- disponibilidad en las Reservas Operativas (RO) por 22 millones de pesos, los cuales serán devueltos a la ROCF en el ejercicio 2011.

El 30 de diciembre de 2010, la SHCP liquidó al Instituto 5,648 millones de pesos por concepto de adeudos de los ejercicios 2005 a 2009.

En 2009 y 2010 los ingresos ordinarios han sido insuficientes para cubrir los egresos, por lo que el IMSS ha dispuesto de sus reservas y fondos. Las proyecciones financieras del modelo de corto plazo muestran cómo se agudiza esta situación, por lo que para el presente ejercicio y los próximos dos años se prevé la utilización de la totalidad de fondos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para apoyar el pago de la nómina del RJP, con fundamento en el Artículo 286 K de la LSS.

Asimismo, para el ejercicio fiscal 2011 debido al déficit que presentarán las RO del SEM (ver Capítulo VI) se deben transferir recursos de las RFA del SRT y SIV a la RFA del SEM, de conformidad con lo establecido en el Artículo 1º de la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) para el ejercicio fiscal 2011[35] , así como recursos de la ROCF de conformidad con los Artículos 277 A y C de la LSS para apoyar el déficit en las RO y el Programa de Inversión Física. La transferencia de las RFA del SIV y SRT a la del SEM tendría lugar durante 2011; conforme a las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo que arrojan los estudios actuariales, el monto a transferir sería equivalente a 61,222 millones de pesos.

III.3.1. Supuestos

Para las proyecciones financieras de corto plazo las cifras del año 2011 corresponden a la Segunda Adecuación al Presupuesto aprobada por el HCT el 26 de enero de ese año.

En el cuadro III.5 se presentan algunos de los supuestos utilizados para las proyecciones 2012-2015 de ingresos y gastos.

Cuadro III.5.
Supuestos 2012-2015 para la proyección del estado de ingresos y gastos[1/]
(porcentajes)

Concepto	2012	2013	2014	2015
Crecimiento de asegurados trabajadores permanentes	1.79	1.77	1.74	1.69
Crecimiento real de los salarios de cotización	1.40	1.40	1.40	1.40
Inflación diciembre-diciembre	4.00	3.60	3.60	3.60
Inflación promedio	3.94	3.78	3.60	3.60

[1/] Hipótesis de las valuaciones actuariales del IMSS al 31 de diciembre de 2010.
Fuente: Auditoría a la Valuación Financiera y Actuarial del IMSS al 31 de diciembre de 2010, Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

Se asume que en los próximos cuatro años los asegurados permanentes se incrementarán, en promedio, en 1.7 por ciento y el incremento real de los SBC permanecerá constante en 1.4 por ciento. Por otro lado, la inflación promedio se estima en 3.7 por ciento para el mismo periodo.

[35] LIF, Artículo 1º *"…El Instituto Mexicano del Seguro Social, podrá transferir a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad el excedente de las reservas de los Seguros de Invalidez y Vida (SIV) y de Riesgos de Trabajo (SRT) de acuerdo con las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros".*

En la siguiente sección se presentan las cifras de ingresos y gastos, primero, en términos de flujo de efectivo y, segundo, en términos de operación. La diferencia entre estas dos presentaciones radica, entre otras cosas, en que: i) en el flujo de efectivo el total de ingresos y gastos incluye el monto de las PCP que son obligaciones del Gobierno Federal y en las que el Instituto actúa como administrador de dichos recursos, y ii) en el gasto de operación se incluye el reconocimiento pleno del CNP del RJP.

III.3.2. Resultados

Resultados con base en el presupuesto autorizado

El cuadro III.6 muestra la variación en el flujo de efectivo en pesos corrientes y pesos de 2011. Como ya se mencionó, en 2010 los ingresos, incluyendo los provenientes de los intereses de la Subcuenta 2 del FCOLCLC, alcanzaron 336,900 millones de pesos, los cuales fueron insuficientes para solventar gastos de 340,007 millones de pesos. El presupuesto para 2011 y las proyecciones para 2012-2015 muestran la misma tendencia, es decir, que los gastos serán superiores a los ingresos.

El cuadro III.7 contiene el flujo de efectivo registrado en 2010, detallando los principales conceptos de egresos y el uso de las reservas, el presupuesto 2011, así como las proyecciones para 2012-2015.

Respecto a la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011, el gasto en inversión física muestra un crecimiento de 19.3 por ciento con relación a 2010, 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 5.3 por ciento. Otro rubro que presenta un crecimiento de 12.5 por ciento entre 2010 y 2011 es el RJP.

La proyección 2013 respecto a 2011 muestra crecimientos importantes en el RJP (22.4 por ciento) y en sumas aseguradas (32.1 por ciento), mientras que estos crecimientos se vuelven aún más significativos entre 2011 y 2015 (incremento de 46.6 por ciento para el RJP y 86.6 por ciento para sumas aseguradas).

En 2011 se espera un déficit de 22,807 millones de pesos después de la creación de las reservas y fondos.

Por lo antes expuesto, el Instituto podría disponer de 20,585 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC de acuerdo con lo establecido en el Artículo 286 K de la LSS para apoyar el gasto en la nómina del RJP y de 2,735 millones de pesos de la ROCF en el marco del Artículo 277 C de la LSS para financiar el gasto del Programa de Inversión Física.

Para los años de 2012 y 2013 se estima un déficit después de la creación de reservas y fondos por

Cuadro III.6.
Flujo de efectivo 2010, presupuesto 2011 y proyección 2012-2015

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Millones de pesos corrientes						
Total de ingresos	336,900	350,911	377,375	405,519	446,013	482,248
Crecimiento (%)	8.4	4.2	7.5	7.5	10.0	8.1
Total de egresos	340,007	364,929	393,653	424,722	472,512	516,351
Crecimiento (%)	11.7	7.3	7.9	7.9	11.3	9.3
Millones de pesos de 2011[1/]						
Total de ingresos	351,516	350,911	363,077	375,938	399,109	416,539
Crecimiento real (%)	8.7	-0.2	3.5	3.5	6.2	4.4
Total de egresos	354,757	364,929	378,738	393,740	422,822	445,995
Crecimiento real (%)	12.1	2.9	3.8	4.0	7.4	5.5

[1/] La conversión a pesos de 2011 resulta de aplicar el factor resultante de dividir el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) promedio del año (2012 a 2015) entre el INPC del año base (2011), a cada cifra en pesos corrientes.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro III.7.
Flujo de efectivo 2010, presupuesto 2011 y proyección 2012-2015, detallados
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2010	2011		2012		2013		2014		2015	
		Monto	%[1/]	Monto	%[1/]	Monto	%[1/]	Monto	%[1/]	Monto	%[1/]
Saldo inicial de las RO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ingresos (1)[2/]	**336,900**	**350,911**	**4.2**	**377,375**	**7.5**	**405,519**	**7.5**	**446,012**	**10.0**	**482,248**	**8.1**
Egresos (2)[3/]	340,007	364,929	7.3	393,653	7.9	424,722	7.9	472,512	11.3	516,351	9.3
Servicios de personal	115,803	121,901	5.3	130,971	7.4	139,222	6.3	149,576	7.4	160,574	7.4
RJP	38,692	43,521	12.5	48,270	10.9	53,258	10.3	58,353	9.6	63,799	9.3
Subsidios y ayudas y pensiones temporales y provisionales	12,094	11,988	-0.9	13,168	9.8	14,091	7.0	15,141	7.5	16,215	7.1
Sumas aseguradas	9,147	9,410	2.9	10,137	7.7	12,432	22.6	15,568	25.2	17,558	12.8
Inversión física	6,646	7,928	19.3	5,338	-32.7	3,342	-37.4	3,522	5.4	3,711	5.3
Materiales y suministros	35,240	36,658	4.0	38,805	5.9	40,915	5.4	43,124	5.4	45,431	5.3
Servicios generales	21,011	22,673	7.9	24,085	6.2	25,485	5.8	26,958	5.8	28,503	5.7
Operaciones ajenas	-2,951	-4,146	40.5	-4,877	17.6	-5,120	5.0	-4,614	-9.9	-4,573	-0.9
PCP	104,324	114,996	10.2	127,755	11.1	141,098	10.4	164,884	16.9	185,133	12.3
Excedente (déficit) (3)=(1)-(2)	**-3,107**	**-14,018**	**351.2**	**-16,278**	**16.1**	**-19,203**	**18.0**	**-26,500**	**38.0**	**-34,103**	**28.7**
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)[4/]	10,059	8,789	-12.6	10,651	21.2	10,884	2.2	10,138	-6.9	9,042	-10.8
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	**-13,166**	**-22,807**	**73.2**	**-26,928**	**18.1**	**-30,087**	**11.7**	**-36,638**	**21.8**	**-43,145**	**17.8**
Movimientos de la ROCF[5/]	-1,107	-513		-796		-587		-755		-180	
Uso de la ROCF, Art. 277 A de la LSS[6/]	-	-		4,645		-		8,441		-	
Uso de la ROCF para programas de inversión[7/]	5,562	2,735		-		-		-		-	
Uso del FCOLCLC[8/]	9,900	20,585		13,121		-		0		-	
Uso de la RFA del SEM[9/]	-	-		9,958		30,674		28,952		-	
Transferencia neta entre reservas (6)	14,355	22,807		26,928		30,087		36,638		-180	
Devoluciones al Gobierno Federal 2009-2010 (7)	1,167	-		-		-		-		-	
Saldo en RO después de transferencias (8)=(5)+(6)-(7)	**22**	**0**		**0**		**0**		**0**		**-43,325**	

[1/] Variación porcentual respecto al año anterior.

[2/] Este monto incluye 350,133 millones de pesos considerados en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011, más 778 millones de pesos correspondientes a productos financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.

[3/] Este monto incluye 364,151 millones de pesos considerados en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011, más 778 millones de pesos correspondientes a productos financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.

[4/] La cifra observada en 2011 corresponde a la meta establecida en el Artículo 7 del DPEF 2011 más productos financieros adicionales de las RFA y RGFA, de conformidad con lo programado en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011. De 2012 a 2015 se presenta el importe estimado por la acumulación de productos financieros de las RFA, RGFA y Subcuenta 2 del FCOLCLC, así como las aportaciones de los trabajadores de esta última.

[5/] Corresponde a productos generados durante el año, los cuales se acumulan en la misma reserva, por lo que para efectos de flujo de efectivo se presentan en negativo, toda vez que incrementan el déficit del ejercicio después de la creación de reservas.

[6/] Uso para cubrir el déficit esperado en las RO, con fundamento en el Artículo 277 A de la LSS.

[7/] Uso para apoyar el Programa de Inversión Física, con fundamento en el Artículo 277 C de la LSS.

[8/] Uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC hasta por 20,585 millones de pesos autorizados en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011 y 13,121 millones de pesos esperados en 2012 como apoyo del gasto en la nómina del RJP.

[9/] De acuerdo con el último párrafo del Artículo 1° de la LIF 2011, el IMSS transferirá 61,222 millones de pesos de las RFA del SIV y del SRT a la RFA del SEM, que podrá disponer más sus intereses por 8,362 millones de pesos, según las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros. Los recursos transferidos empezarán a generar intereses a partir del 1º de enero de 2012.

Fuente: DF, IMSS.

26,928 y 30,087 millones de pesos, respectivamente. Esto se debe a la evolución de la nómina del RJP, la cual en 2011 se incrementa 12.5 por ciento respecto a 2010, y en 2012 y 2013, 10.9 y 10.4 por ciento, respectivamente, lo que representa una presión de gasto por 4,749 millones de pesos en 2012 y 4,988 millones de pesos en 2013.

Es importante señalar que en 2012 se estima utilizar la totalidad de los recursos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC de conformidad con el Artículo 286 K de la LSS para apoyar el gasto en la nómina del RJP con un importe de 13,121 millones de pesos. Asimismo, se utilizarán 4,645 millones de pesos de la ROCF de conformidad con el Artículo 277 A de la LSS y 9,958 millones de pesos de la RFA del SEM a fin de respaldar el déficit esperado. Para 2013 se usarían recursos de la RFA del SEM por 30,674 millones de pesos.

En 2014 se usarán 28,952 millones de pesos de la RFA del SEM y 8,441 millones de pesos de la ROCF en el marco del Artículo 277 A de la LSS. Cabe señalar que con este uso se agotarán los recursos de la RFA del SEM.

Como se puede observar, en 2015 los ingresos serán menores a la presión de gasto por un monto de 43,325 millones de pesos y no se contará con recursos en las RFA para hacer frente a esa diferencia entre ingresos y gastos.

Resultados con base en las proyecciones del cierre de 2011

Al mes de marzo de 2011 la recaudación registra un incremento de 2,889 millones de pesos, lo que representa un incremento de 1.7 por ciento respecto a lo programado en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011. Al final del ejercicio fiscal 2011 se estiman ingresos adicionales por 10,240 millones de pesos respecto a lo presupuestado, así como gastos por 6,826 millones de pesos en los capítulos de servicios de personal, inversión fisica, materiales y suministros, y servicios generales y conservación, lo cual, de mantenerse esta tendencia, podrá posponer el uso de la RFA del SEM hasta el 2013.

En el cuadro III.8 se presenta la proyección del flujo de efectivo considerando los mayores ingresos y gastos estimados al cierre de 2011. Esto se traduce en un incremento neto en los recursos disponibles en 2011 de 3,414 millones de pesos, lo que permitiría disminuir a 17,491 millones de pesos el uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, en lugar de los 20,585 millones de pesos autorizados en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011; en 2012 el uso de la Subcuenta 1 se estima en 14,348 millones de pesos. En 2013 el uso de la Subcuenta 1 se estima en 4,706 millones de pesos, agotando con ello los recursos disponibles en la subcuenta referida, y de la RFA del SEM en 15,985 millones de pesos. Para el 2014 y 2015 el uso de la RFA del SEM sería de 28,021 millones de pesos y 30,055 millones de pesos, respectivamente.

Con estas nuevas proyecciones, la diferencia entre ingresos y gastos en 2015 se ubicaría en 2,796 millones de pesos y de manera similar a los resultados, con base en el presupuesto autorizado, no se contaría con recursos en las RFA para hacer frente a esa diferencia. En 2016 la diferencia entre ingresos y gastos alcanzaría 39,787 millones de pesos y el Instituto no dispondría de recursos para cubrirla. En el cuadro III.9 se presentan los supuestos utilizados para las proyecciones del cierre de 2011 (correspondientes al cuadro III.8).

Resultados con CNP del RJP

Las proyecciones anteriores no consideran el reconocimiento pleno del CNP del RJP; por ello, dada su importancia en la situación financiera del Instituto, en el cuadro III.10 se presenta el estado de ingresos y gastos con reconocimiento pleno del CNP del RJP al cierre de 2010, presupuestado para 2011 y esperado para 2012-2013[36]. No existen cifras auditadas para

[36] Bajo la metodología de la 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 ejercicio 2011 es de 213,688 millones de pesos. A esta última cifra se le disminuyen 43,521 millones de pesos del RJP que se encuentran incluidos en los gastos directos y se adicionan 4,957 millones de pesos correspondientes a gastos no distribuibles, obteniendo como resultado 175,124 millones de pesos.

Cuadro III.8.
Flujo de efectivo 2010 y proyección 2011-2016, considerando el incremento estimado en ingresos y gastos 2011
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Saldo inicial de las Reservas Operativas	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Ingresos (1)[1/]	336,900	361,151	391,536	422,857	462,610	499,452	516,949
Egresos (2)[2/]	340,007	371,754	399,015	431,292	478,043	521,153	546,697
Excedente (déficit) (3)=(1)-(2)	**-3,107**	**-10,603**	**-7,479**	**-8,435**	**-15,433**	**-21,701**	**-29,748**
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	10,059	8,789	10,699	11,648	11,848	10,387	9,224
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	**-13,166**	**-19,392**	**-18,178**	**-20,083**	**-27,281**	**-32,088**	**-38,972**
Movimientos de la ROCF	-1,107	-513	-815	-608	-740	-763	-815
Uso de la ROCF, Artículo 277 A de la LSS	-	-	4,269	-	-	-	-
Uso de la ROCF para programas de inversión	5,562	2,414	376	-	-	-	-
Uso del FCOLCLC	9,900	17,491	14,348	4,706	-	-	-
Uso de la RFA del SEM[3/]	-	-	0	15,985	28,021	30,055	0
Transferencia neta entre reservas (6)	14,355	19,392	18,178	20,083	27,281	29,292	-815
Devoluciones al Gobierno Federal 2009-2010 (7)	**1,167**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Saldo en RO después de transferencias (8)=(5)+(6)-(7)	**22**	**0**	**0**	**0**	**0**	**-2,796**	**-39,787**

[1/] En comparación con el cuadro III.7, los ingresos de 2011 muestran 10,240 millones de pesos adicionales: 7,137 millones de pesos por concepto de COP y 2,413 millones de pesos por AGF y 690 millones de pesos por otros ingresos.
[2/] En comparación con el cuadro III.7, los egresos de 2011 muestran 6,826 millones de pesos adicionales: 1,866 millones de pesos en servicios de personal y 1,678 millones de pesos en inversión física, 2,488 millones de pesos en materiales y suministros y 794 millones de pesos en servicios generales y conservación.
[3/] De acuerdo con el último párrafo del Artículo 1° de la LIF 2011, el IMSS podrá transferir a la RFA del SEM el excedente de las RFA del SIV y del SRT según las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros.
Fuente: DF, IMSS.

el CNP del RJP de los años 2014 y 2015, y como consecuencia no se incluyen en este tipo de análisis.

El renglón de gastos directos refleja la erogación en efectivo del Instituto, mientras que en otros gastos se registra el CNP, el cual reconoce las obligaciones laborales al retiro de los trabajadores.

En la gráfica III.1 se presentan los resultados de operación 2010-2013.

Cuadro III.9.
Supuestos 2011-2016, considerando el incremento estimado en ingresos y gastos 2011

Concepto	Promedio 2000-2010	Promedio 2005-2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Crecimiento de asegurados trabajadores permanentes (%)[1/]	1.73	1.95	2.71	2.77	1.73	1.73	1.73	1.73
Crecimiento de cotizantes promedio(%)[1/]	2.10	2.70	3.56	3.64	2.10	2.10	2.10	2.10
Crecimiento real de los salarios de cotización (%)[2/]	1.76	0.46	(0.40)	1.76	1.76	1.76	1.76	1.76
Inflación promedio anual (%)[3/]	5.12	4.36	3.94	3.74	3.52	3.00	3.00	3.00
Días cotizados (promedio)[2/]	342.98	342.42	343.11	343.81	343.75	342.16	342.20	342.20
Pago a segundo mes (% promedio)[2/]	0.9869	0.9885	0.9862	0.9835	0.9878	0.9879	0.9880	0.9880
Plazas ocupadas IMSS (al cierre)[2/]	359,130	363,518	397,730	407,330	408,830	408,830	408,830	408,830
Incremento en plazas IMSS	-	-	11,788	9,600	1,500	-	-	-

[1/] Asegurados permanentes y cotizantes, 2000-2010: registros IMSS; 2011: estimación con base en la proyección del PIB.
[2/] Salario diario promedio de cotización, días cotizados, porcentaje de pago al segundo mes vencido y plazas ocupadas al cierre, 2000-2010: registros IMSS.
[3/] Inflación promedio anual, 2000-2010: Banco de México (Banxico). 2011-2013: Encuesta sobre las expectativas de los especialistas en economía del sector privado, mayo de 2011, Banxico.
Fuente: DF, IMSS.

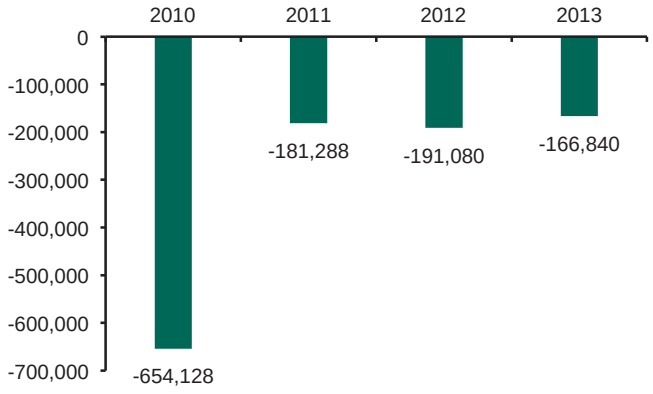
Cuadro III.10.
Estado de ingresos y gastos, resultado 2010, presupuesto 2011 y proyección 2012-2013, con reconocimiento pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2010[1/]	2011	2012	2013
Total de ingresos (1)	251,521	240,816	258,600	274,016
Total de gastos (2)	905,649	422,104	449,680	440,856
Gastos directos	227,963	246,980	266,327	286,349
Otros gastos	677,686	175,124	183,353	154,507
Excedente (déficit) neto (3)=(1)-(2)	**-654,128**	**-181,288**	**-191,080**	**-166,840**
Partidas que no requieren utilización de recursos (4)	665,661	170,167	178,098	148,952
Efectivo generado por la operación (5)=(3)+(4)	**11,533**	**-11,121**	**-12,982**	**-17,888**
Recursos utilizados para inversión física (6)	**17,812**	**17,230**	**13,189**	**14,813**
ROCF	1,107	513	796	587
RFA, RGFA y FCOLCLC[2/]	10,059	8,789	7,055	10,884
Inversión física	6,646	7,928	5,338	3,342
Recursos utilizados en financiamiento (7)	**15,462**	**23,320**	**27,724**	**30,674**
Uso de la ROCF, Art. 277 A de la LSS	-	-	4,645	-
Uso de la ROCF, Art. 277 C de la LSS	5,562	2,735	-	-
Uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC	9,900	20,585	13,121	-
Uso de la RFA del SEM[3/]	-	-	9,958	30,674
Sobrante o faltante neto de efectivo (8)=(5)-(6)+(7)	**9,183**	**-5,031**	**1,553**	**-2,027**
ROCF acumulada	6,997	13,364	9,515	10,102
RFA, RGFA y FCOLCLC acumuladas	122,656	110,860	98,432	78,642

[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 702,139 millones de pesos. Para los Estados Financieros dictaminados, el IMSS debe apegarse a la NEIFGSP-08 Bis de la SHCP, 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 acumulación de recursos en las reservas y fondos en 2010 y 2011. Para los años subsecuentes se considera el incremento sólo por la acumulación de productos financieros y aportaciones de los trabajadores a la Subcuenta 2 del FCOLCLC.
[3/] De acuerdo con el último párrafo del Artículo 1° de la LIF 2011, el IMSS podrá transferir a la RFA del SEM el excedente de las RFA del SIV y del SRT según las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros.
Fuente: DF, IMSS.

De acuerdo con el estado de resultados con reconocimiento pleno del CNP del RJP, en el ejercicio 2010 el Instituto obtuvo ingresos de operación por 251,521 millones de pesos y realizó gastos totales por 905,649 millones de pesos. Los gastos directos fueron de 227,963 millones de pesos y los otros gastos de 677,686 millones de pesos. El déficit del año ascendió a 654,128 millones de pesos, mientras que el efectivo generado por la operación fue de 11,533 millones de pesos[37]. Estos recursos se destinaron para restituir la

Gráfica III.1.
Superávit (déficit) de operación, 2010-2013, con reconocimiento pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

[37] El efectivo generado o utilizado por la operación resulta de adicionar o disminuir al excedente de ingresos sobre 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.

ROCF en 1,107 millones de pesos e incrementar las RFA, la RGFA y el FCOLCLC por un monto de 10,059 millones de pesos, cumpliendo con la meta estipulada por la H. Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2010 (PEF). Para apoyar el gasto del Programa de Inversión Física, que alcanzó 6,646 millones de pesos, se dispuso de recursos de la ROCF por 5,562 millones de pesos, y para apoyar el gasto en la nómina del RJP, la cual ascendió a 38,692 millones de pesos, se utilizaron 9,900 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, quedando un remanente de 9,183 millones de pesos.

El presupuesto 2011 indica un deterioro mayor de la situación financiera del Instituto respecto a 2010. Los ingresos de operación se han estimado en 240,816 millones de pesos, mientras que el total de gastos alcanzará 422,104 millones de pesos, lo que arroja un déficit de operación de 181,288 millones de pesos. El faltante neto de efectivo esperado para 2011 será de 5,031 millones de pesos.

Las proyecciones para 2012 y 2013 muestran el total de gastos estimados en 449,680 y 440,856 millones de pesos, respectivamente. El faltante neto de efectivo esperado para 2013 será de 2,027 millones de pesos.

Es importante mencionar el esfuerzo significativo que el Instituto realizará para fortalecer la acumulación de reservas y el FCOLCLC en 2011, toda vez que al cierre de 2010 el saldo de las RFA, la RGFA y el FCOLCLC ascendió a 122,656 millones de pesos y la ROCF a 6,997 millones de pesos[38]. Después de efectuar la devolución del préstamo solicitado en 2010 y de aplicar el uso a la ROCF de conformidad con el Artículo 277 C de la LSS y el correspondiente a la Subcuenta 1 del FCOLCLC, se estima cerrar 2011 con 110,860 millones de pesos en las RFA, RGFA y el FCOLCLC, y 13,364 millones de pesos en la ROCF.

[38] El saldo financiero acumulado al cierre de 2010 fue de 15,564 millones de pesos, que incluye el préstamo otorgado a las RO por 8,567 millones de pesos en diciembre del mismo año.

En el cuadro III.11 se presentan los rubros más importantes de gasto devengado y reconocimiento del CNP con relación al total de los ingresos. Los gastos directos representarán 102.6 por ciento de los ingresos de 2011, y 103 y 104.5 por ciento de los ingresos de 2012 y 2013, respectivamente. Se prevé que la proporción del rubro de otros gastos, que incluye principalmente el reconocimiento del CNP del RJP, se ubique en un promedio de 66.7 por ciento de los ingresos del Instituto en los próximos tres años y que el déficit de operación disminuya de 75.3 a 60.9 por ciento de los ingresos de 2011 a 2013.

Cuadro III.11.
Resultados de operación, 2010-2013, con relación al total de ingresos con reconocimiento pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(porcentajes)

Concepto	2010	2011	2012	2013
Total de ingresos	100.0	100.0	100.0	100.0
Total de gastos	360.0	175.3	173.9	160.9
Gastos directos	90.6	102.6	103.0	104.5
Otros gastos	269.4	72.7	70.9	56.4
Excedente (déficit) neto	**-260.0**	**-75.3**	**-73.9**	**-60.9**

Fuente: DF, IMSS.

En síntesis, las perspectivas de corto plazo son desfavorables debido a que se espera que el crecimiento de los ingresos como resultado del aumento en el número de los asegurados y en los salarios sea significativamente menor al crecimiento del pasivo laboral y del gasto en servicios de personal. Esto genera insuficiencia en la disponibilidad de flujo de efectivo de las RO a partir de 2010.

III.4. Proyecciones financieras de largo plazo

Para la estimación de las proyecciones financieras de largo plazo de los ingresos, los gastos y el excedente o faltante se utiliza el MIFA, cuyos resultados complementan y amplían las proyecciones de corto plazo presentadas en la sección anterior y sirven de base para el cálculo de las primas y los salarios de

equilibrio que se abordan en los Capítulos VI, VII y VIII del SEM, SGPS y SSFAM, respectivamente.

El horizonte de proyección del MIFA abarca hasta el año 2050, y en sus resultados se incorporan las cifras que se obtienen de la valuación actuarial del RJP, así como de las valuaciones actuariales del SRT y del SIV en cuanto a sumas aseguradas, pensiones temporales y provisionales y PCP. Es importante señalar que al analizar los resultados de este capítulo, se debe tener claro que cualquier proyección financiera de largo plazo incorpora ciertos elementos de incertidumbre, ya que depende, entre otras cosas, de que en el futuro se materialicen los supuestos económicos, financieros, demográficos y epidemiológicos utilizados. Además de lo anterior, en el caso del MIFA, los resultados que aquí se incluyen dependen también de las políticas de administración de los seguros que se sigan en el futuro, por lo que cualquier modificación a éstas, así como a las hipótesis utilizadas para construir los escenarios de comportamiento de largo plazo de las variables que inciden en la situación financiera institucional, obligaría a la revisión de dichos resultados.

III.4.1. Conceptos y supuestos

En el MIFA se proyectan 21 conceptos, de los cuales siete corresponden al renglón de ingresos y 14 al renglón de egresos, como se aprecia en el cuadro III.12.

Las proyecciones de los rubros enumerados en el cuadro III.12 se realizaron asumiendo las hipótesis macroeconómicas que se muestran en el cuadro III.13, a partir de las cuales se construyó el escenario base.

Respecto a los conceptos que se proyectan con el MIFA, así como en relación con el escenario base, es oportuno hacer las siguientes precisiones: i) el año base de las proyecciones es 2011, las cifras que en él se reportan corresponden a la Segunda Adecuación al Presupuesto, aprobada por el HCT el 26 de enero de 2011; ii) las cifras de 2012 y 2013 corresponden a las proyecciones de corto plazo referidas en la sección anterior de este capítulo; iii) a partir de 2014 las cifras son estimadas con el MIFA; iv) debido a que el año base de las proyecciones es 2011, las cifras del escenario base, se expresan en pesos de ese año; v) adicionalmente, las cifras del escenario base se expresan en pesos corrientes a efecto de que puedan compararse con las que se presentan en la sección correspondiente a la situación financiera de corto plazo; vi) las proyecciones del gasto derivado del RJP provienen de la valuación actuarial de ese régimen al 31 de diciembre de 2010, mientras que las proyecciones de sumas aseguradas, pensiones temporales y provisionales y PCP provienen de las valuaciones actuariales del SRT y del SIV al 31 de diciembre de 2010, y vii) a partir del 2013 el incremento en el saldo y los productos financieros del FCOLCLC corresponden solamente a la Subcuenta 2 del mismo, ya que se estima que los recursos de la Subcuenta 1 para ese año serán agotados.

III.4.2. Situación actual del IMSS

En el cuadro III.14 se muestra la situación financiera que se estimó en el Informe pasado[39], medida en valor presente, para los cinco seguros en el periodo 2011-2050, y se compara con la que se estima actualmente para ese mismo lapso, partiendo de las cifras presupuestadas para 2011.

En el cuadro se aprecia que globalmente la situación deficitaria del IMSS se ha agudizado, ya que el valor presente del déficit, proyectado el año pasado para el periodo 2011-2050 representa 12.4 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB)[40], mientras que el déficit estimado en la proyección actual es mayor en 1 punto porcentual del PIB. Este resultado global se explica básicamente por una reducción en la proyección actual del superávit para el SRT y el SIV y por la disminución en el déficit del SEM, SSFAM y el SGPS. La reducción que se proyecta en el superávit

[39] 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 IMSS 2009-2010.

[40] Corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica para la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos de la Federación 2011 (14'140,600 millones de pesos).

Cuadro III.12.
Conceptos de ingresos y egresos calculados en el Modelo Integral Financiero y Actuarial para las proyecciones de flujo de efectivo del IMSS

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. Aportación de los trabajadores al fondo de jubilación	5. Aportación de los trabajadores al fondo de jubilación
6. Servicios sociales de ingreso (tiendas y centros vacacionales)	6. Régimen de Jubilaciones y Pensiones
7. Rendimiento de las reservas: Operativas (RO), de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF), Financieras y Actuariales (RFA), General Financiera y Actuarial (RGFA) y Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC)	7. Subsidios y ayudas
	8. Pensiones temporales y provisionales
	9. Sumas aseguradas
	10. Indemnizaciones y laudos
	11. Conservación
	12. Guarderías
	13. Inversión física
	14. Otros gastos

Fuente: DF, IMSS.

del SRT y del SIV equivale a 2.7 por ciento del PIB, mientras que la disminución estimada en el déficit del SEM, SSFAM y SGPS es de 1.6 por ciento.

Los factores que explican la reducción del superávit del SRT y del SIV son principalmente dos: i) la aplicación de las nuevas probabilidades de sobrevivencia de pensionados que aprobó en 2009 la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), las cuales, aunque reducen la esperanza de vida de los pensionados inválidos, aumentan la de los pensionados no inválidos que representan más de las dos terceras partes de los

Cuadro III.13.
Principales supuestos utilizados en el Modelo Integral Financiero y Actuarial para las proyecciones de flujo de efectivo, 2012-2050

Escenario base	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Crecimiento de asegurados trabajadores permanentes (%)[1/]	1.79	1.77	1.74	1.69	1.18	0.83	0.56	0.31	0.10	0.02	0.02
Crecimiento real de los salarios de cotización (%)[1/]	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40
Inflación diciembre-diciembre (%)[1/]	4.00	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60
Tasa de interés nominal (promedio) (%)[2/]	5.80	6.00	7.23	7.23	7.23	7.23	7.23	7.23	7.23	7.23	7.23
Crecimiento real de los salarios de trabajadores del IMSS (%)[1/]	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Número de jubilaciones de trabajadores del IMSS[3/]	10,303	10,348	11,161	12,668	14,990	8,901	9,191	3,004	516	48	4
Crecimiento de nuevas plazas de trabajadores del IMSS (%)[3/]	2.41	0.37	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50

[1/] Hipótesis de las valuaciones actuariales del IMSS al 31 de diciembre de 2010.
[2/] Para los años 2012 y 2013 se consideraron los supuestos del Marco Macroeconómico de la SHCP, contenido en los Criterios Generales de Política Económica para la LIF y el PEF 2011; para el periodo 2014-2050 se utilizaron los supuestos de las valuaciones actuariales del IMSS al 31 de diciembre de 2010.
[3/] Para 2012 y 2013 se consideraron las tasas de crecimiento implícitas por el Programa de Inversión Física y otros programas institucionales. A partir de 2014 corresponde a la hipótesis demográfica de las valuaciones actuariales del IMSS al 31 de diciembre de 2010.
Fuente: SHCP; DF, IMSS.

Cuadro III.14.
Estimación del valor presente del superávit o déficit de los seguros acumulado en el periodo 2011-2050 y su relación con el Producto Interno Bruto
(millones de pesos de 2011)

Año de estimación	Informe 2009-2010		Informe 2010-2011	
	Superávit/ déficit acumulado	% PIB 2011	Superávit/ déficit acumulado	% PIB 2011
Seguros deficitarios:				
Seguro de Enfermedades y Maternidad	-2,645,995	18.7	-2,477,494	17.5
Asegurados	-718,651	5.1	-641,064	4.5
Pensionados	-1,927,344	13.6	-1,836,431	13.0
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	-68,877	0.5	-31,038	0.2
Seguro de Salud para la Familia	-194,271	1.4	-172,782	1.2
Seguros superavitarios:				
Seguro de Riesgos de Trabajo	377,875	2.7	231,325	1.6
Seguro de Invalidez y Vida	784,310	5.5	554,321	3.9
Total	**-1,746,958**	**12.4**	**-1,895,668**	**13.4**

Fuente: DF, IMSS.

pensionados totales, y ii) la transferencia programada para finales del presente año de parte de las reservas financieras y actuariales de estos seguros para financiar durante los años 2012, 2013 y 2014 el déficit que se proyecta registrará el SEM, lo cual incidirá en una disminución de los ingresos por productos financieros en estos seguros.

III.4.3. Escenario base

Los resultados que se presentan en el cuadro III.15 parten de un escenario base en el que se asume que los ingresos y los gastos de cada seguro aumentan en el periodo 2012-2050 en concordancia con los supuestos a los que se hizo mención en el apartado III.4.1, lo cual significa que se prolonga su tendencia de comportamiento actual y, por ende, la trayectoria financiera actual del Instituto.

En dichos resultados se observa que en todo el periodo de proyección los egresos del IMSS serán mayores a sus ingresos, por lo que se hará necesario seguir utilizando las reservas de que pueda disponer el Instituto, de conformidad con lo estipulado en la LSS[41].

Los usos de las reservas y el FCOLCLC para los años 2011-2013 se comentaron en el análisis de corto plazo. En 2014 se proyecta el uso de 28,952 millones de pesos de la RFA del SEM y de 8,441 millones de la ROCF para financiar el déficit esperado en ese año. A partir de 2015, las estimaciones muestran que el Instituto comenzará a registrar déficits crecientes en su operación. Por ejemplo, en este último año, el déficit proyectado ascendería a 43,325 millones de pesos.

Lo anterior pone de manifiesto que la situación financiera del IMSS se complicará más una vez que se hayan agotado las reservas de las que se podrá disponer en los próximos tres años.

En el cuadro III.16 se presenta la misma información que en el cuadro III.15 pero en pesos de 2011.

[41] La utilización de las reservas de la Subcuenta 1 del FCOLCLC comenzó en el año 2009, cuando se dispuso de un monto de reservas por 5,019 millones de pesos, de los cuales 616 millones de pesos correspondieron a productos financieros de la RGFA que se utilizaron para enfrentar los gastos derivados de la pandemia de la influenza A H1N1 y 4,403 millones de pesos fueron recursos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC que se destinaron a financiar el gasto del RJP. En 2010, las reservas utilizadas ascendieron a 15,462.3 millones de pesos, de los cuales 9,900 millones de pesos correspondieron a la Subcuenta 1 del FCOLCLC y 5,562.2 millones de pesos a la ROCF.

Cuadro III.15.
Presupuesto 2011 y proyecciones de flujo de efectivo 2012-2050, escenario base
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Saldo inicial de las RO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ingresos (1)	**350,911**	**377,375**	**405,519**	**446,013**	**482,248**	**713,423**	**1,044,683**	**1,520,294**	**2,202,746**	**2,996,325**	**3,624,439**	**4,227,107**
Cuotas obrero-patronales	169,423	181,811	194,281	207,481	221,465	302,140	404,643	534,725	697,481	900,058	1,152,668	1,475,593
Aportaciones del Gobierno Federal	51,652	54,730	57,761	60,939	64,261	82,435	103,710	128,663	157,469	190,586	228,855	274,694
Otros ingresos	129,836	140,834	153,477	177,592	196,522	328,848	536,330	856,906	1,347,796	1,905,680	2,242,916	2,476,820
Pensiones en curso de pago	114,996	127,755	141,098	164,884	185,133	312,001	511,970	822,281	1,299,075	1,836,807	2,145,985	2,340,969
Otros[1/]	14,840	13,079	12,379	12,708	11,389	16,847	24,360	34,625	48,721	68,873	96,931	135,851
Egresos (2)	**364,929**	**393,653**	**424,722**	**472,512**	**516,351**	**794,029**	**1,183,860**	**1,740,221**	**2,527,903**	**3,430,680**	**4,175,539**	**4,905,835**
Servicios de personal	121,901	130,971	139,222	149,576	160,574	230,423	323,114	448,704	616,109	834,096	1,125,444	1,517,824
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	43,521	48,270	53,258	58,353	63,799	102,534	145,108	196,363	253,005	294,537	320,486	323,850
Subsidios y ayudas	10,238	10,990	11,750	12,557	13,414	18,358	24,640	32,611	42,580	54,979	70,430	90,188
Pensiones temporales y provisionales	1,175	1,561	1,682	1,879	2,047	3,102	4,781	7,383	10,919	15,402	19,789	24,216
Indemnizaciones y laudos	575	617	659	705	753	1,030	1,383	1,830	2,389	3,085	3,952	5,061
Sumas aseguradas	9,410	10,137	12,432	15,568	17,558	30,801	50,911	77,644	114,339	160,520	208,586	263,591
Inversión física	7,928	5,338	3,342	3,522	3,711	4,737	5,931	7,323	8,920	10,744	12,839	15,336
Materiales y suministros	36,658	38,805	40,915	43,124	45,431	58,000	72,617	89,656	109,201	131,532	157,183	187,759
Servicios generales	22,673	24,085	25,485	26,958	28,503	37,073	47,337	59,662	74,258	91,496	111,969	137,118
Pensiones en curso de pago	114,996	127,755	141,098	164,884	185,133	312,001	511,970	822,281	1,299,075	1,836,807	2,145,985	2,340,969
Otros gastos[2/]	-4,146	-4,877	-5,120	-4,614	-4,573	-4,031	-3,932	-3,236	-2,893	-2,518	-1,126	-77
Excedente (déficit) de operación del año (3)=(1)-(2)	**-14,018**	**-16,278**	**-19,203**	**-26,500**	**-34,103**	**-80,606**	**-139,177**	**-219,927**	**-325,157**	**-434,355**	**-551,099**	**-678,727**
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)[3/]	8,789	10,651	10,884	10,139	9,042	12,329	17,555	24,385	34,508	49,063	68,727	97,280
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	**-22,807**	**-26,928**	**-30,087**	**-36,638**	**-43,144**	**-92,935**	**-156,732**	**-244,312**	**-359,665**	**-483,418**	**-619,826**	**-776,007**
Movimientos de la ROCF[4/]	-513	-796	-587	-755	-180	-259	-371	-532	-762	-1,093	-1,567	-2,247
Uso de la ROCF, Artículo 277 A de la LSS[5/]	-	4,645	-	8,441	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de la ROCF para programas de inversión[6/]	2,735	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso del FCOLCLC[7/]	20,585	13,121	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM[8/]	-	9,958	30,674	28,952	-	-	-	-	-	-	-	-
Transferencia neta entre reservas (6)	**22,807**	**26,928**	**30,087**	**36,638**	**-180**	**-259**	**-371**	**-532**	**-762**	**-1,093**	**-1,567**	**-2,247**
Devoluciones al Gobierno Federal 2009-2010 (7)	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Saldo en RO después de transferencias (8)=(5)+(6)-(7)	**0**	**0**	**0**	**0**	**-43,325**	**-93,194**	**-157,103**	**-244,843**	**-360,428**	**-484,511**	**-621,394**	**-778,254**

[1/] Incluye los siguientes conceptos: aportación de los trabajadores del IMSS al fondo de jubilación; adeudos del Gobierno Federal; ingresos por tiendas y centros vacacionales; productos financieros de las reservas; intereses moratorios, y comisiones por servicios a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) y el Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT).

[2/] Incluye operaciones ajenas (erogaciones recuperables) e intereses financieros por cobrar.

[3/] En 2011 corresponde a la meta establecida en el Artículo 7 del DPEF 2011 más productos financieros adicionales de las RFA y RGFA, de conformidad con lo programado en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011. En 2012 y 2013 se presenta el importe estimado por la acumulación de productos financieros de las RFA, RGFA y Subcuenta 2 del FCOLCLC, así como las aportaciones de los trabajadores de esta última.

[4/] Corresponde a productos generados durante el año, los cuales se acumulan en la misma reserva, por lo que para efectos de flujo de efectivo se presentan en negativo, toda vez que incrementan el déficit del ejercicio después de la creación de reservas.

[5/] Uso para cubrir el déficit esperado en las RO, con fundamento en el Artículo 277 A de la LSS.

[6/] Uso para apoyar el Programa de Inversión Física, con fundamento en el Artículo 277 C de la LSS.

[7/] Uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC hasta por 20,585 millones de pesos autorizados en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011 y 13,121 millones de pesos esperados en 2012 como apoyo del gasto en la nómina del RJP.

[8/] De acuerdo con el último párrafo del Artículo 1° de la LIF 2011, el IMSS podrá transferir a la RFA del SEM el excedente de las RFA del SIV y del SRT según las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro III.16.
Presupuesto 2011 y proyecciones de flujo de efectivo 2012-2050, escenario base
(millones de pesos de 2011)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Saldo inicial de las RO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ingresos (1)	**350,911**	**363,077**	**375,938**	**399,109**	**416,539**	**516,337**	**633,537**	**772,532**	**937,895**	**1,069,006**	**1,083,511**	**1,058,856**
Cuotas obrero-patronales	169,423	174,923	180,109	185,662	191,289	218,673	245,392	271,719	296,977	321,116	344,585	369,624
Aportaciones del Gobierno Federal	51,652	52,656	53,548	54,531	55,505	59,662	62,894	65,380	67,048	67,996	68,415	68,809
Otros ingresos	129,836	135,498	142,281	158,916	169,745	238,002	325,252	435,434	573,871	679,894	670,510	620,423
Pensiones en curso de pago	114,996	122,915	130,806	147,544	159,907	225,809	310,479	417,839	553,126	655,322	641,533	586,394
Otros[1/]	14,840	12,584	11,476	11,372	9,838	12,193	14,773	17,595	20,745	24,572	28,977	34,030
Egresos (2)	**364,929**	**378,738**	**393,740**	**422,822**	**445,995**	**574,675**	**717,939**	**884,287**	**1,076,342**	**1,223,972**	**1,248,259**	**1,228,871**
Servicios de personal	121,901	126,009	129,066	133,846	138,694	166,768	195,949	228,007	262,330	297,582	336,447	380,203
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	43,521	46,442	49,373	52,217	55,106	74,209	87,999	99,781	107,726	105,083	95,808	81,122
Subsidios y ayudas	10,238	10,573	10,892	11,237	11,587	13,287	14,943	16,571	18,130	19,615	21,055	22,591
Pensiones temporales y provisionales	1,175	1,502	1,559	1,681	1,768	2,245	2,899	3,751	4,649	5,495	5,916	6,066
Indemnizaciones y laudos	575	593	611	631	650	746	839	930	1,017	1,101	1,182	1,268
Sumas aseguradas	9,410	9,753	11,525	13,931	15,166	22,292	30,874	39,455	48,684	57,269	62,356	66,027
Inversión física	7,928	5,136	3,098	3,152	3,205	3,429	3,597	3,721	3,798	3,833	3,838	3,842
Materiales y suministros	36,658	37,335	37,930	38,589	39,241	41,977	44,038	45,558	46,496	46,927	46,989	47,032
Servicios generales	22,673	23,173	23,626	24,123	24,619	26,832	28,707	30,317	31,618	32,643	33,473	34,347
Pensiones en curso de pago	114,996	122,915	130,806	147,544	159,907	225,809	310,479	417,839	553,126	655,322	641,533	586,394
Otros gastos[2/]	-4,146	-4,692	-4,747	-4,129	-3,949	-2,918	-2,385	-1,644	-1,232	-898	-337	-19
Excedente (déficit) de operación del año (3)=(1)-(2)	**-14,018**	**-15,661**	**-17,802**	**-23,713**	**-29,456**	**-58,338**	**-84,402**	**-111,755**	**-138,447**	**-154,966**	**-164,749**	**-170,016**
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)[3/]	8,789	10,247	10,090	9,072	7,810	8,923	10,646	12,391	14,693	17,504	20,546	24,368
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	**-22,807**	**-25,908**	**-27,892**	**-32,785**	**-37,266**	**-67,262**	**-95,049**	**-124,146**	**-153,140**	**-172,470**	**-185,294**	**-194,383**
Movimientos de la ROCF[4/]	-513	-766	-544	-675	-156	-187	-225	-270	-325	-390	-468	-563
Uso de la ROCF, Artículo 277 A de la LSS[5/]	-	4,469	-	7,553	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de la ROCF para programas de inversión[6/]	2,735	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso del FCOLCLC[7/]	20,585	12,624	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM[8/]	-	9,581	28,436	25,908	-	-	-	-	-	-	-	-
Transferencia neta entre reservas (6)	**22,807**	**25,908**	**27,892**	**32,785**	**-156**	**-187**	**-225**	**-270**	**-325**	**-390**	**-468**	**-563**
Devoluciones al Gobierno Federal 2009-2010 (7)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo en RO después de transferencias (8)=(5)+(6)-(7)	**0**	**0**	**0**	**0**	**-37,422**	**-67,449**	**-95,274**	**-124,416**	**-153,465**	**-172,860**	**-185,763**	**-194,946**

[1/] Incluye los siguientes conceptos: aportación de los trabajadores del IMSS al fondo de jubilación; adeudos del Gobierno Federal; ingresos por tiendas y centros vacacionales; productos financieros de las reservas; intereses moratorios, y comisiones por servicios a AFORE e INFONAVIT.

[2/] Incluye operaciones ajenas (erogaciones recuperables) e intereses financieros por cobrar.

[3/] En 2011 corresponde a la meta establecida en el Artículo 7 del DPEF 2011 más productos financieros adicionales de las RFA y RGFA, de conformidad con lo programado en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011. En 2012 y 2013 se presenta el importe estimado por la acumulación de productos financieros de las RFA, RGFA y Subcuenta 2 del FCOLCLC, así como las aportaciones de los trabajadores de esta última.

[4/] Corresponde a productos generados durante el año, los cuales se acumulan en la misma reserva, por lo que para efectos de flujo de efectivo se presentan en negativo, toda vez que incrementan el déficit del ejercicio después de la creación de reservas.

[5/] Uso para cubrir el déficit esperado en las RO, con fundamento en el Artículo 277 A de la LSS.

[6/] Uso para apoyar el Programa de Inversión Física, con fundamento en el Artículo 277 C de la LSS.

[7/] Uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC hasta por 20,585 millones de pesos autorizados en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011 y 13,121 millones de pesos esperados en 2012 como apoyo del gasto en la nómina del RJP.

[8/] De acuerdo con el último párrafo del Artículo 1° de la LIF 2011, el IMSS podrá transferir a la RFA del SEM el excedente de las RFA del SIV y del SRT según las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros.

Fuente: DF, IMSS.

III.4.4. Comparativo de los resultados del escenario base del Informe actual y el escenario base del Informe anterior[42]

En las proyecciones presentadas en el Informe pasado, el déficit de operación esperado para el año 2011 era de 23,007 millones de pesos, como resultado de un monto estimado de 235,317 millones de pesos de ingresos propios y de 258,324 millones de pesos de gastos (cuadro III.17).

En el presupuesto aprobado por el HCT para este año, se estiman ingresos propios para el IMSS por 235,915 millones de pesos y gastos por 249,933 millones de pesos, con lo cual el déficit de operación esperado es de 14,018 millones de pesos, es decir, 39.1 por ciento menor al estimado el año pasado.

A pesar de que a partir del año 2012 los supuestos utilizados en la proyección de este año son prácticamente los mismos que los utilizados en la proyección del Informe pasado, en la actual estimación se refleja el efecto de iniciar la proyección con cifras de ingresos y gastos menores a las consideradas el año anterior.

En términos reales, la tasa de crecimiento de los ingresos propios proyectada en el Informe anterior para 2011 era de 2.7 por ciento, mientras que el presupuesto aprobado para este año contempla una tasa real de -0.2 por ciento. Por lo que respecta a los egresos (sin incluir las aportaciones del Gobierno Federal por las PCP), la proyección del Informe 2009-2010 estimaba una tasa de incremento de 2.6 por ciento, mientras que en el presupuesto 2011 esta tasa es de 1.6 por ciento. Parte importante de la disminución que se presenta en la proyección de egresos del presupuesto 2011 respecto a la proyección del año anterior se explica por lo siguiente:

- Servicios de personal. La proyección de corto plazo del año anterior consideraba un crecimiento de 3.5 por ciento, crecimiento que contrasta con el considerado en el presupuesto 2011 de 0.9 por ciento, por lo que la diferencia por este rubro es de 2.6 por ciento.

- Sumas aseguradas. La proyección de corto plazo para 2011 suponía un crecimiento de 14 por ciento en el Informe anterior, mientras que en el presupuesto 2011 se estima una tasa de crecimiento de -1.4 por ciento, es decir, la diferencia entre ambas proyecciones es de 15.4 puntos porcentuales.

- Materiales y suministros. La proyección de corto plazo para este rubro contemplaba un crecimiento de 2.5 por ciento en 2011; por su parte, el presupuesto 2011 considera un crecimiento de -0.3 por ciento, por lo que la diferencia para este rubro es de 2.8 puntos porcentuales.

Cuadro III.17.
Comparativo del flujo de efectivo de los ingresos y los egresos, 2011-2013, proyectados en el escenario base del Informe actual y el del Informe anterior
(millones de pesos de 2011)

Concepto	2011	2012	2013
Ingresos propios[1/]			
Proyección anterior	235,317	241,630	250,304
Proyección actual	235,915	240,163	245,132
Diferencia (1)	**598**	**-1,467**	**-5,172**
Egresos[2/]			
Proyección anterior	258,324	267,490	276,653
Proyección actual	249,933	255,824	262,934
Diferencia (2)	**-8,391**	**-11,666**	**-13,719**
Efecto total (3)=(1)-(2)	**8,989**	**10,199**	**8,547**

[1/] Incluyen COP, AGF y otros ingresos.
[2/] No incluyen PCP.
Fuente: DF, IMSS.

[42] 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 IMSS 2009-2010.

Capítulo

IV

Seguro de Riesgos de Trabajo

El Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) otorga a los trabajadores afiliados al IMSS prestaciones en dinero y en especie en caso de que se incapaciten o fallezcan a causa de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. Las prestaciones en dinero incluyen: i) en el caso de incapacidad temporal, un subsidio de 100 por ciento del salario mientras dure la incapacidad; ii) en el caso de incapacidad permanente, parcial o total, una indemnización global o una pensión provisional[43] o definitiva[44], y iii) en el caso de fallecimiento, ayuda de gastos de funeral y una pensión[45]. Por otro lado, las prestaciones en especie incluyen asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación.

En este capítulo se analiza la situación financiera del SRT y se presenta el estado de resultados, así como las proyecciones financieras de corto plazo y los resultados de la valuación actuarial de este seguro. El estado de resultados y las proyecciones financieras de corto plazo se presentan en dos versiones, al igual que los resultados del Capítulo III, con y sin registro pleno del costo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP).

---

[43] De acuerdo con el Artículo 61 de la Ley del Seguro Social (LSS) una pensión provisional es la prestación económica que reciben los trabajadores asegurados durante un lapso de hasta dos años, después de que se les declara una incapacidad permanente parcial o total de carácter temporal. Esta incapacidad es objeto de revisión por parte del Instituto y puede cancelarse en caso de que el trabajador incapacitado se rehabilite y se reincorpore al mercado laboral antes de haber cumplido dos años en condición de incapacidad permanente, parcial o total de carácter temporal.

[44] Una pensión definitiva es la prestación económica que reciben los trabajadores asegurados una vez que se les declara una incapacidad permanente parcial o total de carácter definitivo, la cual les impedirá reincorporarse al mercado laboral realizando una actividad igual a la que tenían antes de ocurrir el riesgo que ocasionó la incapacidad.

[45] Para más detalles sobre los eventos que generan una prestación en dinero ver el Anexo D.

La valuación actuarial se refiere a las obligaciones que adquiere el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como asegurador, por las prestaciones en dinero que conforme a la Ley del Seguro Social (LSS) se otorgan a los asegurados, a los pensionados y a sus respectivos beneficiarios, siendo éstas, como se indicó anteriormente, las pensiones provisionales y definitivas, los subsidios, las indemnizaciones globales y las ayudas para funeral. Es importante señalar que a partir de la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2010 de este seguro se incorpora el costo de las prestaciones en especie y el gasto administrativo. En la última sección de este capítulo se presentan algunas propuestas de política relacionadas con el SRT.

Con respecto a las pensiones permanentes o definitivas, los trabajadores que comenzaron a cotizar al IMSS antes del 1º de julio de 1997, que es cuando entró en vigor la nueva LSS que rige en la actualidad, tienen el derecho de elegir entre pensionarse bajo las condiciones de la LSS de 1973 o de la LSS de 1997. Las pensiones que se otorguen bajo los lineamientos de la Ley de 1973 constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal y no forman parte de los resultados de la valuación actuarial del SRT[46].

En lo que respecta a las pensiones provisionales y definitivas otorgadas de acuerdo con los lineamientos de la Ley de 1997, éstas constituyen un pasivo a cargo del IMSS. Las pensiones definitivas otorgadas bajo la LSS de 1997 se denominan rentas vitalicias, y para que sean pagadas a los pensionados el IMSS transfiere los recursos necesarios a instituciones aseguradoras de fondos de pensiones que son las que calculan el monto constitutivo que se requiere para el efecto[47]. Los recursos que transfiere el IMSS a las aseguradoras se conocen como sumas aseguradas, y se calculan restando al monto constitutivo los recursos que cada trabajador tiene depositados en una cuenta individual que es administrada por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE).

De 1997 a 2001 la mayor parte de las pensiones del SRT que se otorgaron bajo las condiciones de la LSS de 1997 fueron con carácter definitivo. A partir de 2002 esta situación se modificó otorgándose más pensiones provisionales, lo cual se tradujo en una reducción del gasto del Instituto en sumas aseguradas, con respecto al que se estaba erogando (gráfica IV.1)[48].

IV.1. Estado de resultados

De conformidad con lo que establece el Artículo 277 E de la LSS, los ingresos y los gastos de cada uno de los seguros que administra el Instituto se deben registrar contablemente por separado y los gastos indirectos comunes deben sujetarse a las reglas de carácter general para la distribución de gastos, de acuerdo con las bases metodológicas establecidas por el Instituto.

En cumplimiento del precepto anterior, en el cuadro IV.1 se presentan los estados de ingresos y gastos del SRT para el ejercicio 2009. Se consideran dos escenarios: con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo (CNP) del RJP[49].

Como se aprecia en el cuadro IV.1, el SRT tuvo un excedente de operación de 9,489 millones de pesos bajo el escenario de registro parcial del CNP de las obligaciones laborales del Instituto, mientras que se vuelve deficitario con el efecto del reconocimiento pleno de estas obligaciones. Bajo este segundo escenario, en 2010 el SRT alcanzó ingresos por 27,978 millones de pesos y gastos totales por 49,177 millones de pesos, que representan 175.8 por ciento de los ingresos totales, con déficit de 21,199 millones de pesos.

Cabe señalar que el SRT ha mostrado excedentes de operación durante todos los años del periodo 2006-2010, como se presenta en la gráfica IV.2.

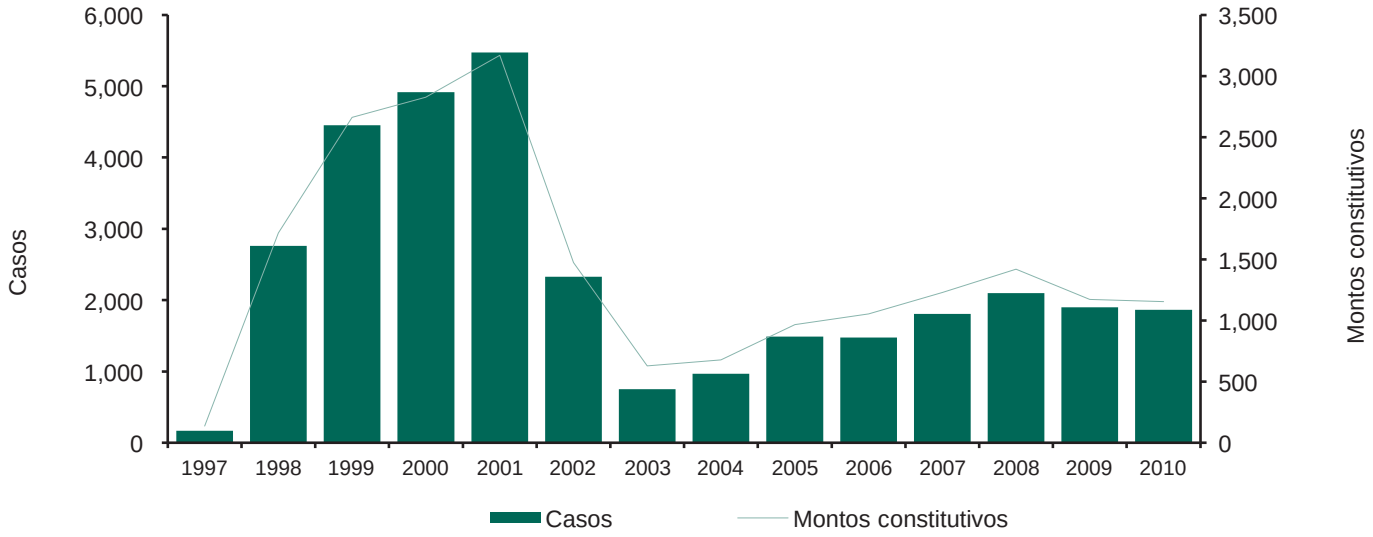
[46] De acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero y Duodécimo Transitorios de la reforma de Ley del 21 de diciembre de 1995.

[47] 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.

[48] Ver el Anexo D en donde se detalla la información histórica de las rentas vitalicias otorgadas y los importes de los montos constitutivos pagados en el SRT.

[49] El CNP (con cargo a resultados del ejercicio 2010) es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de valuación y está integrado por los siguientes conceptos: costo laboral, costo financiero, rendimientos de los activos del plan y amortizaciones. Para más detalles ver el Capítulo X, sección X.1.1.

Gráfica IV.1.
Rentas vitalicias y montos constitutivos del Seguro de Riesgos de Trabajo, 1997-2010
(casos y millones de pesos de 2010)



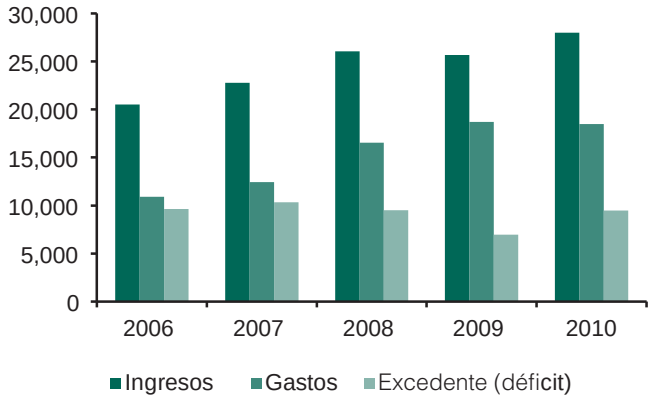
Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

Cuadro IV.1.
Estado de ingresos y gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2010
(millones de pesos)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro pleno
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales y contribución federal	23,010	23,010
Productos de inversiones y otros ingresos	4,968	4,968
Total de ingresos	**27,978**	**27,978**
Gastos		
Servicios de personal	5,498	5,299
Pagos al personal jubilado	1,711	1,711
Costo de obligaciones laborales	331	31,218
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	1,628	1,628
Mantenimiento	131	131
Servicios generales y subrogación de servicios	515	515
Prestaciones económicas	4,844	4,844
Intereses financieros y actuariales	163	163
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	274	274
Depreciaciones	-	-
Reversión de cuotas obrero-patronales	89	89
Traslado de la depreciación	203	203
Reservas financieras y actuariales	3,102	3,102
Total de gastos	**18,489**	**49,177**
Excedente neto de ingresos sobre gastos	**9,489**	**-21,199**

Fuente: Con registro parcial del CNP: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009; con registro pleno del CNP: DF, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009, y de 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 2010.

Gráfica IV.2.
Estado de resultados del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2010
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

IV.2. Proyecciones financieras de corto plazo

A partir de las cifras del estado de resultados 2010 se realizan las proyecciones de corto plazo con y sin el registro pleno del costo laboral del RJP para el periodo 2011-2013[50].

Como se aprecia en el cuadro IV.2 y en la gráfica IV.3, para 2011, bajo el escenario de registro pleno del CNP del RJP, se proyecta que este seguro genere ingresos por 26,355 millones de pesos, con gastos que ascenderán a 23,742 millones de pesos. El superávit de operación previsto es de 2,613 millones de pesos, por lo que al sumar las partidas que no requieren utilización de recursos existiría un efectivo generado por la operación de 10,589 millones de pesos.

Se estima que se incrementarán los fondos de este seguro, de su Reserva Financiera y Actuarial (RFA) (rendimientos que genera la reserva durante el periodo), del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) y de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF) en 2,323 millones de pesos[51]. El saldo acumulado previsto en la RFA del SRT al cierre de 2011 será de 32,137 millones de pesos, el cual será equivalente a 121.9 por ciento de los ingresos.

Para 2012 y 2013 se calcula que los ingresos serán de 28,476 y 30,074 millones de pesos, respectivamente. Los gastos ascenderán a 25,377 y 25,523 millones de pesos en cada caso y el superávit de ingresos sobre gastos será de 3,099 millones de pesos para 2012 y de 4,551 millones de pesos para 2013. El efectivo generado por la operación será de 11,447 y 11,531 millones de pesos en cada año.

Por otro lado, en el cuadro IV.2 se comparan los resultados del periodo 2011-2013 del SRT, sin considerar el gasto de sus compromisos por el RJP. Este escenario permite ponderar la importancia del RJP en el costo operativo de este seguro; el excedente de ingresos sobre gastos de 2011 inicialmente proyectado en 2,613 millones de pesos pasaría a 12,634 millones de pesos, mientras que el excedente de ingresos sobre gastos de 2012 inicialmente proyectado en 3,099 millones de pesos pasaría a 14,055 millones de pesos.

En 2013 la situación con relación a la importancia del RJP sería similar a la de 2011 y 2012, debido a que los gastos disminuirían de 25,523 a 16,040 millones de pesos y el excedente de ingresos sobre gastos pasaría de 4,551 a 14,854 millones de pesos.

Por último, cabe señalar que los resultados de corto plazo de este seguro difieren de los que se presentan en la siguiente sección, en virtud de que esta última contempla el flujo de efectivo y la suficiencia de la prima para el financiamiento de los gastos de las prestaciones económicas, prestaciones en especie y gasto administrativo del seguro, como se mencionó en la introducción de este capítulo. En cambio, en el apartado actual se incluyen además de estos gastos el incremento a las RFA, la RGFA y el FCOLCLC.

[50] Las proyecciones de corto plazo sin el registro pleno del costo laboral del RJP difieren con el estado de ingresos y gastos que considera el registro parcial (cuadro IV.1), toda vez que en las primeras se considera el supuesto de que el Gobierno Federal asumirá la totalidad de las obligaciones derivadas de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores.

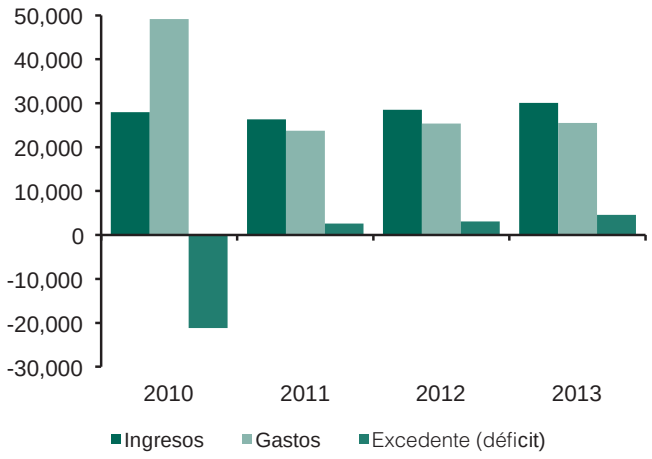
[51] Para más detalles sobre la estructura y los propósitos de las reservas y fondos del Instituto ver el Capítulo IX. La distribución de los productos financieros del Fondo Laboral y la ROCF por ramo de seguro se lleva a cabo de acuerdo con los lineamientos contables correspondientes.

Cuadro IV.2.
Escenario comparativo de ingresos y gastos y de cambios en la situación financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2011-2013
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2011		2012		2013	
	Con RJP	Sin RJP	Con RJP	Sin RJP	Con RJP	Sin RJP
Total de ingresos (1)	26,355	26,355	28,476	28,815	30,074	30,894
Total de gastos (2)	23,742	13,721	25,377	14,760	25,523	16,040
Gastos directos	15,166	13,121	16,400	14,131	17,884	15,381
Otros gastos	8,576	600	8,977	629	7,639	659
Excedente (déficit) neto de ingresos/ gastos (3)=(1)-(2)	**2,613**	**12,634**	**3,099**	**14,055**	**4,551**	**14,854**
Partidas que no requieren utilización de recursos y generados por la operación (4)	7,976	-	8,348	-	6,980	-
Efectivo generado por la operación (5)=(3)+(4)	**10,589**	**12,634**	**11,447**	**14,055**	**11,531**	**14,854**
Incremento de reservas e inversión física (6)	2,323	2,802	1,545	3,852	1,504	4,322
Sobrante (faltante) neto de flujo de efectivo del año (7)=(5)-(6)	**8,266**	**9,832**	**9,902**	**10,203**	**10,027**	**10,532**

Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IV.3.
Estado de resultados del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2010-2013, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

IV.3. Resultados de la valuación actuarial

La valuación actuarial del SRT tiene por objeto determinar si los ingresos por cuotas proyectados para este seguro en 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; y de no ser así, determinar la prima nivelada que permita equilibrar los ingresos con los gastos esperados. Al comparar en el SRT la prima nivelada con la prima establecida en la Ley (prima de ingreso), se tiene un importante elemento de juicio para determinar la viabilidad financiera de este seguro[52].

En el caso del SRT, las prestaciones económicas que se valúan son las pensiones provisionales y definitivas, así como los subsidios, las ayudas por gastos de funeral y las indemnizaciones globales. Asimismo, se valúa tanto el gasto correspondiente a los servicios médicos que se proporcionan a los trabajadores activos que llegan a sufrir un accidente de trabajo, como el gasto de administración que depende en gran medida de los costos laborales. La estimación

[52] La prima de ingreso es la contribución que establece la LSS a los patrones, los trabajadores y al Gobierno Federal para financiar las prestaciones que debe proporcionar cada seguro a los asegurados y sus beneficiarios, así como a los pensionados y sus beneficiarios. En el caso del SRT la LSS no establece una prima de ingreso fija, sino que ésta se calcula para cada una de las empresas cotizantes en función de la siniestralidad que presentan. Por lo anterior, para fines de la valuación actuarial se parte de una prima de ingreso promedio obtenida en función de los ingresos por cuotas que se reportan en los Estados Financieros del Instituto.

del gasto médico y de los gastos administrativos se determina como porcentaje del volumen de salarios[53].

En virtud de que los eventos que dan origen al otorgamiento de dichas prestaciones son de naturaleza contingente, es decir, su ocurrencia es incierta, 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.

Por lo anterior, la elaboración de las valuaciones actuariales requiere utilizar bases biométricas (probabilidades) y supuestos demográficos y financieros sustentados en la evolución histórica y las expectativas de las variables que inciden en el cálculo de dichos beneficios, como son el empleo, los salarios, la densidad de cotización, el número y la estructura de la población asegurada, la tasa de rendimiento de las cuentas individuales y las comisiones cobradas por las AFORE, entre otras.

A partir de las bases biométricas y de los supuestos financieros adoptados, y utilizando los modelos de valuación con que cuenta el IMSS, se elabora el escenario base con el que se corren las valuaciones, así como los escenarios de sensibilidad que permiten apreciar las modificaciones que podría registrar el pasivo frente a cambios en alguno o varios de los supuestos considerados en el escenario base.

En el Anexo D se describen con detalle los cuatro elementos principales a partir de los cuales se elaboró el escenario base, que es el que más podría reflejar el entorno que tendría mayor incidencia en la situación financiera del seguro en el corto, mediano y largo plazos: i) la población asegurada con derecho a las prestaciones económicas cubiertas por el SRT; ii) los beneficios valuados; iii) las hipótesis demográficas, financieras y bases biométricas, y iv) los criterios utilizados para la valuación.

El número de asegurados que al 31 de diciembre de 2010 se encontraba vigente en el IMSS y expuesto a las contingencias cubiertas por el SRT fue de 14’317,907. Este número contempla tanto a los trabajadores del IMSS (trabajadores IMSS) y a sus beneficiarios, como a los trabajadores que laboran en empresas afiliadas al IMSS (trabajadores no IMSS).

A partir de la aplicación de la información de asegurados y salarios por sexo y empleando las hipótesis demográficas, financieras y biométricas, así como 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 se consideran las proyecciones demográficas y financieras hasta el año 2060; para el periodo de 100 años, la población de asegurados del último año de proyección y que cuenta con derechos para recibir un beneficio por prestaciones económicas se proyecta hasta su extinción, con el fin de incluir en el pasivo las obligaciones del Instituto por las prestaciones económicas que genera este grupo de asegurados.

IV.3.1. Proyecciones demográficas

En el cuadro IV.3 se muestra la proyección del número de asegurados del SRT y de las nuevas pensiones derivadas y directas que se estima se generarán en el futuro a cargo de este seguro[54]. El número proyectado de pensiones derivadas se presenta en la columna (b) y se refiere a las pensiones de viudez, orfandad y ascendencia generadas por el fallecimiento de asegurados y/o pensionados por incapacidad permanente de carácter provisional y definitivo. Por su parte, el número proyectado de pensiones directas se presenta en la columna (c) y se refiere a las pensiones

[53] La estimación del gasto médico corresponde en promedio a 0.12 por ciento del volumen de salarios para el periodo de 100 años, mientras que la del gasto administrativo, sin considerar el RJP, corresponde en promedio a 0.69 por ciento del volumen de salarios. Ambos porcentajes fueron determinados con base en las proyecciones del Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA) de largo plazo. En lo que respecta al gasto del RJP, se considera, con base en los estados financieros del IMSS, 5.2 por ciento del flujo anual de pensiones complementarias proyectado en la valuación actuarial del RJP con corte al 31 de diciembre de 2010.

[54] Las proyecciones de pensionados se calcularon aplicando las probabilidades de sobrevivencia para capital mínimo de garantía (CMG) de la circular S22.2 de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

de incapacidad permanente otorgadas a los asegurados que llegan a sufrir un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. En la columna (e) se muestra la relación del número de pensionados por cada 1,000 asegurados, la cual tiene una tendencia creciente, al pasar de 0.9 en 2011 a 1.7 en 2110.

IV.3.2. Proyecciones financieras

En el cuadro IV.4 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 a la valuación financiera y actuarial del IMSS al 31 de diciembre de 2010[55].

Cuadro IV.3.
Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo

Año de proyección	No. de asegurados	No. de pensiones derivadas de fallecimiento[1/]	No. de pensiones derivadas de incap. permanente[2/]	Total de pensionados	No. de pensiones por cada 1,000 asegurados
	(a)	(b)	(c)	(d)=(b)+(c)	(e)=(d/a)*1000
2011	14,568,492	2,393	10,739	13,132	0.90
2012	14,828,587	2,844	11,142	13,986	0.94
2013	15,091,482	3,176	11,562	14,738	0.98
2014	15,353,675	3,377	12,023	15,400	1.00
2015	15,612,936	3,575	12,419	15,994	1.02
2020	16,701,290	4,483	14,729	19,212	1.15
2025	17,521,246	5,141	17,418	22,559	1.29
2030	18,126,113	5,581	20,698	26,280	1.45
2035	18,499,231	5,927	23,526	29,453	1.59
2040	18,670,637	6,175	25,421	31,596	1.69
2045	18,695,525	6,284	25,259	31,544	1.69
2050	18,712,736	6,355	24,505	30,860	1.65
2055	18,729,966	6,433	24,303	30,736	1.64
2060	18,747,214	6,509	24,715	31,224	1.67
2065	18,764,480	6,557	25,317	31,873	1.70
2070	18,781,765	6,573	25,775	32,348	1.72
2075	18,799,069	6,566	25,883	32,449	1.73
2080	18,816,392	6,555	25,653	32,208	1.71
2085	18,833,733	6,557	25,299	31,856	1.69
2090	18,851,093	6,575	24,896	31,471	1.67
2095	18,868,472	6,603	24,764	31,367	1.66
2100	18,885,871	6,625	25,041	31,666	1.68
2105	18,903,288	6,632	25,421	32,052	1.70
2110	18,920,741	6,624	25,708	32,332	1.71

[1/] Se consideran las pensiones de viudez, orfandad y ascendencia que se generan por el fallecimiento de asegurados y/o pensionados por incapacidad permanente de carácter provisional y con carácter definitivo.
[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.
Fuente: DF, IMSS.

[55] Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., de acuerdo con el contrato de prestación de servicios No. P051808 celebrado con el IMSS, en los términos de la licitación pública nacional No. 00641322-045-10.

Los principales resultados que se muestran en el cuadro se refieren a los siguientes conceptos: i) estimación del volumen anual de salarios de los asegurados del SRT (columna a)[56]; ii) flujos anuales de gasto por sumas aseguradas, incluyendo los flujos de gasto por pensiones provisionales (columna b); iii) 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 (columna c); iv) flujos anuales de gasto derivados del otorgamiento de las prestaciones en especie (columna d); v) flujos anuales de gasto administrativo (columna e)[57], y vi) prima de gasto anual (columna g)[58]. En el mismo cuadro se muestra el valor presente a 50 y 100 años de proyección de cada uno de los conceptos de gasto descritos anteriormente, así como la prima nivelada requerida para hacer frente a los gastos que se generan en este seguro[59].

Derivado de la entrada en vigor del nuevo esquema de comercialización de rentas vitalicias que comenzó a operar en septiembre de 2009, las compañías aseguradoras han utilizado desde entonces para calcular los montos constitutivos, unas nuevas probabilidades de sobrevivencia de pensionados inválidos y no inválidos, con objeto de actualizar las probabilidades que se venían utilizando desde julio de 1997, cuando inició el esquema de cuentas individuales. Las nuevas probabilidades, comparadas con las que estuvieron vigentes de julio de 1997 a agosto de 2009, implican una sobrevivencia menor de los pensionados inválidos, pero una sobrevivencia mayor de los no inválidos. Además, son de dos tipos: i) probabilidades de reservas, que como su nombre lo indica son la base para calcular las reservas matemáticas de pensiones, y ii) probabilidades de capital mínimo de garantía (CMG) que son la base para calcular los recursos de capital con los que deben contar las compañías aseguradoras para hacer frente a los riesgos y a las responsabilidades que asuman por las operaciones que efectúen en materia de pensiones, así como a los distintos riesgos a que están expuestas. Bajo este contexto, en el cuadro IV.4 se muestra la estimación de las sumas aseguradas obtenidas con probabilidades de CMG.

Del cuadro anterior se destaca lo siguiente:

i) Para el periodo de 50 años, la prima nivelada requerida para hacer frente al gasto total del SRT es de 1.58 por ciento del valor presente de los salarios futuros (VPSF) y para el periodo de 100 años es de 1.60 por ciento del VPSF. Al comparar las primas niveladas a 50 y a 100 años con la prima de ingreso promedio de los últimos tres años (1.81 por ciento de los salarios) se observa que las primeras representan alrededor de 88 por ciento de la prima de ingreso, lo cual significa que esta última es suficiente para financiar las prestaciones económicas del SRT, así como el costo administrativo y el de la atención médica que se da a los asegurados del SRT que sufren un riesgo de trabajo o una enfermedad profesional.

ii) De las primas niveladas referidas en el párrafo anterior, corresponde para las prestaciones económicas una prima nivelada para el periodo de 50 años de 0.65 por ciento[60] del VPSF y para el periodo de 100 años de 0.69 por ciento[61] del VPSF. Para las prestaciones en especie, se requiere una prima nivelada de 0.13 por ciento[62] del VPSF y de 0.12 por ciento[63] del VPSF para los periodos de 50 y 100 años, respectivamente. Finalmente, para cubrir el gasto administrativo la prima nivelada necesaria es de 0.80 por ciento[64] del VPSF para el

[56] 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.

[57] Incluye el flujo de gasto anual del RJP.

[58] Es la relación del gasto anual por prestaciones económicas, prestaciones en especie y gasto administrativo respecto al volumen anual de salarios.

[59] La prima nivelada, es la relación del valor presente de las obligaciones valuadas, incluyendo el gasto administrativo del periodo de proyección (50 ó 100 años) respecto al valor presente de los volúmenes de salarios correspondientes al mismo periodo. Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del SRT al 31 de diciembre de 2010 que permite captar los recursos suficientes para hacer frente al gasto por prestaciones en dinero.

[60] Cuadro IV.4, columnas (b)+(c)/(a): (215,492+106,367)/49'520,707x100.

[61] Cuadro IV.4, columnas (b)+(c)/(a): (344,456+154,725)/72'001,871x100.

[62] Cuadro IV.4, columnas (d)/(a): 65,175/49'520,707x100.

[63] Cuadro IV.4, columnas (d)/(a): 88,448/72'001,871x100.

[64] Cuadro IV.4, columnas (e)/(a): 397,637/49'520,707x100.

Cuadro IV.4.
Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo
(millones de pesos de 2010)

Año de proyección	Volumen de salarios	Gasto					Prima de gasto anual (%)
		Sumas aseguradas[1/]	Prestaciones en dinero de corto plazo[2/]	Prestación en especie	Administrativo	Total	
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)=(b)+(c)+(d)+(e)	(g)=(f/a)*100
2011	1,308,948	2,889	2,790	2,191	8,991	16,861	1.29
2012	1,360,215	3,048	2,897	2,249	9,498	17,692	1.30
2013	1,412,962	3,944	3,008	2,307	9,954	19,213	1.36
2014	1,465,408	4,212	3,119	2,364	10,407	20,102	1.37
2015	1,517,428	4,513	3,230	2,418	10,875	21,037	1.39
2020	1,766,693	6,104	3,772	2,649	13,609	26,134	1.48
2025	1,994,170	7,849	4,278	2,812	15,972	30,911	1.55
2030	2,204,841	9,831	4,750	2,922	18,222	35,726	1.62
2035	2,395,791	11,917	5,175	2,984	20,275	40,351	1.68
2040	2,586,408	13,832	5,589	3,028	22,048	44,498	1.72
2045	2,761,794	15,145	5,966	3,040	23,691	47,841	1.73
2050	2,964,093	16,051	6,391	3,068	25,470	50,981	1.72
2055	3,202,744	17,168	6,893	3,315	26,337	53,713	1.68
2060	3,452,764	18,638	7,432	3,574	27,277	56,921	1.65
2065	3,707,722	20,323	7,991	3,838	28,363	60,515	1.63
2070	3,965,824	22,094	8,559	4,105	29,653	64,411	1.62
2075	4,235,430	23,818	9,148	4,384	31,243	68,593	1.62
2080	4,526,612	25,421	9,775	4,686	33,192	73,074	1.61
2085	4,848,856	27,003	10,463	5,020	35,492	77,978	1.61
2090	5,203,319	28,720	11,217	5,386	38,076	83,398	1.60
2095	5,600,496	30,737	12,062	5,798	40,981	89,577	1.60
2100	6,030,318	33,197	12,986	6,243	44,126	96,551	1.60
2105	6,471,760	35,962	13,947	6,700	47,356	103,964	1.61
2110	6,927,177	38,845	14,941	7,171	50,689	111,645	1.61
50 años							**Prima nivelada**
Valor presente	49,520,707	215,492	106,367	65,175	397,637	784,671	1.58
100 años							
Valor presente	72,001,871	344,456	154,725	88,448	564,276	1,151,905	1.60

[1/] Incluye el flujo de gasto anual de las pensiones provisionales.
[2/] Incluye el gasto por subsidios y ayudas de gastos de funeral por riesgos de trabajo, así como el costo de las indemnizaciones globales y el de los laudos.
Fuente: DF, IMSS.

periodo de 50 años y de 0.78 por ciento[65] del VPSF para el de 100 años.

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 en 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 IV.4 se ilustra la parte de los montos constitutivos calculados con las probabilidades de CMG, que se estima será financiada con el importe de las cuentas individuales (el área que se encuentra entre la línea de la prima de gasto anual del monto constitutivo y la línea de la prima de gasto anual de las sumas aseguradas).

[65] Cuadro IV.4, columnas (e)/(a): 564,276/72'001,871x100.

Se calcula que en el periodo de 100 años de proyección el saldo de las cuentas individuales representará en promedio 13.5 por ciento del monto constitutivo.

En conclusión, tanto en el plazo de 100 años como en el de 50 años, la prima de gasto nivelada del SRT por prestaciones económicas (sumas aseguradas, pensiones provisionales y prestaciones en dinero de corto plazo), prestaciones en especie y gasto administrativo resulta inferior a la prima de ingreso de este seguro, la cual es de 1.81 por ciento de los salarios, considerando el promedio de los últimos tres años.

IV.3.3. Balance actuarial

A efecto de mostrar la situación financiera del SRT por el otorgamiento de las prestaciones que establece la LSS para este seguro, en el cuadro IV.5 se presenta el balance actuarial al 31 de diciembre de 2010, separando los pasivos por: i) prestaciones económicas para los trabajadores IMSS y no IMSS (pensiones, subsidios, ayudas de gastos de funeral e indemnizaciones); ii) prestaciones en especie, y iii) gastos administrativos.

Cabe señalar que la estimación del costo por prestaciones de corto plazo (subsidios y ayudas de gastos de funeral), así como las que corresponden al otorgamiento de prestaciones en especie a los trabajadores y al gasto administrativo, se realizan con base en el volumen de salarios, el cual se deriva a partir de la proyección de los asegurados y de sus salarios. Aunque estos resultados no son netamente actuariales, se incorporan dentro del balance actuarial con el fin de mostrar la situación financiera del SRT.

IV.3.4. Escenarios de sensibilidad

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 2010, la modificación en el escenario base de: i) la hipótesis del tiempo promedio de cotización de los asegurados (densidad de cotización), y ii) el criterio de la acumulación del saldo en la Subcuenta de Vivienda.

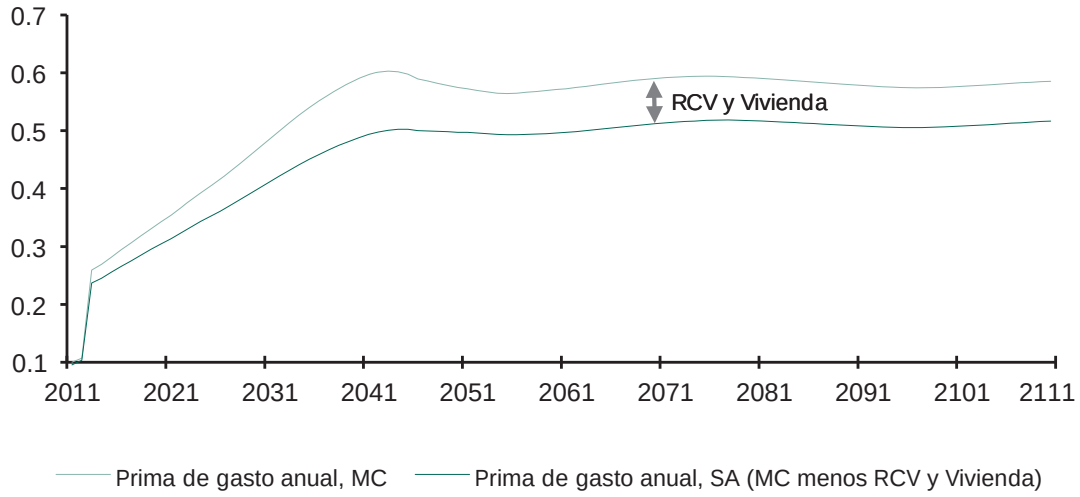
La modificación de la densidad de cotización se mide en un escenario denominado escenario alternativo 1 (EA1), el cual aplica sólo para los trabajadores no IMSS, puesto que para los trabajadores IMSS se considera una densidad de cotización igual a 1, debido a que su cotización es continua. En la gráfica IV.5 se compara el vector de densidad por edad aplicado en el escenario base de la valuación actuarial del SRT (densidad de cotización actual) y el que se utiliza en el escenario EA1 (densidad de cotización actualizada con información de la CONSAR), el cual fue obtenido a partir de la base de datos de aportaciones a las Subcuentas de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV) y Vivienda para los años de 1997 a 2008, que proporcionó la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR)[66].

Por su parte, en el escenario alternativo 2 (EA2) se mide el impacto que puede tener en las sumas aseguradas el cambio de criterio de acumulación del saldo en la Subcuenta de 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. 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.

Los resultados de los dos escenarios de sensibilidad planteados anteriormente se resumen en el cuadro IV.6, en el cual se muestran los pasivos a 50 y 100 años de proyección por concepto de sumas aseguradas, pensiones provisionales, prestaciones de corto plazo (subsidios, ayudas de funeral e indemnizaciones),

[66] Esta base de datos fue proporcionada por la CONSAR a solicitud del Instituto, y a partir de ella se obtuvo una densidad promedio de cotización en el periodo 1997-2008 de 0.70 para hombres, 0.66 para mujeres, y 0.68 conjunta. Comparando esta última con la que se emplea actualmente en las valuaciones actuariales que es de 0.92, se tiene una reducción de 26.1 por ciento.

Gráfica IV.4.
Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Riesgos de Trabajo
(gasto en porcentaje de los salarios de cotización)



Notas: MC=Monto constitutivo; SA=Suma asegurada; RCV=Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; Vivienda=Subcuenta de Vivienda.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro IV.5.
Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2010
(millones de pesos de 2010)

Activo			Pasivo		
		VPSF[1/] (%)			VPSF[1/] (%)
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2010 (1)[2/]	30,005	0.04%	**Trabajadores no IMSS afiliados al SRT[4/]**		
			Pensiones definitivas (6)[5/]	289,880	0.40%
			Pensiones provisionales (7)	33,792	0.05%
			Indemnizaciones y laudos (8)	25,122	0.03%
			Subsidios y ayudas para gastos de funeral (9)	123,189	0.17%
			Subtotal (10)=(6)+(7)+(8)+(9)	471,984	0.66%
Aportaciones futuras (2)[3/]	1,303,234	1.81%	**Trabajadores IMSS afiliados al SRT[6/]**		
			Pensiones definitivas (11)[5/]	20,783	0.03%
			Subsidios y ayudas para gastos de funeral (12)	6,414	0.01%
Subtotal (3)=(1)+(2)	1,333,238	1.85%	Subtotal (13)=(11)+(12)	27,197	0.04%
Nivel de desfinanciamiento (4)=(19)-(3)	-181,333	1.85%	Subtotal pensiones (14)=(6)+(7)+(11)	344,456	0.48%
			Subtotal indemnizaciones y laudos (15)=(8)	25,122	0.03%
			Subtotal subsidios y ayudas de gastos de funeral (16)=(9)+(12)	129,603	0.18%
			Prestaciones en especie (17)	88,448	0.12%
			Gasto administrativo (18)	564,276	0.78%
Total (5)=(3)+(4)	**1,151,905**	**1.60%**	**Total (19)=(14)+(15)+(16)+(17)+(18)**	**1,151,905**	**1.60%**

[1/] Valor presente de los salarios futuros.
[2/] Reserva del SRT registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2010.
[3/] La prima utilizada para la estimación de los ingresos por cuotas es de 1.81 por ciento de los salarios y corresponde a la prima promedio obtenida en los últimos tres años.
[4/] Pasivo por las obligaciones del Instituto por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores no IMSS.
[5/] Pasivo por sumas aseguradas.
[6/] Pasivo por las obligaciones del Instituto en su carácter de asegurador por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores IMSS.
Fuente: DF, IMSS.

prestaciones en especie y gasto administrativo, así como las primas niveladas correspondientes a dichos periodos.

Cabe señalar que la modificación del vector de densidad de cotización que se contempla en el escenario EA1, así como el incremento en el porcentaje de asegurados que no aportan a la Subcuenta de Vivienda por contar con un crédito hipotecario, que se contempla en el escenario EA2, inciden en la acumulación del saldo de la cuenta individual que tendrían los asegurados al momento de adquirir el 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 sensibilidad se desprende que en el EA1 el cambio del vector de densidad de cotización se traduce en un incremento del gasto por sumas aseguradas y pensiones provisionales de 3.51 por ciento para el periodo de 50 años y de 4.10 por ciento para el de 100 años, alcanzándose primas niveladas por concepto de pensiones de 0.45 por ciento[67] y de 0.50 por ciento[68] para los periodos de 50 y 100 años, respectivamente.

Asimismo, la prima de gasto, considerando el gasto total, asciende a 1.60 por ciento para el periodo de 50 años (frente a 1.58 por ciento en el escenario base) y a 1.62 por ciento para el de 100 años (frente a 1.60 por ciento en el escenario base) (columna g).

En el escenario EA2, el supuesto de que al momento de pensionarse ningún asegurado cuenta con saldo en su Subcuenta de Vivienda tiene un impacto en los pasivos por sumas aseguradas y pensiones provisionales de 6.64 por ciento para el periodo de 50 años y de 7.58 por ciento para el de 100 años, alcanzándose primas niveladas por concepto de pensiones de 0.46 por ciento[69] y de 0.51 por ciento[70] para los periodos de 50 y 100 años, respectivamente. En este escenario la prima de gasto total, asciende a 1.61 por ciento para el periodo de 50 años (frente a 1.58 por ciento en el escenario base) y a 1.64 por ciento para el de 100 años (frente a 1.60 por ciento en el escenario base) (columna g).

Los resultados referidos anteriormente corroboran que bajo cualquier escenario de sensibilidad y considerando ambos periodos de proyección, la prima de ingreso promedio de 1.81 por ciento es suficiente para hacer frente a los gastos del SRT por prestaciones económicas, prestaciones en especie y gastos administrativos.

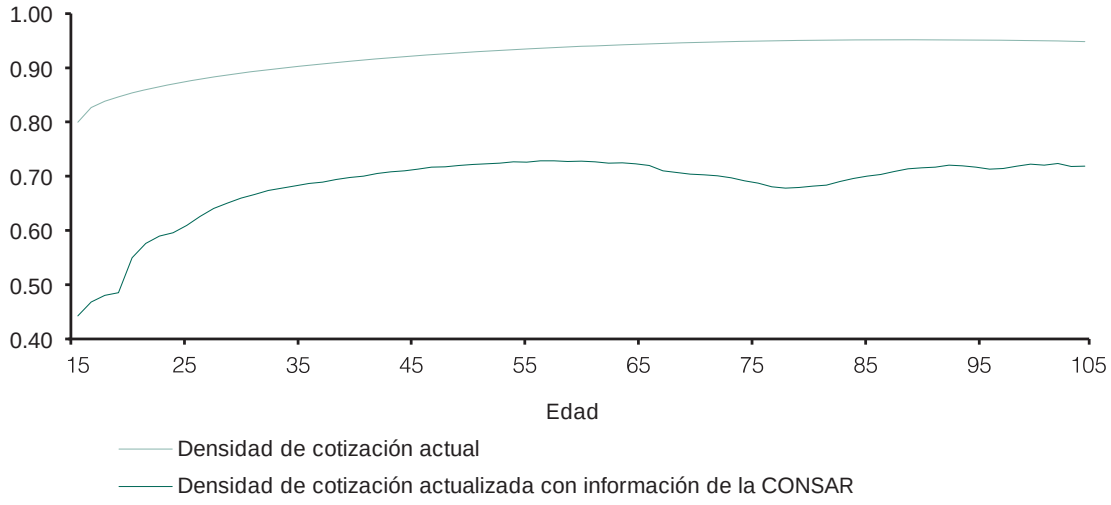
IV.4. Opciones de política

Como se concluye en el apartado anterior, el SRT presenta suficiencia financiera en el corto, mediano y largo plazos. A pesar de ello y de los esfuerzos institucionales para la contención y disminución del número de días de incapacidad laboral, el IMSS planea hacer una revisión: i) de los conceptos de gasto por prestaciones médicas que se proporcionan a los asegurados que se encuentran incapacitados para laborar temporalmente a causa de un riesgo de trabajo o de una enfermedad profesional, y ii) de la prima nivelada de gasto por concepto de prestaciones médicas, la cual se estimó en la valuación actuarial del SRT al 31 de diciembre de 2010 en 0.13 por ciento[71] del VPSF para el periodo de proyección de 50 años y en 0.12 por ciento[72] del VPSF para el de 100 años.

La revisión tiene dos propósitos: i) medir con mayor precisión la holgura que tiene la prima de contribución que se está determinando conforme a lo establecido en el Artículo 72 de la LSS, y ii) verificar que el gasto médico que se está asignando contablemente al SRT, conforme a la metodología aprobada por el H. Consejo Técnico, está contemplando la atención médica integral que se brinda a los asegurados con incapacidad temporal.

[67] Cuadro IV.6, columnas (b)/(a): 223,066/49'498,340x100.
[68] Cuadro IV.6, columnas (b)/(a): 358,575/71'940,319x100.
[69] Cuadro IV.6, columnas (b)/(a): 229,809/49'520,707x100.
[70] Cuadro IV.6, columnas (b)/(a): 370,578/72'001,871x100.
[71] Cuadro IV.6, columnas (d)/(a): 65,175/49'520,707x100.
[72] Cuadro IV.6, columnas (d)/(a): 88,448/72'001,871x100.

Gráfica IV.5.
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
(porcentajes[1/])



[1/] La densidad de cotización se estimó de la siguiente manera: se obtuvo para cada año del periodo 1998-2008 el número de trabajadores que alcanzó un año más de cotización con respecto a los trabajadores que cotizaron en cada año y posteriormente los resultados anuales se promediaron para obtener la densidad promedio del periodo.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro IV.6.
Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo
(millones de pesos de 2010)

Escenarios	Valor presente de volumen de salarios	Valor presente del gasto					Prima nivelada[3/]
		Sumas aseguradas[1/]	Prestaciones en dinero de corto plazo[2/]	Prestación en especie	Administrativo	Total	
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)=(b)+(c)+(d)+(e)	(g)=(f/a)*100
Resultados a 50 años							
Esc. base							
VP del gasto	49,520,707	215,492	106,367	65,175	397,637	784,671	1.58
EA1							
VP del gasto	49,498,340	223,066	106,367	65,155	397,462	792,050	1.60
EA2							
VP del gasto	49,520,707	229,809	106,367	65,175	397,637	798,989	1.61
Resultados a 100 años[4/]							
Esc. base							
VP del gasto	72,001,871	344,456	154,725	88,448	564,276	1,151,905	1.60
EA1							
VP del gasto	71,940,319	358,575	154,697	88,387	563,813	1,165,473	1.62
EA2							
VP del gasto	72,001,871	370,578	154,725	88,448	564,276	1,178,027	1.64

[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.
[3/] Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del SRT a diciembre de 2010, que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos por prestaciones en dinero.
[4/] Estos resultados contemplan la proyección hasta la extinción de los asegurados del año 100 de proyección.
Fuente: DF, IMSS.

Capítulo

V

Seguro de Invalidez y Vida

El Seguro de Invalidez y Vida (SIV) ofrece prestaciones en dinero y en especie, en caso de que el asegurado se invalide o fallezca a causa de un accidente o una enfermedad no profesionales. El SIV se divide en dos ramos: el de Invalidez y el de Vida. El ramo de Invalidez protege al asegurado de la contingencia de quedar imposibilitado para procurarse una remuneración superior a 50 por ciento de su remuneración habitual. Las prestaciones que otorga este ramo son: pensiones temporales[73], pensiones definitivas[74] (con una pensión mínima garantizada por el Gobierno Federal), asignaciones familiares, ayuda asistencial[75], y asistencia médica a cargo del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM). El ramo de Vida cubre la contingencia de fallecimiento del asegurado; las prestaciones que otorga a los beneficiarios de éste son pensiones de viudez, pensiones de orfandad, pensiones de ascendencia, ayuda asistencial, y asistencia médica a cargo del SEM.

En este capítulo se analiza la situación financiera del SIV y se presenta el estado de resultados, así como las proyecciones financieras de corto plazo y los resultados de la valuación actuarial de este seguro. El estado de resultados y las proyecciones financieras de corto plazo se presentan en dos versiones, al igual que los resultados del Capítulo III: con y sin registro pleno del costo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP).

[73] El Artículo 121 de la Ley del Seguro Social (LSS) define a la pensión temporal como la pensión que otorga el IMSS al asegurado, en el SIV, por periodos renovables en los casos de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, o cuando por la continuación de una enfermedad no profesional se termine el disfrute del subsidio o la enfermedad persista.

[74] En el mismo Artículo 121 de la LSS se establece que una pensión definitiva es la que corresponde al estado de invalidez que se estima de naturaleza permanente.

[75] Para más detalles sobre los eventos que generan una prestación en dinero del SIV ver el Anexo D.

La valuación actuarial se refiere a las obligaciones que adquiere el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como asegurador, por las prestaciones en dinero que conforme a la Ley del Seguro Social (LSS) se otorgan bajo el SIV a los asegurados, a los pensionados y a sus respectivos beneficiarios, siendo éstas, como se indicó anteriormente, las pensiones temporales y definitivas, las asignaciones familiares y la ayuda asistencial. Es importante señalar que este año en la valuación actuarial del SIV se consideran también los gastos administrativos. La última sección de este capítulo presenta algunas propuestas de política relacionadas con el SIV.

En referencia a las pensiones definitivas del SIV, conviene enfatizar en los siguientes puntos que se comentaron en el capítulo anterior: i) los trabajadores que comenzaron a cotizar al IMSS antes del 1º de julio de 1997 pueden elegir pensionarse en el SIV, al igual que en el SRT, bajo las condiciones de la LSS de 1973 o de la LSS de 1997; ii) las pensiones que se otorguen bajo la LSS de 1973 constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal y no forman parte de los resultados de la valuación actuarial que realiza el Instituto para el SIV (y tampoco para el SRT)[76], y iii) las pensiones temporales y definitivas otorgadas de acuerdo con los lineamientos de la LSS de 1997 bajo el SIV, al igual que las pensiones provisionales y definitivas otorgadas bajo el SRT constituyen un pasivo a cargo del IMSS. Estas últimas se denominan rentas vitalicias y se financian tanto con los recursos que transfiere el IMSS a instituciones aseguradoras de fondos de pensiones, los cuales se denominan sumas aseguradas, como con los recursos que cada trabajador tiene depositados en una cuenta individual que es administrada por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE).

Como se mencionó en el capítulo anterior, de 1997 a 2001 la mayor parte de las pensiones que se otorgaron bajo las condiciones de la LSS de 1997 fueron con carácter definitivo, tanto en el SIV como en el SRT. A partir de 2002 esa situación se modificó otorgándose más pensiones temporales en el SIV, lo cual se tradujo en una reducción del gasto del Instituto en sumas aseguradas, con respecto al que se estaba erogando (gráfica V.1)[77].

V.1. Estado de resultados

En el cuadro V.1 se presentan los estados de ingresos y gastos del SIV para el ejercicio 2010. Se consideran dos escenarios: con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo (CNP) del RJP[78].

Como se aprecia en el cuadro V.1, el SIV tuvo un excedente de operación de 24,502 millones de pesos bajo el escenario de registro parcial del CNP de las obligaciones laborales del Instituto, mientras que su excedente disminuye con el efecto del reconocimiento pleno de estas obligaciones. Bajo este segundo escenario, en 2010 el SIV alcanzó ingresos por 38,254 millones de pesos y gastos totales por 17,764 millones de pesos, que representan 46.4 por ciento de los ingresos totales. Eso dio como resultado un excedente de 20,490 millones de pesos.

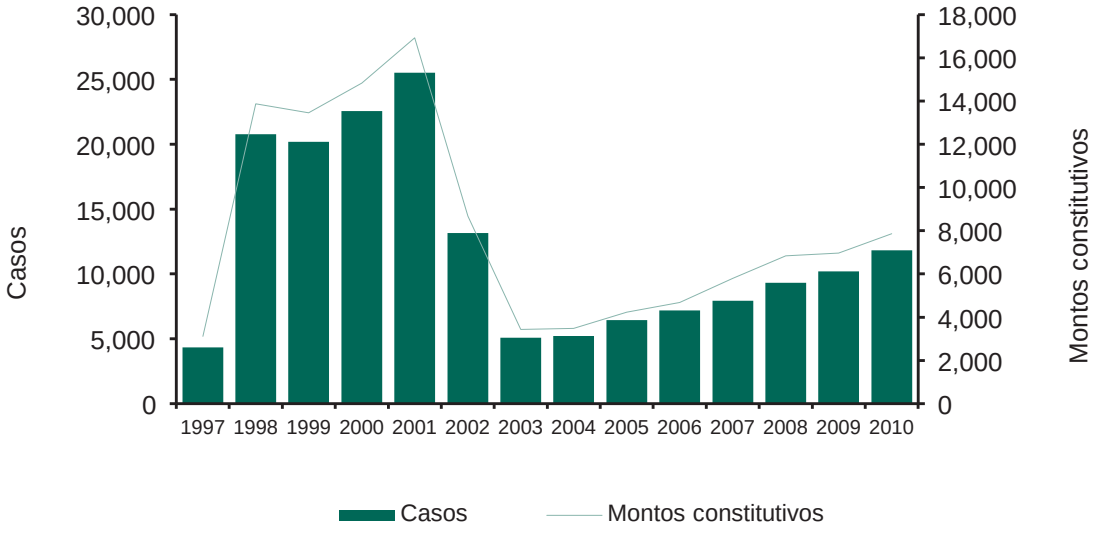
Cabe señalar que el SIV ha mostrado excedentes de operación durante todos los años del periodo 2006-2010, como se presenta en la gráfica V.2.

[76] De acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero y Duodécimo Transitorios de la reforma de Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 21 de diciembre de 1995 y vigente desde el 1º. de julio de 1997.

[77] Ver el Anexo D en donde se detalla la información histórica de las rentas vitalicias otorgadas y de los importes de los montos constitutivos pagados en el SIV.

[78] El CNP (con cargo a resultados del ejercicio 2010) es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de valuación y está integrado por los siguientes conceptos: costo laboral, costo financiero, rendimientos de los activos del plan y amortizaciones. Para más detalles ver el Capítulo X, sección X.1.1.

Gráfica V.1.
Rentas vitalicias y montos constitutivos del Seguro de Invalidez y Vida, 1997-2010
(casos y millones de pesos de 2010)



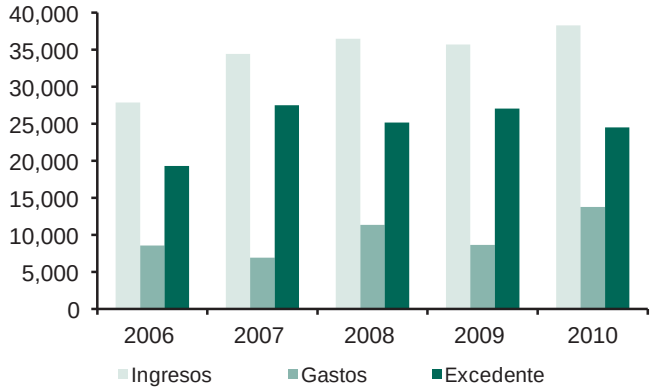
Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

Cuadro V.1.
Estado de ingresos y gastos del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2010
(millones de pesos)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro pleno
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales y contribución federal	31,728	31,728
Productos de inversiones y otros ingresos	6,525	6,525
Total de ingresos	**38,254**	**38,254**
Gastos		
Servicios de personal	717	712
Pagos al personal jubilado	224	224
Costo de obligaciones laborales	53	4,070
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	12	12
Mantenimiento	3	3
Servicios generales y subrogación de servicios	315	315
Prestaciones económicas	8,364	8,364
Intereses financieros y actuariales	614	614
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	351	351
Depreciaciones	327	327
Reversión de cuotas obrero-patronales	-	-
Traslado de la depreciación	-236	-236
Reservas financieras y actuariales	3,008	3,008
Total de gastos	**13,752**	**17,764**
Excedente neto de ingresos sobre gastos	**24,502**	**20,490**

Fuente: Con registro parcial del CNP: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009; con registro pleno del CNP: DF, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009, y de 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 2010.

Gráfica V.2.
Estado de resultados del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2010
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

V.2. Proyecciones financieras de corto plazo

A partir de las cifras del estado de resultados 2010 se realizan las proyecciones de corto plazo con y sin el registro pleno del costo laboral del RJP para el periodo 2011-2013[79].

Como se aprecia en el cuadro V.2 y en la gráfica V.3, bajo el escenario de registro pleno del CNP del RJP, para 2011 se estiman ingresos por 36,605 millones de pesos y gastos totales por 12,400 millones de pesos, por lo que el excedente del ejercicio sería de 24,205 millones de pesos. La generación de efectivo prevista es de 25,251 millones de pesos, que representan 69 por ciento de los ingresos totales de este seguro; se estima que se incrementarán los fondos de su Reserva Financiera y Actuarial (RFA), de la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA), del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) e inversión física en 2,964 millones de pesos. El saldo acumulado previsto en la RFA del SIV al cierre del ejercicio alcanzará 46,223 millones de pesos.

[79] Las proyecciones de corto plazo sin el registro pleno del costo laboral del RJP difieren con el estado de ingresos y gastos que considera el registro parcial (cuadro V.1), toda vez que en las primeras se considera el supuesto de que el Gobierno Federal asumirá la totalidad de las obligaciones derivadas de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores.

Para el periodo 2012-2013 se esperan ingresos por 39,531 y 41,724 millones de pesos, respectivamente. Los gastos se proyectan en 13,553 y 15,503 millones de pesos, con excedentes de 25,978 y 26,221 millones de pesos, presentando un superávit de flujo de efectivo proyectado de 25,573 y 25,337 millones de pesos; por lo anterior, en estos ejercicios se generará efectivo por 27,073 y 27,138 millones de pesos para 2012 y 2013, respectivamente. Los ingresos, gastos totales y excedentes para los años de 2010 a 2013 se presentan en la gráfica V.3.

Con relación al impacto del RJP sobre la situación financiera del SIV, en el cuadro V.2 se observa que en el 2011 el total de gastos esperados es de 12,400 millones de pesos; al eliminar este concepto se registrarían 11,093 millones de pesos, es decir, una variación de menos 1,307 millones de pesos. El excedente de ingresos sobre gastos pasaría de 24,205 a 25,512 millones de pesos. El sobrante de efectivo en el 2011 pasaría de 22,287 a 21,517 millones de pesos. El efecto sin el RJP sobre los resultados proyectados para 2012 y 2013 muestra una mejora en la situación financiera equivalente a la descrita para 2011.

Cabe hacer mención que al igual que en el caso del SRT, los resultados de corto plazo del SIV no son comparables con los que se presentan en la siguiente sección, dado que en esta última se considera el flujo de efectivo y la suficiencia de la prima para el financiamiento de las prestaciones económicas y el gasto administrativo del seguro. En cambio, en esta sección se incluye, además de estos gastos, el incremento a las RFA, la RGFA y el FCOLCLC.

V.3. Resultados de la valuación actuarial

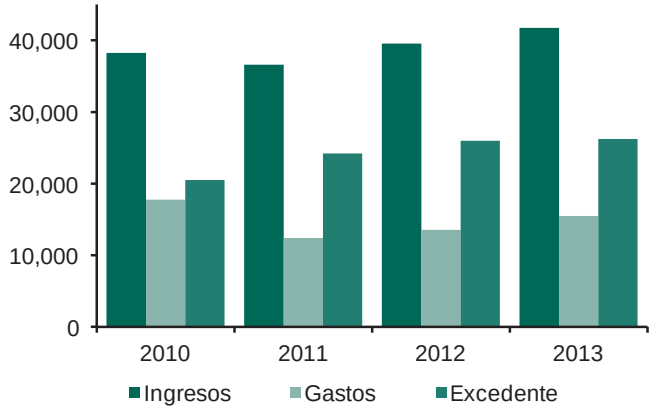
La valuación actuarial del SIV, al igual que la del SRT, tiene por objeto determinar si los ingresos por cuotas proyectados para este seguro en el corto, mediano y largo plazos serán suficientes para hacer frente a los pasivos que se estima se generarán por

Cuadro V.2.
Escenario comparativo de ingresos y gastos y de cambios en la situación financiera del Seguro de Invalidez y Vida, 2011-2013
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2011		2012		2013	
	Con RJP	Sin RJP	Con RJP	Sin RJP	Con RJP	Sin RJP
Total de ingresos (1)	36,605	36,605	39,531	40,005	41,724	42,869
Total de gastos (2)	12,400	11,093	13,553	12,169	15,503	14,266
Gastos directos	10,714	10,453	11,772	11,482	13,852	13,532
Otros gastos	1,686	640	1,781	687	1,651	734
Excedente (déficit) neto de ingresos/gastos (3)=(1)-(2)	**24,205**	**25,512**	**25,978**	**27,836**	**26,221**	**28,603**
Partidas que no requieren utilización de recursos y generados por la operación (4)	1,046	-	1,095	-	917	-
Efectivo generado por la operación (5)=(3)+(4)	**25,251**	**25,512**	**27,073**	**27,836**	**27,138**	**28,603**
Incremento de reservas e inversión física (6)	2,964	3,995	1,500	5,101	1,801	5,751
Sobrante (faltante) neto de flujo de efectivo del año (7)=(5)-(6)	**22,287**	**21,517**	**25,573**	**22,735**	**25,337**	**22,852**

Fuente: DF, IMSS.

Gráfica V.3.
Estado de resultados del Seguro de Invalidez y Vida, 2010-2013, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

el otorgamiento de las prestaciones económicas a los trabajadores asegurados y a sus beneficiarios; y de no ser así, determinar la prima nivelada que permita equilibrar los ingresos con los gastos esperados. Al comparar en el SIV la prima nivelada con la prima establecida en la Ley (prima de ingreso), se tiene un importante elemento de juicio para determinar la viabilidad financiera de este seguro.

Las prestaciones que se valúan en el SIV son las pensiones temporales y definitivas, las asignaciones familiares y la ayuda asistencial; asimismo, se valúa el gasto de administración, el cual se determina como porcentaje del volumen de salarios[80].

Para la elaboración de la valuación actuarial, al igual que para la del SRT, se requiere utilizar bases biométricas y supuestos demográficos y financieros. Como resultado de la valuación se elaboran el escenario base –que es el que se considera como el que más podría reflejar el entorno que tendría mayor incidencia en la situación financiera del SIV en el corto, mediano y largo plazos–, así como escenarios de sensibilidad.

En el Anexo D se describen con detalle los cuatro elementos principales a partir de los cuales se elaboró el escenario base: i) la población asegurada con derecho a las prestaciones económicas cubiertas

[80] La estimación del gasto administrativo, sin considerar el RJP, corresponde en promedio a 0.0023 por ciento del volumen de salarios; este porcentaje se determina con base en la proyección que se realiza en el Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA) de largo plazo. En lo que respecta al gasto del RJP, se considera 0.034 por ciento del flujo anual de pensiones complementarias que se obtiene en la valuación actuarial del RJP al 31 de diciembre de 2010 que realiza el Instituto.

por el SIV; ii) los beneficios valuados; iii) las hipótesis demográficas, financieras y bases biométricas, y iv) los criterios utilizados para la valuación.

El número de asegurados que al 31 de diciembre de 2010 se encontraba vigente en el IMSS y expuesto a las contingencias cubiertas por el SIV fue de 14'436,894. Este número contempla tanto a los trabajadores del IMSS (trabajadores IMSS) como a los trabajadores que laboran en las empresas afiliadas al IMSS (trabajadores no IMSS).

La valuación actuarial del SIV se realizó, al igual que la del SRT, por sexo, empleando las hipótesis demográficas, financieras y biométricas, así como los criterios definidos para este seguro. El periodo de proyección es a 100 años con corte a 50 años, y además se considera la extinción de los asegurados del último año de proyección, a fin de que el pasivo de este seguro considere el monto de las obligaciones generadas por el otorgamiento de prestaciones económicas.

V.3.1. Proyecciones demográficas

Los resultados de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del SIV se resumen en el cuadro V.3, en el que se muestra: i) el comportamiento que conforme a las hipótesis utilizadas podría tener en el periodo 2011-2110 el número de asegurados IMSS y no IMSS (columna a); ii) el número de las nuevas pensiones de viudez, orfandad y ascendencia, derivadas del fallecimiento de asegurados y/o pensionados por invalidez temporal (columna b), y iii) el número de las nuevas pensiones directas generadas por esos asegurados por concepto de invalidez, incluyendo las pensiones temporales (columna c).

De los resultados de la proyección demográfica se obtiene la relación del número de pensiones por cada 1,000 asegurados (columna e), observándose una tendencia creciente al pasar de 2.50 en 2011 a 4.95 en 2110.

V.3.2. Proyecciones financieras

En el cuadro V.4 se muestran los principales resultados de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del SIV, los cuales fueron obtenidos aplicando las hipótesis y los criterios del escenario base acordados con el despacho externo que realizó la auditoría actuarial al 31 de diciembre de 2010[81].

El cuadro muestra: i) la estimación del volumen anual de salarios de los asegurados totales del SIV, es decir, de los trabajadores IMSS y no IMSS afiliados a ese seguro (columna a); ii) los flujos anuales de gasto por sumas aseguradas, y pensiones temporales, calculados con las probabilidades del capital mínimo de garantía (CMG) (columna b); iii) los flujos anuales de gasto administrativo (columna c), y iv) la prima de gasto anual total de prestaciones económicas (columna e). Asimismo, el cuadro muestra el valor presente a 50 y 100 años de proyección de cada una de las obligaciones descritas anteriormente y su correspondiente prima nivelada.

Del cuadro V.4 se destaca lo siguiente:

i) Para el periodo de 50 años, la prima nivelada por el otorgamiento de las prestaciones económicas totales (sumas aseguradas, pensiones temporales y gastos administrativos), neta de costo fiscal, es de 1.57 por ciento del valor presente de los salarios futuros (VPSF) y para el periodo de 100 años dicha prima es de 1.71 por ciento del VPSF (columna e). Al comparar las primas niveladas a 50 y 100 años con la prima de ingreso de 2.5 por ciento que establece la LSS se observa que éstas representan alrededor de 63 y 68 por ciento de la prima de ingreso, respectivamente, lo cual significa que esta última es suficiente para financiar no sólo las prestaciones económicas del SIV, sino también del gasto administrativo.

[81] Lockton Consultores Actuariales, Agentes de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., de acuerdo con el contrato de prestación de servicios No. P051808 celebrado con el IMSS, en los términos de la licitación pública nacional No. 00641322-045-10.

Cuadro V.3.
Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida

Año de proyección	No. de asegurados	No. de pensiones causadas por fallecimiento[1/]	No. de pensiones causadas por invalidez[2/]	Total de pensionados	No. de pensiones por cada 1,000 asegurados
	(a)	(b)	(c)	(d)=(b)+(c)	(e)=(d/a)*1000
2011	14,949,829	14,708	22,669	37,377	2.50
2012	15,214,945	16,017	17,312	33,329	2.19
2013	15,479,354	17,517	14,240	31,757	2.05
2014	15,740,806	18,926	15,438	34,364	2.18
2015	15,990,017	20,487	16,443	36,930	2.31
2020	17,025,839	28,238	22,542	50,780	2.98
2025	17,810,067	35,463	29,145	64,607	3.63
2030	18,367,912	40,917	34,654	75,570	4.11
2035	18,701,706	45,580	38,875	84,455	4.52
2040	18,835,106	49,073	41,704	90,777	4.82
2045	18,852,284	49,238	40,535	89,773	4.76
2050	18,869,478	48,624	38,114	86,738	4.60
2055	18,886,685	48,771	37,462	86,233	4.57
2060	18,903,906	49,477	38,321	87,798	4.64
2065	18,921,142	50,209	39,853	90,062	4.76
2070	18,938,392	50,576	41,165	91,741	4.84
2075	18,955,656	50,455	41,664	92,119	4.86
2080	18,972,933	50,008	41,344	91,352	4.81
2085	18,990,226	49,638	40,457	90,095	4.74
2090	19,007,532	49,316	39,182	88,497	4.66
2095	19,024,852	49,377	38,676	88,053	4.63
2100	19,042,186	49,856	39,398	89,253	4.69
2105	19,059,534	50,272	40,467	90,739	4.76
2110	18,569,759	50,495	41,350	91,845	4.95

[1/] Estas pensiones incluyen las de viudez, orfandad y ascendencia que se generan del fallecimiento 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.
Fuente: DF, IMSS.

ii) De las primas niveladas referidas en el párrafo anterior, el mayor peso corresponde a sumas aseguradas y pensiones temporales (columna a), cuyo valor presente del gasto futuro con respecto al VPSF es 1.29 por ciento[82] para el periodo de 50 años y 1.43 por ciento[83] para el periodo de 100 años.

Un aspecto a destacar es que la prima para cubrir el gasto por concepto de sumas aseguradas y pensiones temporales depende en gran medida de los montos acumulados en las cuentas individuales, mismos que deben incrementarse con el paso del tiempo, dando lugar a sumas aseguradas cada vez menores. En la gráfica V.4 se ilustra la parte de los montos constitutivos calculados que se estima sería financiada con el importe de las cuentas individuales (el área que se encuentra entre la línea de la prima de gasto del monto constitutivo y la línea de la prima de gasto de las sumas aseguradas). Se calcula que en el periodo de 100 años de proyección el saldo de las cuentas individuales

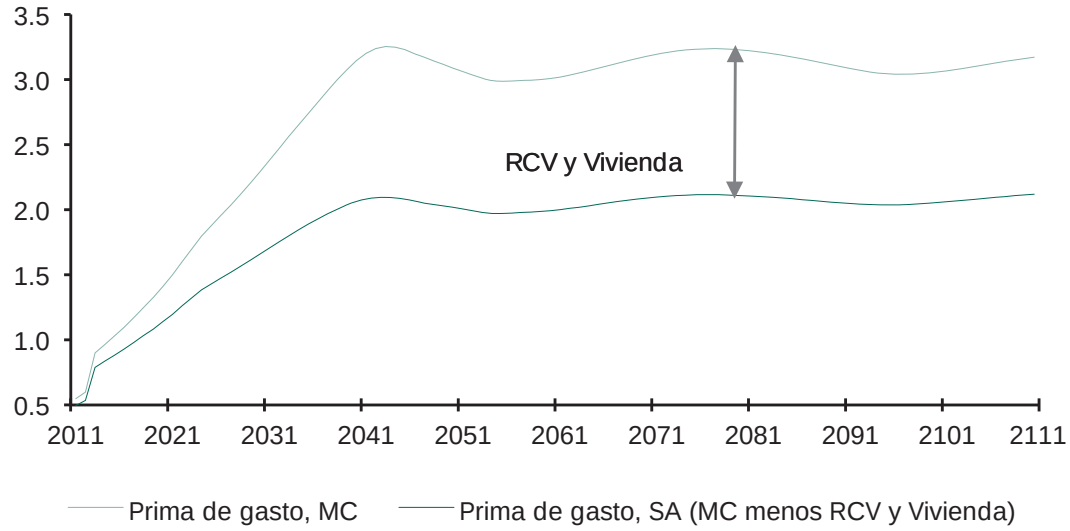
[82] Cuadro V.4, columnas (b)/(a): 645,023/50´081,143 x 100.
[83] Cuadro V.4, columnas (b)/(a): 1'039,567/72'816,735 x 100.

Cuadro V.4.
Resumen de las proyecciones de gasto de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida
(millones de pesos de 2010)

Año de proyección	Volumen de salarios	Gasto			Prima de gasto anual (%)
		Sumas aseguradas[1/]	Gasto administrativo[2/]	Total	
	(a)	(b)	(c)	(d)=(b)+(c)	(e)=(d/a)*100
2011	1,323,653	8,400	1,976	10,375	0.78
2012	1,375,503	8,958	1,588	10,546	0.77
2013	1,428,847	9,850	1,674	11,524	0.81
2014	1,481,901	10,759	1,778	12,536	0.85
2015	1,534,526	11,695	2,117	13,812	0.90
2020	1,786,707	17,155	4,155	21,310	1.19
2025	2,016,797	23,858	5,617	29,475	1.46
2030	2,229,846	30,342	7,201	37,543	1.68
2035	2,422,920	37,197	8,276	45,473	1.88
2040	2,615,657	43,411	9,007	52,418	2.00
2045	2,793,058	46,524	9,833	56,358	2.02
2050	2,997,667	48,445	10,549	58,994	1.97
2055	3,239,068	51,139	10,637	61,776	1.91
2060	3,491,932	55,745	10,750	66,495	1.90
2065	3,749,742	61,321	10,947	72,268	1.93
2070	4,010,704	67,158	11,268	78,427	1.96
2075	4,283,305	72,609	11,761	84,370	1.97
2080	4,577,782	77,415	12,441	89,857	1.96
2085	4,903,688	81,996	13,287	95,283	1.94
2090	5,262,187	86,730	14,251	100,981	1.92
2095	5,663,863	92,811	15,338	108,149	1.91
2100	6,098,517	100,888	16,515	117,403	1.93
2105	6,544,889	110,063	17,724	127,787	1.95
2110	7,005,391	119,565	18,971	138,536	1.98
50 años					**Prima nivelada**
Valor presente	50,081,143	645,023	140,755	785,778	1.57
100 años					
Valor presente	72,816,735	1,039,567	203,698	1,243,264	1.71

[1/] El gasto por sumas aseguradas incluye el gasto de las pensiones temporales, y ya tiene descontado el costo fiscal derivado del otorgamiento de las pensiones garantizadas. Esta deducción sólo se aplica a los pensionados que provienen de los trabajadores no IMSS, ya que aún no se dispone de información para aplicarla a los pensionados ex trabajadores IMSS.
[2/] Incluye la erogación por gastos administrativos y la proporción del RJP correspondiente al SIV.
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica V.4.
Financiamiento de los montos constitutivos
por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Invalidez y Vida
(gasto en porcentaje de los salarios de cotización)



Notas: MC=Monto constitutivo; SA=Suma asegurada; RCV=Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; Vivienda=Subcuenta de Vivienda.
Fuente: DF, IMSS.

representará en promedio 31.01 por ciento del monto constitutivo.

En conclusión, la prima de ingreso de 2.5 por ciento de los salarios es suficiente para cubrir el pasivo por pensiones y gasto administrativo tanto para el periodo de proyección de 50 años, como para el de 100 años.

V.3.3. Balance actuarial

A efecto de mostrar la situación financiera del SIV por el otorgamiento de las prestaciones que establece la LSS para este seguro, el cuadro V.5 muestra el balance actuarial al 31 de diciembre de 2010, separando los pasivos por el gasto en pensiones para los trabajadores IMSS y no IMSS, así como los gastos administrativos.

Cabe señalar que la estimación del costo por gastos administrativos se realiza con base en el volumen de salarios, el cual se deriva a partir de la proyección de los asegurados y de sus salarios. Aunque estos resultados no son netamente actuariales, se incorporan dentro del balance actuarial con el fin de mostrar la situación financiera del SIV.

V.3.4. Escenarios de sensibilidad

Con el propósito de medir el impacto financiero que podría tenerse en los resultados de la valuación actuarial del SIV al 31 de diciembre de 2010, al modificar algunas hipótesis del escenario base se calcularon, al igual que en el SRT, dos escenarios de sensibilidad.

En el primer escenario, denominado EA1, se modificó el vector de densidad de cotización por edad y, en el segundo, denominado EA2, se modificó el incremento en el porcentaje de asegurados que no aportan a la Subcuenta de Vivienda por contar con un crédito hipotecario.

Los resultados de los escenarios anteriores se resumen en el cuadro V.6, en el cual se presentan las proyecciones a 50 y 100 años del pasivo por pensiones y por el gasto administrativo, así como las primas niveladas correspondientes a dichos periodos.

Del mismo cuadro se destacan los siguientes resultados, al comparar el pasivo reportado para el escenario base y el reportado en los escenarios de

sensibilidad para los periodos de proyección de 50 y 100 años:

i) En el escenario EA1, el cambio del vector de densidad de cotización incrementa el pasivo por sumas aseguradas en 9.4 por ciento a 50 años y en 11.5 por ciento a 100 años, esto es, la prima para el periodo de 50 años es de 1.41 por ciento[84], y de 1.59 por ciento[85] para el periodo de 100 años. Asimismo, la prima de gasto total (incluyendo gastos administrativos) aumenta en forma importante, pues en el periodo de 50 años llega a 1.69 por ciento (frente a 1.57 por ciento en el escenario base) y en el periodo a 100 años alcanza 1.87 por ciento (frente a 1.71 por ciento en el escenario base) (columna e).

ii) En el escenario EA2 el aumento en el porcentaje de asegurados que no aportan a la Subcuenta de Vivienda por contar con un crédito hipotecario repercute en un incremento del pasivo por sumas aseguradas de 16 por ciento a 50 años y de 18.3 por ciento a 100 años, lo que se traduce en una prima nivelada para el periodo de 50 años de 1.49 por ciento[86] y de 1.69 por ciento[87] para el periodo de 100 años. Alcanzándose una prima nivelada total a 50 años de 1.77 por ciento (frente a 1.57 por ciento en el escenario base) y a 100 años de 1.97 por ciento (frente a 1.71 por ciento en el escenario base) (columna e).

Cuadro V.5.
Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2010
(millones de pesos de 2010)

Activo			Pasivo		
		VPSF[1/] (%)			VPSF[1/] (%)
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2010 (1)[2/]	43,570	0.06%	**Trabajadores no IMSS afiliados al SIV[3/]**		
			Pensiones definitivas (7)[4/]	1,226,055	1.68%
			Pensiones temporales (8)	86,679	0.12%
			Subtotal (9)=(7)+(8)	1,312,735	1.80%
Aportaciones futuras (2)	1,820,418	2.50%			
Ingresos del Gobierno Federal por otorgamiento de PG (3)	327,679	0.45%	**Trabajadores IMSS afiliados al SIV[5/]**		
			Pensiones definitivas (10)[4/]	54,511	0.07%
			Subtotal (11)	54,511	0.07%
Subtotal (4)=(1)+(2)+(3)	2,191,667	3.01%			
			Subtotal pensiones (12)=(9)+(11)	1,367,245	1.88%
Nivel de desfinanciamiento (5)=(14)-(4)	-620,724	-0.85%	Gasto administrativo (13)	203,698	0.28%
Total (6)=(4)+(5)	**1,570,943**	**2.16%**	**Total (14)=(12)+(13)**	**1,570,943**	**2.16%**

[1/] Valor presente de los salarios futuros.
[2/] Reserva del SIV registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2010.
[3/] PG: Pensiones Garantizadas. Pasivo por las obligaciones del Instituto por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores no IMSS.
[4/] Corresponde al pasivo por sumas aseguradas.
[5/] Pasivo por las obligaciones del Instituto en su carácter de asegurador por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores IMSS.
Fuente: DF, IMSS.

[84] Cuadro V.6, columnas (b)/(a): 705,807/50'058,638x100.
[85] Cuadro V.6, columnas (b)/(a): 1'158,706/72'754,750x100.
[86] Cuadro V.6, columnas (b)/(a): 748,118/50'081,143x100.
[87] Cuadro V.6, columnas (b)/(a): 1'229,661/72'816,735x100.

Cuadro V.6.
Resultados de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida
(millones de pesos de 2010)

Escenarios	Valor presente de volumen de salarios	Valor presente del gasto			Prima nivelada[3/]
		Sumas aseguradas[1/]	Gasto administrativo[2/]	Total	
	(a)	(b)	(c)	(d)=(b)+(c)	(e)=(d)/(a)
Resultados a 50 años					
Esc. base					
VP del gasto	50,081,143	645,023	140,755	785,778	1.57
EA1					
VP del gasto	50,058,638	705,807	140,684	846,491	1.69
EA2					
VP del gasto	50,081,143	748,118	140,755	888,873	1.77
Resultados a 100 años[4/]					
Esc. base					
VP del gasto	72,816,735	1,039,567	203,698	1,243,264	1.71
EA1					
VP del gasto	72,754,750	1,158,706	203,520	1,362,225	1.87
EA2					
VP del gasto	72,816,735	1,229,661	203,698	1,433,358	1.97

[1/] El gasto por sumas aseguradas es neto de costo fiscal e incluye el correspondiente a las pensiones temporales.
[2/] El gasto corresponde al flujo de gasto del RJP con cargo al SIV y al gasto administrativo.
[3/] Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del SIV a diciembre de 2010, que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos por prestaciones en dinero.
[4/] Estos resultados consideran la proyección hasta la extinción de los asegurados del año 100 de proyección.
Fuente: DF, IMSS.

El análisis efectuado anteriormente permite concluir que bajo cualquier escenario y considerando los periodos de proyección de 50 y 100 años, la prima de gasto por pensiones, neta de costo fiscal e incluyendo los gastos administrativos, es inferior a la prima de ingreso de 2.5 por ciento.

V.4. Opciones de política

Los resultados de la valuación actuarial del SIV al 31 de diciembre de 2010 presentados en la sección anterior, muestran que el SIV presenta suficiencia financiera para los periodos de proyección de 50 y 100 años, tanto en el escenario base en el que se asumen hipótesis razonables y actuarialmente aceptadas sobre el comportamiento futuro de las principales variables que inciden en el monto de las obligaciones de ese seguro, como en los escenarios de sensibilidad EA1 y EA2 en los que se asumen hipótesis que ejercen más presión sobre el monto de las obligaciones del SIV.

Para decisiones de política, se considera que la prima nivelada a 50 años es razonablemente representativa de la situación financiera de un seguro, por lo que conforme a tal criterio puede concluirse que el SIV presenta holgura financiera con su prima de Ley de 2.5 por ciento del salario base de cotización (SBC), ya que en el escenario base la prima nivelada que se obtiene para el periodo de 50 años de proyección es de 1.57 del VPSF y para los escenarios de sensibilidad EA1 y EA2 es de 1.69 y 1.77 por ciento del VPSF, respectivamente.

Con base en los resultados anteriores, el Instituto ha evaluado la conveniencia de hacer un rebalanceo de la prima del SIV, de tal manera que ésta quede en

1.75 por ciento del SBC (prácticamente en la prima nivelada que se obtiene en el Escenario EA2), y la diferencia entre ese porcentaje y el de 2.5 por ciento del SBC que es la prima de contribución actual del SIV, se transfiera a la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), el cual, como se verá en el Capítulo VI, presenta una crítica situación financiera. De esa forma, la prima de contribución del GMP aumentaría de 1.5 por ciento del SBC actual a 2.25 por ciento del SBC, con la transferencia de los 0.75 puntos porcentuales que le haría el SIV.

Cabe señalar que el rebalanceo de primas SIV-GMP no implica ninguna carga adicional para los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal; sólo implica un reacomodo de sus contribuciones, como se muestra en el cuadro V.7.

La medida de política del rebalanceo de las primas SIV-GMP tampoco tiene repercusión en la situación financiera global del IMSS, ya que las cuotas que dejarían de recibirse en el SIV se recibirían en la cobertura de GMP, situación que se muestra en el cuadro V.8.

Cuadro V.7.
Rebalanceo de primas tripartitas entre el Seguro de Invalidez y Vida y la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad
(primas en porcentaje del salario de cotización)

Concepto	Prima de contribución actual (a)	Prima rebalanceada (b)	Diferencia (c)=(b)-(a)
SIV			
Patrón	1.7500	1.2250	-0.5250
Trabajador	0.6250	0.4375	-0.1875
Gobierno Federal	0.1250	0.0875	-0.0375
Total	**2.5000**	**1.7500**	**-0.7500**
GMP			
Patrón	1.0500	1.5750	0.5250
Trabajador	0.3750	0.5625	0.1875
Gobierno Federal	0.0750	0.1125	0.0375
Total	**1.5000**	**2.2500**	**0.7500**
SIV + GMP			
Patrón	2.8000	2.8000	0.0000
Trabajador	1.0000	1.0000	0.0000
Gobierno Federal	0.2000	0.2000	0.0000
Total	**4.0000**	**4.0000**	**0.0000**

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro V.8.
Impacto financiero total del rebalanceo de primas entre el Seguro de Invalidez y Vida y la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad
(millones de pesos de 2011)

Descripción de la política	Flujo anual promedio derivado de la medida 2012-2016	2012-2050[1/]					
		Beneficios de la medida, en valor presente	% PIB 2011[2/]	Valor presente del déficit global			
				Sin la medida	% PIB 2011[2/]	Con la medida	% PIB 2011[2/]
Rebalanceo de la prima entre el Seguro de Invalidez y Vida y la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad[3/, 4/]	0	0	0	1,881,650	13.3	1,881,650	13.3

[1/] Se asume que los cambios legislativos requeridos para la implementación de las propuestas se efectuarían durante 2011, mientras que las políticas aplicarían a partir de 2012.
[2/] Corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica 2011 (14'140,600 millones de pesos).
[3/] Considera una prima de suficiencia financiera estimada para el SIV de 1.75 por ciento para prestaciones en dinero y gastos administrativos, por lo que se transferirían 0.75 puntos de prima al GMP del SEM.
[4/] Si bien el efecto global es nulo, para el ramo de GMP representa un flujo promedio anual de 10,439 millones de pesos y un valor presente de 297,682 millones de pesos, que equivalen a 2.1 por ciento del PIB.
Fuente: DF, IMSS.

Capítulo

VI

Seguro de Enfermedades y Maternidad

El Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) otorga a los trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) prestaciones en especie y en dinero, en caso de enfermedad no profesional o maternidad; asimismo, otorga prestaciones en especie a los familiares de los asegurados, así como a los pensionados y sus familiares[88]. En caso de enfermedad no profesional, las prestaciones cubren asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, y un subsidio en dinero cuando la enfermedad incapacite al asegurado para el trabajo[89]. En caso de maternidad, las prestaciones incluyen asistencia obstétrica, ayuda en especie de lactancia, una canastilla al nacer el hijo y un subsidio de 100 por ciento del último salario diario de cotización, el cual se cubre por 42 días antes y 42 días después del parto. El SEM ofrece cobertura a asegurados (SEM-Asegurados [SEM-A]) y a pensionados (Gastos Médicos de Pensionados [GMP])[90]. La cobertura de GMP ofrece asistencia médica a los pensionados del Seguro de Invalidez y Vida (SIV), Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) y Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV).

En este capítulo se analiza la situación financiera del SEM al 31 de diciembre de 2010, a través del estado de resultados; asimismo, se presenta la perspectiva de dicha situación en el corto, mediano y largo plazos, y se muestran y comentan los resultados de la valuación actuarial correspondiente a la cobertura de GMP. Las proyecciones financieras de corto plazo (2011-2013), así como las de largo plazo (2014-2050) se obtienen de

[88] Ley del Seguro Social (LSS), Artículo 84.
[89] Para más detalles sobre las prestaciones del SEM ver el Anexo A.
[90] LSS, Artículo 25.

los modelos que ha diseñado el IMSS para el efecto: el Modelo Financiero de Corto Plazo y el Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA), mismos que se detallan en el Capítulo III de este Informe y en cuyos resultados financieros se consideran conjuntamente los del SEM-A y los de GMP, con el fin de evaluar de manera integral todo el seguro (SEM-Total). En la sección final de este capítulo se presentan algunas opciones de política relacionadas con el seguro analizado.

La valuación actuarial de GMP se refiere a las obligaciones que adquiere el IMSS como asegurador por las prestaciones médicas que conforme a la Ley del Seguro Social (LSS) habrán de proporcionarse a los pensionados y sus familiares. Cabe señalar que esta valuación se realiza de manera independiente de la del SEM-Total, porque dentro de este último no es posible valuar actuarialmente el SEM-A, en virtud de que no existen supuestos demográficos de mortalidad y morbilidad que sean susceptibles de aplicarse en una valuación actuarial y que sean aceptados internacionalmente. Dado que la metodología que se utiliza en el MIFA para evaluar la situación financiera del SEM-Total es diferente a la que se aplica en la valuación actuarial de GMP, los resultados que se obtienen utilizando tanto una como otra también son diferentes.

VI.1. Estado de resultados

En el cuadro VI.1 se presentan los estados de ingresos y gastos del SEM para el ejercicio 2010. Se consideran dos escenarios: con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo (CNP) del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP).

Como se aprecia en el cuadro VI.1, el SEM tuvo un déficit de operación de 30,383 millones de pesos bajo el escenario de registro parcial del CNP de las obligaciones laborales del Instituto, mientras que su déficit se incrementa de manera importante a 610,521 millones de pesos con el efecto del reconocimiento pleno de estas obligaciones. Bajo ese segundo escenario, los ingresos de 2010 del SEM fueron de 169,444 millones de pesos y los gastos de 779,965 millones de pesos, los cuales corresponden a 460.3 por ciento de su ingreso total de ese año.

Cabe señalar que el SEM ha mostrado déficits de operación durante todos los años del periodo 2006-2010, como se presenta en la gráfica VI.1.

VI.2. Proyecciones financieras de corto plazo

A partir de las cifras del estado de resultados 2010 se realizan las proyecciones de corto plazo con y sin el registro pleno del costo laboral del RJP para el periodo 2011-2013[91].

Como se aprecia en el cuadro VI.2 y en la gráfica VI.2, bajo el escenario de registro pleno del CNP del RJP, para 2011 se estiman ingresos por 162,572 millones de pesos y gastos totales de 354,897 millones de pesos, por lo que se proyecta un déficit de 192,325 millones de pesos. Los ingresos previstos para 2012 y 2013 son de 174,175 y 184,736 millones de pesos, respectivamente; los gastos totales ascenderán a 377,716 y 367,098 millones de pesos en cada año; en consecuencia, se prevé déficit para los dos años por 203,541 y 182,362 millones de pesos, respectivamente.

En 2011 las cuotas obrero-patronales (COP) del SEM representan 66.7 por ciento del total de sus ingresos, mientras que la participación de los gastos contra el mismo parámetro es de 218.3 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 servicios médicos.

[91] Las proyecciones de corto plazo sin el registro pleno del costo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) difieren con el estado de ingresos y gastos que considera el registro parcial (cuadro VI.1), toda vez que en las primeras se considera el supuesto de que el Gobierno Federal asumirá la totalidad de las obligaciones derivadas de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores.

Cuadro VI.1.
Estado de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2010, con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos)

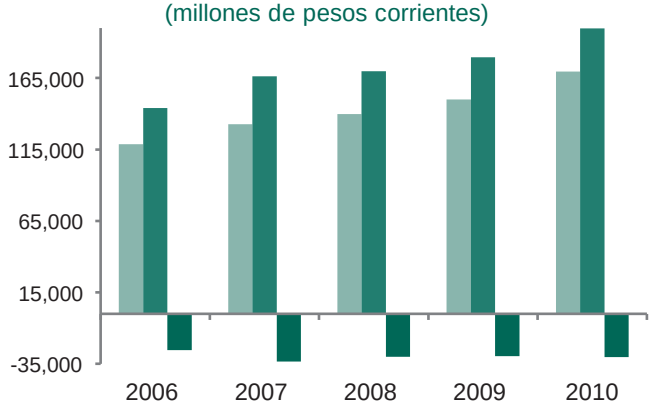
Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro pleno
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales y contribución federal	153,235	153,235
Productos de inversiones y otros ingresos	16,208	16,208
Total de ingresos	**169,444**	**169,444**
Gastos		
Servicios de personal	103,941	99,925
Pagos al personal jubilado	32,340	32,340
Costo de obligaciones laborales	6,055	590,209
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	33,175	33,175
Mantenimiento	2,833	2,833
Servicios generales y subrogación de servicios	9,793	9,793
Prestaciones económicas	7,984	7,984
Intereses financieros y actuariales	174	174
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	1,246	1,246
Depreciaciones	1,612	1,612
Reversión de cuotas obrero-patronales	842	842
Traslado de la depreciación	-197	-197
Reservas financieras y actuariales	28	28
Total de gastos	**199,827**	**779,965**
Excedente neto de ingresos sobre gastos	**-30,383**	**-610,521**

Fuente: Con registro parcial del CNP: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009; con registro pleno del CNP: Dirección de Finanzas (DF), IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009, y de 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 2010.

Cabe señalar que los recursos registrados en la Reserva Financiera y Actuarial (RFA) de GMP en 2010 ascienden a 517 millones de pesos y sólo se incrementan con los intereses generados por el saldo con que se constituyó esta reserva.

En el cuadro VI.2 se presenta un escenario comparativo de la situación financiera de este seguro sin registro pleno del CNP del RJP. Al eliminar este rubro de gasto de los resultados de operación del SEM, el déficit en 2011 de 192,325 millones de pesos disminuiría a 2,859 millones de pesos. Disminuciones en el déficit entre los dos escenarios también se observan para los años 2012 y 2013.

Gráfica VI.1.
Estado de resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2006-2010
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VI.2.
Escenario comparativo de ingresos y gastos y de cambios en la situación financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2011-2013, con y sin el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2011		2012		2013	
	Con RJP	Sin RJP	Con RJP	Sin RJP	Con RJP	Sin RJP
Total de ingresos (1)	162,572	162,572	174,175	174,841	184,736	186,346
Total de gastos (2)	354,897	165,431	377,716	177,006	367,098	187,817
Gastos directos	200,629	162,113	216,198	173,478	231,211	184,077
Otros gastos	154,268	3,318	161,518	3,528	135,887	3,740
Excedente (déficit) neto de ingresos/gastos (3)=(1)-(2)	**-192,325**	**-2,859**	**-203,541**	**-2,165**	**-182,362**	**-1,471**
Partidas que no requieren utilización de recursos y generados por la operación (4)	150,950	-	157,990	-	132,147	-
Efectivo generado por la operación (5)=(3)+(4)	**-41,375**	**-2,859**	**-45,551**	**-2,165**	**-50,215**	**-1,471**
Incremento de reservas e inversión física (6)	11,547	11,547	9,877	9,873	11,340	8,264
Sobrante (faltante) neto de flujo de efectivo (7)=(5)-(6)	**-52,922**	**-14,406**	**-55,428**	**-12,038**	**-61,555**	**-9,735**

Fuente: DF, IMSS.

VI.3. Proyecciones financieras de largo plazo

Las proyecciones financieras de los ingresos y los gastos del SEM que se comentan en este apartado se refieren al periodo 2011-2050 y se obtienen del MIFA con base en el Modelo Financiero de Corto Plazo. En ambos modelos, las proyecciones resultan de la interacción de diversas variables financieras, económicas y demográficas, tanto internas como externas al Instituto, lo que le da solidez a los resultados.

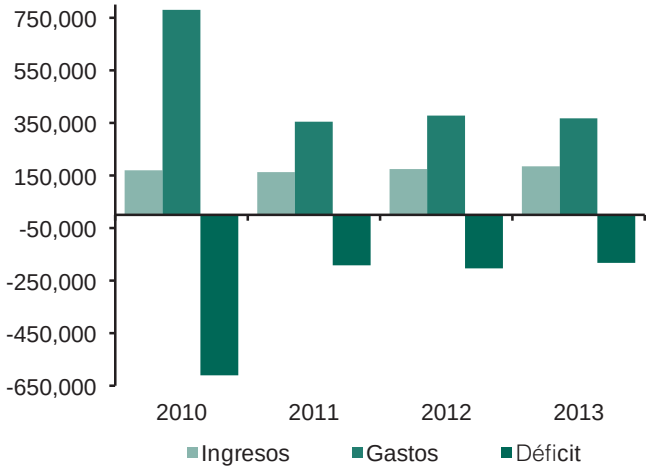
En el caso de los ingresos, los rubros que se proyectan son: i) COP; ii) aportaciones a cargo del Gobierno Federal (AGF), y iii) otros ingresos.

En cuanto a los gastos, los rubros que se proyectan son: i) gasto corriente, en el cual se incluyen los capítulos de servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales; ii) prestaciones económicas, en las que se incluyen los gastos del RJP asignables al SEM-A y a GMP, así como las ayudas y los subsidios por enfermedad general y por maternidad correspondientes al SEM-A; iii) inversión física, y iv) otros gastos.

La proyección de cada uno de los rubros de ingresos y gastos antes señalados, se realizó a partir de la información, hipótesis y supuestos relacionados con las variables que se muestran en el cuadro VI.3, y que inciden en el comportamiento de los ingresos y de los gastos del SEM. Cabe señalar que en este cuadro, en el cual se presentan las bases de cálculo utilizadas para estimar la perspectiva financiera del SEM, no se incluye el año 2011 por dos razones: i) porque las cifras de ingresos y gastos de ese ejercicio ya están determinadas en el presupuesto aprobado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y por las autoridades superiores del IMSS, y ii) porque el presupuesto 2011 constituye el punto de partida de las proyecciones de corto y largo plazos.

En el cuadro anterior se observa que las variables básicas que determinan la capacidad de financiamiento del SEM para hacer frente a los gastos de ese seguro son el número de trabajadores cotizantes y el crecimiento del salario base de cotización (SBC). Por esa razón, en este apartado también se realiza un análisis orientado a determinar el nivel que debería tener en los próximos años el SBC para poder cubrir

Gráfica VI.2.
Estado de resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2010-2013, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

los gastos proyectados del SEM o bien, el nivel que deberían tener las contribuciones tripartitas que establece la LSS para este seguro, para lograr ese mismo efecto.

En particular, se consideran los siguientes conceptos de salarios y primas: i) salario base de contribución o cotización (SBC): es el salario con el cual cotizan en cada seguro los trabajadores afiliados al IMSS; ii) salario base de cotización de equilibrio (SBC-E): es el salario con el que tendrían que cotizar en promedio los trabajadores afiliados al IMSS para que, bajo los esquemas de contribución actuales, el SEM-Total y sus dos coberturas tuvieran equilibrio financiero[92]; iii) prima de contribución (PC): es la aportación que hacen para el financiamiento del SEM-Total o de cada una de sus dos coberturas los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal, expresada como porcentaje del SBC; iv) prima de reparto (PR): es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos del seguro en cada año del periodo de proyección considerado, y v) prima media nivelada o de equilibrio (PMN): es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero del seguro durante todo el periodo de proyección evaluado.

Enseguida se presentan los resultados de las proyecciones de ingresos y gastos en el SEM-Total, SEM-A y GMP, así como los salarios y las primas de equilibrio obtenidos conforme a la información y las hipótesis presentadas en el cuadro VI.3.

VI.3.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad, SEM-Total

Como se mencionó en la parte introductoria del presente capítulo, el SEM-Total ofrece cobertura a trabajadores asegurados en activo y a pensionados. Los ingresos por COP y AGF de estas dos coberturas acumulan un total de 152.1 mil millones de pesos en 2011, los cuales representan 73.7 por ciento de los gastos registrados en ese año.

Las cifras anteriores se muestran en el cuadro VI.4, en el cual puede apreciarse que el nivel de ingresos del SEM-Total con respecto a los gastos va disminuyendo en el transcurso del periodo proyectado, de manera que en el año 2050 se estima que los ingresos por COP y AGF representarán sólo 59.4 por ciento de los gastos.

Del cuadro VI.4 también se desprende que la PC actual del SEM-Total equivale a 12 por ciento del SBC; sin embargo, esta prima disminuye en el periodo proyectado, de manera que en el año 2030 se ubica en 11.2 por ciento y en el 2050 desciende a 10.5 por ciento. Este efecto decreciente se debe a la composición de los ingresos por cuotas correspondiente a las prestaciones en especie del SEM-A, situación que se explicará con mayor detalle en la sección referente a esa cobertura.

Por otro lado, se estima que para que el SEM-Total registrara equilibrio financiero durante el periodo de proyección, se requeriría que la PR oscilara en un rango de entre 16 y 18.1 por ciento del SBC, valores que se

[92] El equilibrio financiero del seguro para un periodo determinado se establece como la igualdad entre el valor presente de los ingresos futuros totales, más las reservas constituidas al momento de la valuación, y el valor presente de los gastos futuros totales.

Cuadro VI.3.
Bases de cálculo utilizadas en la estimación de la perspectiva financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad
(porcentajes)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos											
Cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal											
Crecimiento de asegurados trabajadores permanentes	1.79	1.77	1.74	1.69	1.18	0.83	0.56	0.31	0.10	0.02	0.02
Inflación diciembre-diciembre	4.00	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60
Crecimiento real de los salarios de cotización	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40	1.40
Otros ingresos											
Crecimiento de asegurados trabajadores permanentes	1.79	1.77	1.74	1.69	1.18	0.83	0.56	0.31	0.10	0.02	0.02
Inflación diciembre-diciembre	4.00	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60
Tasa de interés nominal (promedio)	5.80	6.00	7.23	7.23	7.23	7.23	7.23	7.23	7.23	7.23	7.23
Gastos											
Servicios de personal											
Carrera salarial trabajadores del IMSS (crecimiento real)	1.39	1.39	1.39	1.39	1.39	1.39	1.39	1.39	1.39	1.39	1.39
Crecimiento real de los salarios de trabajadores del IMSS	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Número de jubilaciones de trabajadores del IMSS	10,303	10,348	11,161	12,668	14,990	8,901	9,191	3,004	516	48	4
Tasa de crecimiento de nuevas plazas de trabajadores del IMSS	2.41	0.37	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50
Inflación de la nómina (octubre-octubre)	4.26	3.95	3.79	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60
Materiales, suministros y servicios generales[1/]											
Crecimiento de asegurados trabajadores permanentes	1.79	1.77	1.74	1.69	1.18	0.83	0.56	0.31	0.10	0.02	0.02
Inflación diciembre-diciembre	4.00	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60	3.60
Prestaciones económicas, sin RJP, corto plazo[2/]											
Crecimiento real de los salarios de cotización	1.40	1.40									
Inflación diciembre-diciembre	4.00	3.60									
Prestaciones económicas, sin RJP, largo plazo[2/]			Resultados de las valuaciones actuariales, 2014-2050								
RJP			Resultados de las valuaciones actuariales, 2014-2050								

[1/] Incluye el gasto en guarderías y en conservación.
[2/] Incluye subsidios y ayudas.
Fuente: DF, IMSS.

estima alcanzará en 2013 y 2035, respectivamente, o bien, que se mantuviera en un promedio de 17.3 por ciento en todo ese periodo, lo cual se ilustra en la gráfica VI.3.

El análisis anterior, visto desde el ángulo del salario, indica que de mantenerse el esquema de contribución actual del SEM durante los 40 años de proyección, la única forma en que ese seguro podría mantener un equilibrio entre sus ingresos y sus gastos sería que el SBC-E se hubiera ubicado en 347.5 pesos diarios en 2011 y aumentara hasta 732.6 pesos en 2050 (con un promedio en el periodo de 532.9 pesos). Estas cantidades equivalen a 5.8 y 10.1 veces el salario

Cuadro VI.4.
Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 de ingresos, gastos y déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Total
(millones de pesos de 2011)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos												
Cuotas obrero-patronales	103,043	106,388	109,542	112,920	116,342	132,997	149,247	165,259	180,621	195,303	209,577	224,805
Aportaciones del Gobierno Federal	49,028	49,982	50,828	51,761	52,686	56,631	59,699	62,058	63,642	64,542	64,940	65,313
Otros[1/]	1,588	1,346	1,228	1,217	1,053	1,305	1,581	1,883	2,220	2,629	3,101	3,641
Ingresos totales	**153,659**	**157,716**	**161,598**	**165,897**	**170,080**	**190,932**	**210,527**	**229,200**	**246,483**	**262,474**	**277,617**	**293,760**
Gastos												
Corriente[2/]	192,336	199,452	205,547	213,173	220,893	266,388	307,358	348,459	387,466	417,303	444,021	470,284
Prestaciones económicas[3/]	6,768	6,989	7,200	7,428	7,659	8,783	9,877	10,954	11,984	12,965	13,917	14,933
Inversión física	7,267	4,707	2,840	2,889	2,938	3,143	3,297	3,411	3,481	3,513	3,518	3,521
Otros[4/]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	**206,371**	**211,149**	**215,587**	**223,490**	**231,490**	**278,313**	**320,532**	**362,823**	**402,931**	**433,782**	**461,456**	**488,738**
Resultado financiero	**-52,712**	**-53,433**	**-53,989**	**-57,593**	**-61,409**	**-87,381**	**-110,005**	**-133,623**	**-156,449**	**-171,309**	**-183,839**	**-194,978**
Primas (en % del SBC)[5/]												
De contribución (PC)	12.0	11.9	11.9	11.8	11.8	11.6	11.4	11.2	11.0	10.8	10.6	10.5
De reparto (PR)	16.2	16.1	16.0	16.0	16.1	17.0	17.4	17.8	18.1	18.0	17.9	17.6
Media nivelada (PMN)	17.3	17.3	17.3	17.3	17.3	17.3	17.3	17.3	17.3	17.3	17.3	17.3
Diferencia (PMN-PC)	5.4	5.4	5.5	5.5	5.5	5.8	6.0	6.2	6.4	6.5	6.7	6.9
Salario base de cotización diario												
De contribución	256.0	259.7	262.8	266.2	269.7	288.3	308.3	330.0	353.4	378.7	405.8	434.9
De contribución en veces el SMGDF[6/]	4.3	4.3	4.3	4.4	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2	5.5	5.7	6.0
De equilibrio	347.5	350.7	353.2	361.3	369.4	423.1	473.0	526.8	583.0	632.1	682.1	732.6
De equilibrio en veces el SMGDF[6/]	5.8	5.8	5.8	6.0	6.1	6.8	7.4	8.0	8.6	9.1	9.6	10.1
Diferencia en veces el SMGDF[6/]	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	2.2	2.6	3.0	3.4	3.7	3.9	4.1

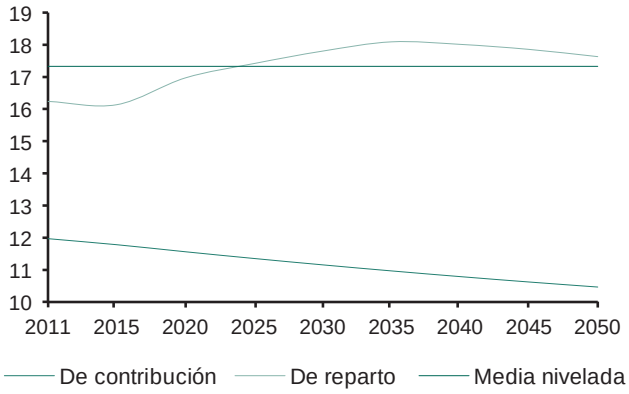
[1/] Incluye los siguientes conceptos: aportación de los trabajadores del IMSS al fondo de jubilación; intereses moratorios; comisiones por servicios a Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) y al Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT); adeudos del Gobierno Federal; ingresos de tiendas y centros vacacionales, y productos financieros de las reservas.
[2/] Incluye los siguientes conceptos: servicios de personal; RJP; materiales y suministros, y servicios generales.
[3/] Incluye los siguientes conceptos: sumas aseguradas; subsidios y ayudas; pensiones temporales y provisionales; indemnizaciones y laudos.
[4/] Incluye los siguientes conceptos: operaciones ajenas (erogaciones recuperables) e intereses financieros por cobrar.
[5/] Para la estimación de las PC, PR y PMN se consideran únicamente los ingresos por COP.
[6/] Salario mínimo general en el Distrito Federal.
Fuente: DF, IMSS.

mínimo general en el Distrito Federal (SMGDF) y contrastan con el SBC estimado para 2011, que es de 256 pesos, equivalente a 4.3 veces el SMGDF, así como con el estimado para el año 2050 que es de 434.9 pesos, equivalente a 6 veces el SMGDF. De acuerdo con esas estimaciones, la diferencia entre el SBC y el SBC-E que inicia en 1.5 veces el SMGDF en 2010 aumentaría a 3 veces en 2030 y alcanzaría un valor máximo de 4.1 veces en 2050, situación que se muestra en la gráfica VI.4.

VI.3.2. Asegurados

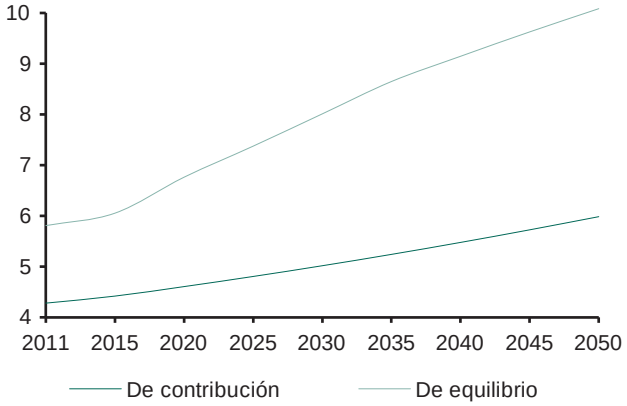
En el presente año 2011 se espera que el SEM-A capte alrededor de 133.2 mil millones de pesos por COP y AGF, lo cual representará 98.9 por ciento de los ingresos totales de esta cobertura. Por su parte, los gastos de esta cobertura se estiman para este año 2011 en 161 mil millones de pesos, de manera que se espera un déficit financiero de más de 26 mil millones de pesos, como se muestra en el cuadro VI.5.

Gráfica VI.3.
Primas de contribución, de reparto y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Total, 2011-2050
(porcentajes del salario base de cotización)



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VI.4.
Salario base de cotización y de equilibrio del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Total, 2011-2050
(número de veces el salario mínimo general vigente del Distrito Federal)



Fuente: DF, IMSS.

Por otro lado, la PC estimada de esta cobertura en 2011 es de 10.5 por ciento respecto al SBC[93]; sin embargo, se espera que ésta disminuya paulatinamente durante el periodo de proyección hasta alcanzar un nivel de 9 por ciento en 2050. Esta disminución obedece a la forma como está estructurado el esquema de financiamiento de la cobertura, así como a las hipótesis que se manejan para proyectar sus ingresos, mismas que están en concordancia con el comportamiento observado, y son las siguientes: i) crecimiento real del SMGDF de 0.5 por ciento en promedio, y ii) crecimiento real del SBC de 1.4 por ciento.

Para todo el periodo de proyección, la PMN requerida es de 11.4 por ciento respecto al SBC, mientras que la PR se estima entre 12.7 y 9.8 por ciento respecto al SBC, como se muestra en la gráfica VI.5.

Por su parte, el SBC-E se estima en 309.5 pesos diarios en 2011, equivalentes a 5.2 veces el SMGVDF, lo cual supera en 0.9 veces el SMGVDF al salario con el que se está cotizando en la cobertura que se analiza. La gráfica VI.6 muestra que de acuerdo con las proyecciones realizadas con las hipótesis aludidas anteriormente, la brecha entre el SBC y el SBC-E es muy amplia en el periodo 2010-2030 y posteriormente va disminuyendo, de manera que al final del periodo se estima en 0.5 veces el SMGDF.

[93] El SEM-A tiene establecido en la LSS un esquema de financiamiento para las prestaciones en especie y en dinero integrado por varios componentes.
Componentes del esquema de financiamiento de las prestaciones en especie: i) una cuota fija patronal de 20.4 por ciento de un SMGVDF en julio de 1997; ii) una COP de 1.5 por ciento aplicable a la diferencia del SBC menos tres SMGVDF, y iii) una cuota fija a cargo del Gobierno Federal de 13.9 por ciento de un SMGVDF en julio de 1997, la cual, desde esa fecha, se ha ido indexando trimestralmente con la inflación.
Componentes del esquema de financiamiento de las prestaciones en dinero: una prima de 1 por ciento del SBC, de la cual los patrones cubren 0.7 por ciento, los trabajadores 0.25 por ciento y el Gobierno Federal 0.05 por ciento.
En consecuencia, el esquema de financiamiento del SEM-A, en la parte de prestaciones en especie, que es la de mayor peso en esta cobertura, no está basado en una PC en porcentaje del SBC como sucede con el SIV, SRT, SGPS y GMP. Por ello, para poder determinar la PC del SEM-A, sus COP se expresan en porcentaje del SBC dividiéndolas entre las COP del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) que representan 1 por ciento de la masa salarial.

Cuadro VI.5.
Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 de ingresos, gastos y déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados
(millones de pesos de 2011)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos												
Cuotas obrero-patronales	85,203	87,969	90,577	93,369	96,199	109,970	123,408	136,647	149,350	161,489	173,292	185,884
Aportaciones del Gobierno Federal	48,036	48,971	49,800	50,714	51,620	55,486	58,491	60,803	62,355	63,236	63,626	63,992
Otros[1/]	1,418	1,202	1,096	1,086	940	1,165	1,411	1,681	1,982	2,348	2,768	3,251
Ingresos totales	**134,657**	**138,141**	**141,473**	**145,170**	**148,759**	**166,621**	**183,310**	**199,131**	**213,686**	**227,073**	**239,687**	**253,127**
Gastos												
Corriente[2/]	147,023	152,477	157,147	161,310	165,427	189,203	205,547	220,840	227,449	231,715	239,494	253,955
Prestaciones económicas[3/]	6,768	6,989	7,200	7,428	7,659	8,783	9,877	10,954	11,984	12,965	13,917	14,933
Inversión física	7,267	4,707	2,840	2,889	2,938	3,143	3,297	3,411	3,481	3,513	3,518	3,521
Otros[4/]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	**161,058**	**164,173**	**167,187**	**171,627**	**176,024**	**201,128**	**218,721**	**235,204**	**242,914**	**248,193**	**256,929**	**272,409**
Resultado financiero	**-26,401**	**-26,032**	**-25,714**	**-26,457**	**-27,265**	**-34,507**	**-35,411**	**-36,073**	**-29,228**	**-21,121**	**-17,243**	**-19,282**
Primas (en % del SBC)[5/]												
De contribución (PC)	10.5	10.4	10.4	10.3	10.3	10.1	9.9	9.7	9.5	9.3	9.2	9.0
De reparto (PR)	12.7	12.5	12.4	12.3	12.3	12.3	11.9	11.5	10.9	10.3	9.9	9.8
Media nivelada (PMN)	11.4	11.4	11.4	11.4	11.4	11.4	11.4	11.4	11.4	11.4	11.4	11.4
Diferencia (PMN-PC)	0.92	0.97	1.02	1.06	1.10	1.32	1.52	1.72	1.90	2.08	2.24	2.39
Salario base de cotización diario												
De contribución	256.0	259.7	262.8	266.2	269.7	288.3	308.3	330.0	353.4	378.7	405.8	434.9
De contribución en veces el SMGDF[6/]	4.3	4.3	4.3	4.4	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2	5.5	5.7	6.0
De equilibrio	309.5	311.4	312.9	317.1	321.2	350.4	370.8	393.1	405.5	418.2	440.1	474.1
De equilibrio en veces el SMGDF[6/]	5.2	5.2	5.2	5.2	5.3	5.6	5.8	6.0	6.0	6.0	6.2	6.5
Diferencia en veces el SMGDF[6/]	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	1.0	1.0	1.0	0.8	0.6	0.5	0.5

[1/] Incluye los siguientes conceptos: aportación de los trabajadores del IMSS al fondo de jubilación; intereses moratorios; comisiones por servicios a AFORE e INFONAVIT; adeudos del Gobierno Federal; ingresos de tiendas y centros vacacionales, y productos financieros de las reservas.

[2/] Incluye los siguientes conceptos: servicios de personal; RJP; materiales y suministros, y servicios generales.

[3/] Incluye los siguientes conceptos: sumas aseguradas; subsidios y ayudas; pensiones temporales y provisionales; indemnizaciones y laudos.

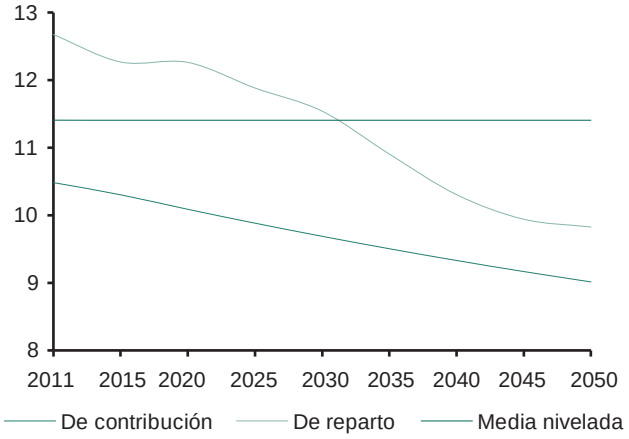
[4/] Incluye los siguientes conceptos: operaciones ajenas (erogaciones recuperables) e intereses financieros por cobrar.

[5/] Para la estimación de las PC, PR y PMN se consideran únicamente los ingresos por COP.

[6/] Salario mínimo general en el Distrito Federal.

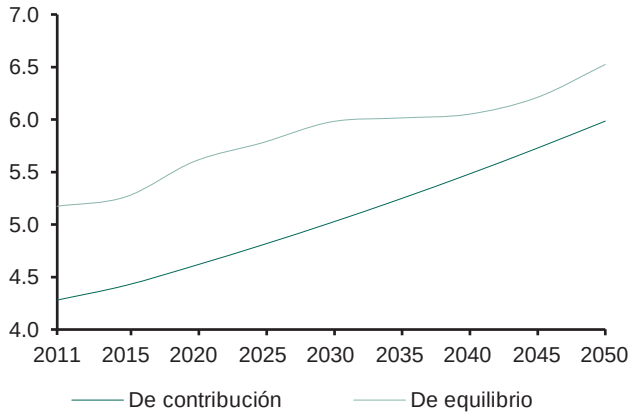
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VI.5.
Primas de contribución, de reparto y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, 2011-2050
(porcentajes del salario base de cotización)



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VI.6.
Salario base de cotización y de equilibrio del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, 2011-2050
(número de veces el salario mínimo general vigente del Distrito Federal)



Fuente: DF, IMSS.

VI.3.3. Gastos Médicos de Pensionados

En términos relativos, el déficit que observa la cobertura de GMP es uno de los más altos, ya que en 2011 representaría 139.7 por ciento de los ingresos por COP y AGF de la cobertura y, de acuerdo con las proyecciones realizadas, podría llegar a representar 436.6 por ciento en el 2050, como se observa en el cuadro VI.6.

Por su parte, la gráfica VI.7 muestra que la PC de 1.5 por ciento del SBC que establece la LSS para el financiamiento de GMP es insuficiente para respaldar sus gastos, pues representa sólo 25 por ciento de la PMN del periodo analizado, misma que se calcula en 5.9 por ciento del SBC[94]. Asimismo, se observa que el nivel máximo de la PR se alcanzará en el penúltimo quinquenio proyectado, lapso en el que se ubicará en 7.9 por ciento del SBC.

El SBC se estima que pasará entre 2011 y 2050 de 4.3 a 6 veces el SMGVDF; mientras que para ese mismo periodo se calcula que el SBC-E tendría que aumentar de 10.3 a 31.8 veces el SMGVDF; es decir, la diferencia entre el SBC y el SBC-E es de 6 veces el SMGVDF en 2011 y de 26.2 veces el SMGVDF en 2050. Esto se muestra en la gráfica VI.8.

VI.3.4. Resumen

En el cuadro VI.7 se muestra el déficit financiero que se estima se podría registrar en los próximos 40 años en el SEM-Total y en cada una de sus coberturas. Como se observa, se calcula que el déficit medido en flujo anual crecería en términos reales a un ritmo promedio de 3.4 por ciento por año, hasta llegar en 2050 a 194,978 millones de pesos. En valor presente dicho déficit ascendería a 2.5 billones de pesos en el periodo de proyección 2011-2050.

Para que el SEM-Total y sus dos coberturas pudieran registrar equilibrio financiero durante el lapso analizado, se requeriría que la PC o el SBC actuales se incrementaran sustancialmente a los niveles que se indican en el cuadro VI.8.

[94] Como se mencionó anteriormente, la PMN a la que aquí se hace referencia no es comparable con la que se obtiene de la valuación actuarial de GMP, debido a que las metodologías de cálculo son distintas.

Cuadro VI.6.
Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 de ingresos, gastos y déficit de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
(millones de pesos de 2011)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos												
Cuotas obrero-patronales	17,840	18,419	18,965	19,550	20,143	23,026	25,840	28,612	31,272	33,813	36,285	38,921
Aportaciones del Gobierno Federal	992	1,011	1,028	1,047	1,066	1,146	1,208	1,255	1,287	1,306	1,314	1,321
Otros[1/]	170	144	132	130	113	140	169	202	238	282	332	390
Ingresos totales	**19,002**	**19,575**	**20,125**	**20,728**	**21,321**	**24,311**	**27,217**	**30,069**	**32,797**	**35,401**	**37,930**	**40,633**
Gastos												
Corriente[2/]	45,313	46,976	48,400	51,863	55,466	77,185	101,811	127,619	160,017	185,589	204,527	216,329
Prestaciones económicas[3/]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inversión física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros[4/]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	**45,313**	**46,976**	**48,400**	**51,863**	**55,466**	**77,185**	**101,811**	**127,619**	**160,017**	**185,589**	**204,527**	**216,329**
Resultado financiero	**-26,311**	**-27,401**	**-28,275**	**-31,135**	**-34,144**	**-52,873**	**-74,594**	**-97,550**	**-127,220**	**-150,188**	**-166,597**	**-175,696**
Primas (en % del SBC)[5/]												
De contribución (PC)	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
De reparto (PR)	3.6	3.6	3.6	3.7	3.9	4.7	5.5	6.3	7.2	7.7	7.9	7.8
Media nivelada (PMN)	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9
Diferencia (PMN-PC)	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5
Salario base de cotización diario												
De contribución	256.0	259.7	262.8	266.2	269.7	288.3	308.3	330.0	353.4	378.7	405.8	434.9
De contribución en veces el SMGDF[6/]	4.3	4.3	4.3	4.4	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2	5.5	5.7	6.0
De equilibrio	616.1	627.9	636.1	670.4	705.5	920.5	1,160.7	1,410.2	1,737.0	2,001.1	2,207.5	2,337.8
De equilibrio en veces el SMGDF[6/]	10.3	10.4	10.5	11.0	11.6	14.7	18.1	21.4	25.8	28.9	31.1	32.2
Diferencia en veces el SMGDF[6/]	6.0	6.1	6.2	6.7	7.1	10.1	13.3	16.4	20.5	23.5	25.4	26.2

[1/] Incluye los siguientes conceptos: aportación de los trabajadores del IMSS al fondo de jubilación; intereses moratorios; comisiones por servicios a AFORE e INFONAVIT; adeudos del Gobierno Federal; ingresos de tiendas y centros vacacionales, y productos financieros de las reservas.

[2/] Incluye los siguientes conceptos: servicios de personal; RJP; materiales y suministros, y servicios generales.

[3/] Incluye los siguientes conceptos: sumas aseguradas; subsidios y ayudas; pensiones temporales y provisionales; indemnizaciones y laudos.

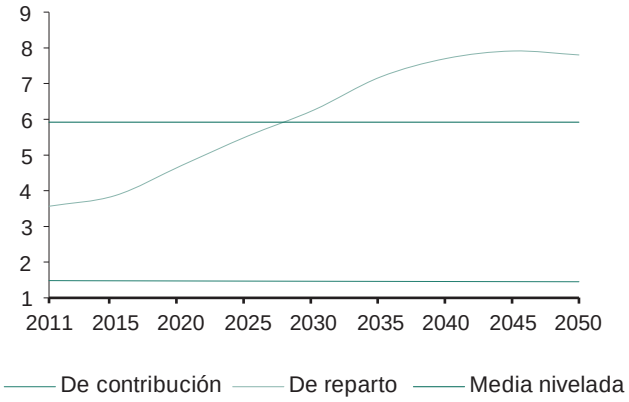
[4/] Incluye los siguientes conceptos: operaciones ajenas (erogaciones recuperables) e intereses financieros por cobrar.

[5/] Para la estimación de las PC, PR y PMN se consideran únicamente los ingresos por COP.

[6/] Salario mínimo general en el Distrito Federal.

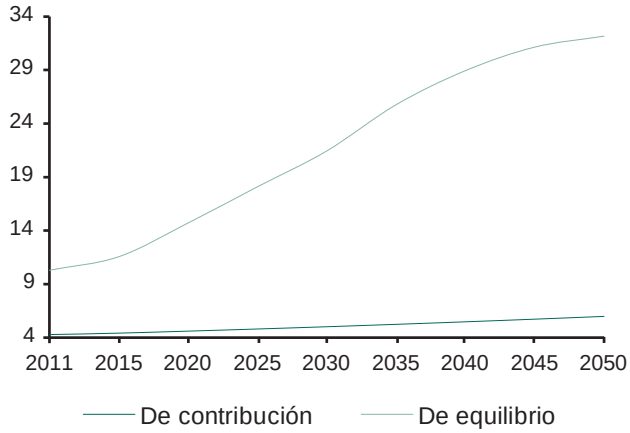
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VI.7.
Primas de contribución, de reparto y media nivelada de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, 2011-2050
(porcentajes del salario base de cotización)



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VI.8.
Salario base de cotización y de equilibrio de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, 2011-2050
(número de veces el salario mínimo general vigente del Distrito Federal)



Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VI.7.
Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 del déficit financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de sus coberturas
(millones de pesos de 2011)

Año	SEM-Asegurados	GMP	SEM-Total
2011	26,401	26,311	52,712
2012	26,032	27,401	53,433
2013	25,714	28,275	53,989
2014	26,457	31,135	57,593
2015	27,265	34,144	61,409
2020	34,507	52,873	87,381
2025	35,411	74,594	110,005
2030	36,073	97,550	133,623
2035	29,228	127,220	156,449
2040	21,121	150,188	171,309
2045	17,243	166,597	183,839
2050	19,282	175,696	194,978
Promedio anual 2011-2050	**27,596**	**102,497**	**130,092**
Valor presente[1/]			
10 años	246,263	312,871	559,133
20 años	461,580	776,649	1,238,229
30 años	586,319	1,326,538	1,912,857
40 años	641,064	1,836,431	2,477,494

[1/] Calculado con una tasa de descuento de 3.5 por ciento real.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VI.8.
Incremento necesario en la prima de contribución o en el salario base de cotización para obtener equilibrio financiero en el Seguro de Enfermedades y Maternidad y sus coberturas

Seguro-Cobertura	Prima		Incremento necesario en la PC PMN/PC-1 (%)	Salario base 2011		Incremento necesario en el SBC SE/SBC-1 (%)
	De contribución 2011 (PC)	Media nivelada (PMN)		De cotización (SBC)	De equilibrio (SE)	
	(a)	(b)	(c)=(b)/(a)-1	(d)	(e)	(f)=(e)/(d)-1
SEM-Total	12.0	17.3	44.8	256.0	347.5	35.7
SEM-Asegurados	10.5	11.4	8.8	256.0	309.5	20.9
GMP	1.5	5.9	299.5	256.0	616.1	140.6

Fuente: DF, IMSS.

VI.4. Resultados de la valuación actuarial de Gastos Médicos de Pensionados

Por lo que respecta a la valuación actuarial de GMP, su objetivo es determinar si los ingresos por cuotas que se estima que recibirá esa cobertura en el corto, mediano y largo plazos serán suficientes para hacer frente a los pasivos que se generarán por las prestaciones médicas que conforme a la Ley habrán de proporcionarse 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 la pensión, y de no ser así, determinar la prima nivelada que permita equilibrar los ingresos con los gastos esperados.

En la valuación de GMP se consideran dos grupos de pensionados: i) todos los pensionados vigentes a diciembre de 2010, y ii) los nuevos pensionados que se generarán en el SRT, SIV y SRCV, los cuales provendrán tanto de los trabajadores asegurados del IMSS (trabajadores IMSS) y de los trabajadores de empresas afiliadas al IMSS (trabajadores no IMSS) que se retirarán de la vida laboral una vez que cumplan con los requisitos para tener derecho a una pensión, como de los pensionados IMSS y pensionados no IMSS que lleguen a fallecer y cuya muerte generará pensiones derivadas de viudez, orfandad y ascendencia.

Los pensionados vigentes al 31 de diciembre de 2010, aludidos en el inciso i) del párrafo anterior, se integran de la siguiente forma:

- Pensionados del SRT y del Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (SIVCM)[95], que se encuentran en curso de pago bajo la Ley de 1973 y que representan 90 por ciento de los pensionados vigentes;
- Pensionados del SRT y del SIV con renta vitalicia otorgada bajo la Ley de 1997;
- Pensionados provisionales del SRT y temporales del SIV, y
- Ex trabajadores del IMSS, pensionados bajo el RJP, mismo que se aborda en el Capítulo X.

Para el caso de la valuación actuarial 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; ii) bases biométricas de entrada a pensión, y iii) bases biométricas de sobrevivencia de pensionados correspondientes al capital mínimo de garantía (CMG). Al igual que en las valuaciones actuariales del SRT y del SIV, la valuación actuarial de GMP se realiza por sexo y además se separa para los trabajadores IMSS y los trabajadores no IMSS, con el propósito de mejorar la estimación del gasto, así como

[95] El SIVCM corresponde a la LSS de 1973, cuyos pasivos por pensiones están a cargo del Gobierno Federal, de acuerdo con el Artículo Duodécimo Transitorio de la LSS de 1997.

de identificar el nivel de las obligaciones que tiene el Instituto en su carácter de asegurador hacia los trabajadores IMSS[96].

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, la cual es la tasa recomendada por el despacho externo que audita la valuación financiera y actuarial del IMSS[97].

Cabe señalar que la valuación actuarial de GMP es la más problemática desde un punto de vista metodológico, en virtud de que no se dispone de bases generalmente aceptadas para adoptar los supuestos necesarios para proyectar los gastos médicos. De hecho, en el largo plazo pueden darse cambios significativos en la tecnología farmacéutica y hospitalaria e incluso en la morbilidad, que pueden afectar de manera importante cualquier proyección. No obstante, se ha considerado necesario hacer la valuación de esta cobertura 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 de GMP.

VI.4.1. Proyecciones demográficas

En el cuadro VI.9 se muestra el número de pensionados vigentes al final de cada año de proyección (columna b), así como el número de asegurados de donde se generan dichos pensionados (columna a) y la relación de asegurados por pensionado que permite tener una idea del número de asegurados que está financiando el gasto médico de cada pensionado (columna c)[98].

Cabe resaltar que la relación de asegurados por pensionado está determinada 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 la cobertura 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 esta cobertura de aseguramiento, además del derivado de la transición demográfica y epidemiológica.

De acuerdo con la proyección demográfica, la relación de asegurados por pensionado en el primer año de proyección es de 4.6; para el año 2030 se estima que dicha relación será de 2.4 a 1, y hacia el 2060 se llegará a una relación de 1 a 1. De ahí en adelante se mantiene una relación entre 0.9 y 0.8 asegurados por cada pensionado.

Otro aspecto que se destaca en el cuadro VI.9 es el crecimiento acelerado del número de pensionados, el cual se incrementa en promedio 2 por ciento anual, en tanto que los asegurados totales crecen a una tasa promedio anual de 0.2 por ciento.

[96] El Anexo E incluye más detalles sobre los supuestos de la valuación actuarial de GMP.

[97] Ver más adelante un análisis de sensibilidad de la tasa de crecimiento real anual del costo unitario de la atención médica por pensionado.

[98] Aunque los pensionados que se reportan en el cuadro provienen de tres poblaciones de asegurados (SRT, SIV y Trabajadores IMSS), para calcular la relación de asegurados se toma como base la población de asegurados del SIV.

Cuadro VI.9.
Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, al 31 de diciembre de 2010

Año de proyección	No. de asegurados del SIV (a)	No. de pensionados vigentes al final de cada año de proyección (b)	Relación de número de asegurados por pensionado (c)=(a)/(b)
2011	14,949,829	3,221,934	4.6
2012	15,214,945	3,407,800	4.5
2013	15,479,354	3,600,267	4.3
2014	15,740,806	3,789,176	4.2
2015	15,990,017	3,984,637	4.0
2020	17,025,839	4,981,236	3.4
2025	17,810,067	6,137,924	2.9
2030	18,367,912	7,568,187	2.4
2035	18,701,706	9,380,098	2.0
2040	18,835,106	11,384,643	1.7
2045	18,852,284	13,687,718	1.4
2050	18,869,478	15,891,009	1.2
2055	18,886,685	17,640,742	1.1
2060	18,903,906	18,953,646	1.0
2065	18,921,142	19,988,027	0.9
2070	18,938,392	20,873,103	0.9
2075	18,955,656	21,641,786	0.9
2080	18,972,933	22,286,799	0.9
2085	18,990,226	22,726,865	0.8
2090	19,007,532	23,016,346	0.8
2095	19,024,852	23,139,938	0.8
2100	19,042,186	23,169,068	0.8
2105	19,059,534	23,246,561	0.8
2110	18,569,759	23,415,166	0.8

Fuente: DF, IMSS.

VI.4.2. Proyecciones financieras

En el cuadro VI.10 se muestran los principales resultados financieros de GMP. De los resultados se destaca que la prima nivelada de gasto en el periodo de 50 años es de 15.03 por ciento del SBC y para el periodo de 100 años la prima nivelada de gasto es de 32.20 por ciento del SBC (columna c).

El aumento de la prima de gasto en el periodo de proyección se debe al efecto combinado de tres factores: i) el incremento anual del costo unitario médico por edad en términos reales[99]; ii) el incremento anual de la relación de pensionados y jubilados con respecto a los trabajadores activos, y iii) la aplicación de las nuevas probabilidades de sobrevivencia del nuevo esquema para el cálculo de las pensiones, las cuales consideran, en el caso de los no inválidos, un incremento anual de la esperanza de vida de los

[99] Es importante destacar que los costos unitarios médicos por edad, a partir de los cuales se hace la proyección de la erogación de GMP, aplicándoles la tasa de crecimiento real de 2.5 por ciento y multiplicándolos por el número de pensionados por edad, provienen de una tabla de costos utilizada en el sector privado. Por esa razón, el Instituto está llevando a cabo un proyecto para determinar los costos unitarios médicos por edad con base en sus propias estadísticas de población y uso de servicios. Se espera concluir el proyecto en el curso de 2011, con objeto de aplicar los costos que se obtengan en la valuación actuarial de GMP al 31 de diciembre de 2011, e informar sobre los resultados en el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2011-2012.

Cuadro VI.10.
Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, al 31 de diciembre de 2010
(millones de pesos de 2010)

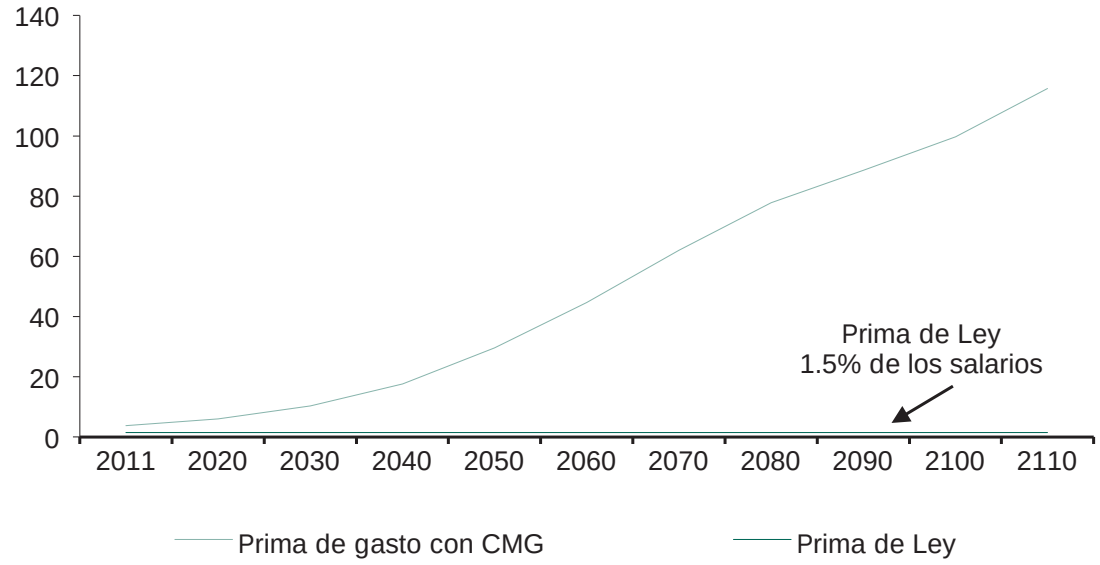
Año de proyección	Volumen de salarios (a)	Gastos médicos (b)	Prima de gasto anual (c)=(b)/(a)
2011	1,323,653	50,148	3.79
2012	1,375,503	55,048	4.00
2013	1,428,847	60,309	4.22
2014	1,481,901	65,879	4.45
2015	1,534,526	72,014	4.69
2020	1,786,707	108,464	6.07
2025	2,016,797	158,771	7.87
2030	2,229,846	229,134	10.28
2035	2,422,920	328,134	13.54
2040	2,615,657	462,283	17.67
2045	2,793,058	644,869	23.09
2050	2,997,667	886,174	29.56
2055	3,239,068	1,190,636	36.76
2060	3,491,932	1,557,708	44.61
2065	3,749,742	1,990,658	53.09
2070	4,010,704	2,484,211	61.94
2075	4,283,305	3,015,930	70.41
2080	4,577,782	3,561,708	77.80
2085	4,903,688	4,101,493	83.64
2090	5,262,187	4,657,262	88.50
2095	5,663,863	5,296,022	93.51
2100	6,098,517	6,078,071	99.66
2105	6,544,889	7,015,643	107.19
2110	7,005,391	8,104,641	115.69
50 años			**Prima nivelada**
Valor presente	50,081,143	7,529,172	15.03
100 años			
Valor presente	69,393,251	22,342,480	32.20

Fuente: DF, IMSS.

pensionados para el periodo 2010 a 2050, basado en la aplicación de tasas de mejora en las probabilidades de sobrevivencia. En consecuencia, cada año será necesario destinar un mayor porcentaje de la masa salarial de los trabajadores en activo para cubrir las obligaciones 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 de ingreso establecida en la Ley para GMP es de 1.5 por ciento de los salarios de cotización, en la gráfica VI.9 se observa el grado de desfinanciamiento que ya tiene esta cobertura y que aumentará con el tiempo.

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) y considerando las probabilidades de sobrevivencia de CMG, que es la opción más costosa, indican que el valor presente del déficit que podría generarse en esta cobertura en los próximos 50 años (el cual es equivalente al valor monetario de la diferencia entre la prima de ingreso y la prima de gasto estimada) sería de 7’529,172 millones de pesos de 2010 (cuadro VI.11).

Gráfica VI.9.
Comportamiento de la prima de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
(porcentajes de la masa salarial)



Fuente: DF, IMSS.

Este resultado es sensible al supuesto de la tasa de crecimiento real anual de los costos unitarios médicos por edad que, como se indicó, es de 2.5 por ciento real anual. 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 LSS es notoriamente insuficiente y que, de mantenerse sin cambio, el déficit acumulado en los próximos 50 años será no sólo sustancialmente elevado sino insostenible.

Incluso 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 5'036,312 millones de pesos de 2010, cifra equivalente a 38.3 por ciento del PIB de ese año (cuadro VI.11).

Debe reiterarse que las tasas de crecimiento de los gastos médicos consideradas para la valuación 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 7 por ciento en el periodo 1996-2005, o con relación a la de países europeos, que ha rebasado 5 por ciento de crecimiento real. Con ello queda de manifiesto que en el corto plazo habrá que diseñar y aplicar nuevos esquemas de financiamiento para GMP.

Cuadro VI.11.
Valor presente del déficit de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
(millones de pesos de 2010)

Hipótesis de incremento real anual del costo unitario	Valor presente para el periodo de 50 años	Porcentaje del PIB de 2010[1/]
1.5%	5,036,312	38.3
2.0%	6,061,831	46.1
2.5%	7,529,172	57.3

[1/] El PIB de 2010 asciende a 13'173,172 millones de pesos.
Fuente: DF, IMSS.

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 Programas Integrados de Salud (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. Ante tal incertidumbre, es fundamental explorar estrategias que fortalezcan financieramente al GMP.

VI.4.3. Balance actuarial

En resumen, es evidente que la cobertura de GMP presenta una situación financiera insostenible con la prima de ingreso 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 esta cobertura que se muestra en el cuadro VI.12.

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 rubro, es claro que hay un sustancial y creciente déficit financiero. El cuadro VI.13 muestra las tasas resultantes con probabilidades de CMG.

Por lo tanto, con una tasa de crecimiento real del gasto por pensionado de 1.5 por ciento, que sería muy baja en una comparación internacional, se requeriría que la prima de financiamiento para un periodo de 50 años de proyección fuera de 10.06 por ciento. Por tanto, de darse un crecimiento de 2 por ciento real anual en el gasto, la prima de financiamiento requerida sería de 12.10 puntos porcentuales.

Cuadro VI.12.
Balance actuarial a 100 años de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, al 31 de diciembre de 2010
(millones de pesos)

Activo			Pasivo		
		VPSF[1/] (%)			**VPSF[1/] (%)**
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2010 (1)[2/]	517	0.001%	**Pensionados del SIV[4/]**		
			Pensiones directas (6)	13,897,791	20.028%
			Pensiones derivadas (7)	5,099,897	7.349%
			Subtotal (8)=(6)+(7)	18,997,688	27.377%
Aportaciones futuras Asegurados (2)[3/]	1,040,899	1.500%	**Pensionados del SRT[5/]**		
			Pensiones directas (9)	193,838	0.279%
			Pensiones derivadas (10)	234,806	0.338%
			Subtotal (11)=(9)+(10)	428,644	0.618%
			Pensionados ex trabajadores IMSS[6/]		
			Pensiones directas (12)	2,523,774	3.637%
			Pensiones derivadas (13)	392,373	0.565%
Subtotal (3)=(1)+(2)	1,041,416	1.501%	Subtotal (14)=(12)+(13)	2,916,148	4.202%
			Subtotal pensiones directas (15)=(6)+(9)+(12)	16,615,404	23.944%
Nivel de desfinanciamiento (4)=(17)-(3)	21,301,064	30.696%	Subtotal pensiones derivadas (16)=(7)+(10)+(13)	5,727,076	8.253%
Total (5)=(3)+(4)	**22,342,480**	**32.197%**	**Total (17)=(15)+(16)**	**22,342,480**	**32.197%**

[1/] Valor presente de salarios futuros.
[2/] Reserva de GMP registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2010.
[3/] Valor presente de los ingresos por cuotas que provienen de trabajadores IMSS y trabajadores no IMSS.
[4/] Pasivo del 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 2010, del antiguo SIVCM, así como a los de rentas vitalicias del SIV.
[5/] Pasivo del 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 2010 del SRT bajo la Ley de 1973 y los de rentas vitalicias.
[6/] Pasivo del gasto médico correspondiente a los futuros pensionados 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 2010 del RJP.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VI.13.
Primas de financiamiento requeridas para la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados[1/]
(porcentaje de los salarios)

Proyección	Tasa de crecimiento real de los costos unitarios		
	1.5%	**2.0%**	**2.5%**
50 años	10.06%	12.10%	15.03%
100 años	17.36%	23.16%	32.20%

[1/] 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: DF, IMSS.

VI.5. Opciones de política

El IMSS ha realizado esfuerzos importantes en materia de prevención en salud a través de Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), los cuales se espera que de mediano a largo plazos mejoren la salud de la población derechohabiente y disminuyan el gasto en atención médica. Sin embargo, en los apartados anteriores se ha evidenciado la delicada situación financiera que registra el SEM-Total, y especialmente la cobertura de GMP, así como las expectativas que se vislumbran para este seguro, en el cual se espera que continúe acentuándose su déficit en forma importante, poniendo en riesgo la capacidad del Instituto para seguir proporcionando a la población derechohabiente las prestaciones en especie que demandará en el futuro, con los estándares actuales.

Consciente de esta situación, el IMSS ha evaluado tres opciones de política para aumentar la viabilidad financiera del SEM:

- Proponer al Gobierno Federal que aporte anualmente 50 por ciento del costo estimado de los seis padecimientos siguientes que tienen un alto impacto financiero en el SEM debido al crecimiento acelerado de la población afectada con ellos, así como al crecimiento del costo para su tratamiento: i) diabetes mellitus; ii) insuficiencia renal; iii) cáncer cérvico-uterino; iv) cáncer de mama; v) hipertensión arterial, y vi) virus de inmuno-deficiencia humana/sindrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) (ver análisis de enfermedades crónico-degenerativas en el Capítulo II).

- Proponer al Gobierno Federal que aporte por cada pensionado la cuota fija diaria que aporta actualmente por cada asegurado para financiar las prestaciones en especie del SEM-A.

- Rebalancear la prima del seguro superavitario de Invalidez y Vida (SIV) de manera que éste transfiera a GMP 0.75 puntos porcentuales de su prima, los cuales, como se indicó en el Capítulo V, son susceptibles de disponerse sin afectar el equilibrio financiero del SIV. De esta forma, la prima del SIV que es actualmente de 2.5 por ciento del SBC se reduciría a 1.75 por ciento del SBC, mientras que la prima de GMP aumentaría de 1.5 por ciento del SBC actual a 2.25 por ciento del SBC. Esta transferencia no impactaría la situación financiera global del IMSS ni tampoco la aportación que actualmente hacen los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal.

El efecto financiero que tendría la aplicación de las medidas anteriores se muestra en el cuadro VI.14.

Cuadro VI.14.
Estimación del impacto financiero de las políticas consideradas para dar mayor viabilidad financiera al Seguro de Enfermedades y Maternidad y sus coberturas
(millones de pesos de 2011)

Descripción de la política	Flujo anual promedio derivado de la medida 2012-2016	2012-2050[1/]					
		Beneficios de la medida, en valor presente		Valor presente del déficit global			
			% PIB 2011[2/]	Sin la medida	% PIB 2011[2/]	Con la medida	% PIB 2011[2/]
1. Aportación del Gobierno Federal de 50 por ciento del costo estimado para seis padecimientos de alto impacto financiero para el IMSS[3/]	33,362	1,410,904	10.0	1,881,650	13.3	470,745	3.3
2. Aportación estatal de una cuota fija diaria por pensionado para Gastos Médicos de Pensionados, equivalente a 13.9 del SMGDF de julio de 1997, actualizada trimestralmente con INPC[4/]	12,507	503,161	3.6	1,881,650	13.3	1,378,489	9.7
3. Rebalanceo de la prima entre el Seguro de Invalidez y Vida y el Gasto Médico de los Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad[5/, 6/]	0	0	0	1,881,650	13.3	1,881,650	13.3

[1/] Se asume que los cambios legislativos requeridos para la implementación de las propuestas se efectuarían durante 2011, mientras que las políticas aplicarían a partir de 2012.
[2/] Corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica 2011 (14'140,600 millones de pesos).
[3/] Estos padecimientos son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/Sida.
[4/] Considera a los pensionados de la LSS de 1973, así como a los pensionados de la LSS de 1997 y a los jubilados y pensionados ex trabajadores del IMSS.
[5/] Considera una prima de suficiencia financiera estimada para el SIV de 1.75 por ciento del volumen de salarios, la cual es inferior en 0.75 puntos porcentuales a la establecida en la LSS, por lo que esa diferencia de 0.75 puntos podría transferirse a la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados para su financiamiento.
[6/] Si bien el efecto global es nulo, para el ramo de GMP representa un flujo promedio anual de 10,439 millones de pesos y un valor presente de 297,682 millones de pesos, que equivalen a 2.1 por ciento del PIB.

Capítulo

VII

Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales

El Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) se divide en dos ramos: el ramo de Guarderías y el ramo de Prestaciones Sociales. El primer ramo da derecho tanto a las mujeres trabajadoras aseguradas que tienen hijos de entre 45 días y cuatro años de edad, como a los hombres trabajadores asegurados viudos o divorciados que mantienen la custodia de sus hijos de esas edades, a que durante su jornada de trabajo se proporcione a sus hijos el servicio de guardería[100]. El segundo ramo otorga a trabajadores asegurados, pensionados y sus familiares prestaciones sociales mediante programas de 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.

En este capítulo se analiza la situación financiera del SGPS y se presentan el estado de resultados, así como las proyecciones financieras de corto, mediano y largo plazos, y los resultados de un análisis financiero complementario. En las proyecciones financieras de largo plazo se consideran los resultados financieros consolidados del ramo de Guarderías y del ramo de Prestaciones Sociales con el fin de evaluar conjuntamente al SGPS. El análisis financiero complementario consiste en un análisis de la situación financiera del ramo de Guarderías, del Sistema Nacional de Velatorios (SNV) y de los Centros Vacacionales (CV) que cubre el periodo 2005-2010. Aunque el ramo de Prestaciones Sociales incluye prestaciones adicionales al SNV y los CV, tales como

[100] 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.

los centros de seguridad social, los teatros, etcétera, el análisis se enfoca en los primeros dos dado que tienen mayor peso financiero dentro del ramo referido.

VII.1. Estado de resultados

En el cuadro VII.1 se presentan los estados de ingresos y gastos del SGPS para el ejercicio 2010. Se consideran dos escenarios: con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo (CNP) del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP).

Como se aprecia en el cuadro VII.1, el SGPS tuvo un superávit de operación de 620 millones de pesos bajo el escenario de registro parcial de CNP de las obligaciones laborales del Instituto, mientras que su superávit se transformó en un déficit de 19,192 millones de pesos con el efecto del reconocimiento pleno de estas obligaciones. Bajo ese segundo escenario, los ingresos de 2010 del SGPS fueron de 13,405 millones de pesos y los gastos de 32,597 millones de pesos. Del total de los ingresos de este seguro, 93.5 por ciento proviene de las cuotas obrero-patronales (COP) y las aportaciones del Gobierno Federal (AGF), y el restante 6.5 por ciento de los ingresos por operación propia de los servicios derivados de las prestaciones sociales.

El SGPS ha mostrado déficits de operación durante todos los años del periodo 2006-2010, con la excepción de 2010 (gráfica VII.1). Sin embargo, es el seguro que observa la menor diferencia entre sus ingresos y gastos comparado con los otros seguros deficitarios del Instituto (Seguro de Enfermedades y Maternidad [SEM] y Seguro de Salud para la Familia [SSFAM]).

El excedente neto de ingresos sobre gastos de 2010 es resultado de aplicar en la parte proporcional que le corresponde a este seguro los lineamientos contables para distribuir por ramo de seguro el uso de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) por 614 millones de pesos y de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF) por 337 millones de pesos para apoyar el gasto del Programa de Inversión Física. Estos recursos representaron una fuente de financiamiento de 951 millones de pesos y no un remanente propio de la operación del seguro.

Cuadro VII.1.
Estado de ingresos y gastos del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, al 31 de diciembre de 2010, con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos)

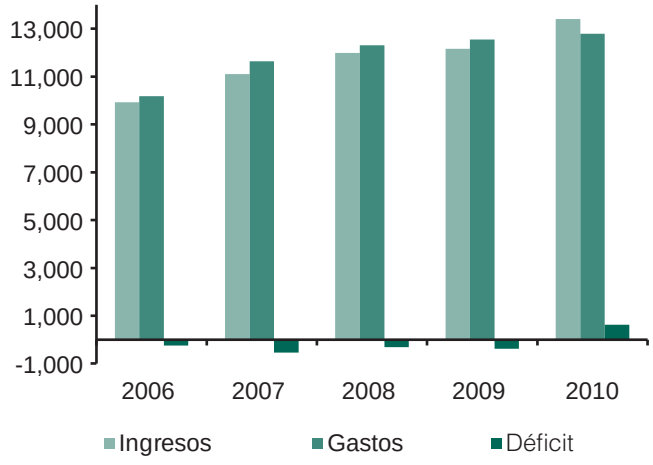
Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro pleno
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales y contribución federal	12,537	12,537
Productos de inversiones y otros ingresos	868	868
Total de ingresos	**13,405**	**13,405**
Gastos		
Servicios de personal	3,561	3,435
Pagos al personal jubilado	1,108	1,108
Costo de obligaciones laborales	281	20,220
Consumo de medicamentos, material de curación y otros	197	197
Mantenimiento	242	242
Servicios generales y subrogación de servicios	7,006	7,006
Prestaciones económicas	-	-
Intereses financieros y actuariales	12	12
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	152	152
Depreciaciones	23	23
Reversión de cuotas obrero-patronales	-	-
Traslado de la depreciación	203	203
Reservas financieras y actuariales	-	-
Total de gastos	**12,785**	**32,597**
Excedente neto de ingresos sobre gastos	**620**	**-19,192**

Fuente: Con registro parcial del CNP: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009; con registro pleno del CNP: Dirección de Finanzas (DF) a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009, y de 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 2010.

VII.2. Proyecciones financieras de corto plazo

A partir de las cifras del estado de resultados 2010 se realizan las proyecciones de corto plazo con y sin el registro pleno del costo laboral del RJP para el periodo 2011-2013[101].

Gráfica VII.1.
Estado de resultados del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2006-2010
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

[101] Las proyecciones de corto plazo sin el registro pleno del costo laboral del RJP difieren con el estado de ingresos y gastos que considera el registro parcial (cuadro VII.1), toda vez que en las primeras se considera el supuesto de que el Gobierno Federal asumirá la totalidad de las obligaciones derivadas de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores.

Los ingresos estimados para 2011, bajo el escenario de registro pleno del CNP del RJP, serán de 13,437 millones de pesos y los gastos totales de 19,232 millones de pesos, con un déficit resultante de 5,795 millones de pesos, como se desprende del cuadro VII.2.

Para el periodo de 2012 y 2013 se prevén ingresos por 14,442 y 15,392 millones de pesos, respectivamente. Los gastos totales ascenderán a 20,445 millones de pesos en 2012 y 20,508 millones de pesos en 2013, por lo que con base en los supuestos reseñados al inicio del capítulo se estima un déficit por 6,003 millones de pesos para el 2012 y de 5,116 millones de pesos para el 2013. La gráfica VII.2 muestra los resultados de operación para los años 2010-2013.

Es importante mencionar que el SGPS disminuye considerablemente sus saldos deficitarios en el escenario en que el Instituto no tuviera que pagar los gastos asociados al RJP; por ejemplo, como se muestra en el cuadro VII.2, los gastos totales para el SGPS en 2011 sumarían 12,741 millones de pesos sin RJP, cifra inferior en 6,491 millones de pesos respecto a los 19,232 millones de pesos que muestra el escenario con RJP. Para 2012 y 2013 la diferencia entre los gastos con y sin el registro pleno del CNP del RJP son 6,876 millones de pesos y 6,142 millones de pesos, respectivamente.

VII.3. Proyecciones financieras de largo plazo

Para medir la viabilidad financiera del SGPS se consideran los siguientes conceptos de salarios y primas que se comentaron en el capítulo anterior: i) salario base de cotización o de contribución (SBC): es el salario con el cual cotizan los trabajadores en cada seguro; ii) salario base de cotización de equilibrio (SBC-E): es el salario con el que tendrían que cotizar los trabajadores afiliados al IMSS para que, bajo los esquemas de contribución actuales, el seguro reflejara equilibrio financiero; iii) prima de contribución (PC): es la aportación que hacen los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal para el financiamiento de cada seguro, expresada como porcentaje del SBC[102]; iv) prima de reparto (PR): es la prima que equilibraría los ingresos y gastos proyectados en cada año, y v) prima media nivelada o de equilibrio (PMN): es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero del seguro durante todo el periodo de proyección evaluado.

La PMN requerida para financiar totalmente este seguro es superior a la actual de 1 por ciento en 12 centésimas de punto porcentual (cuadro VII.3). Para este seguro conviene precisar que la PR que se requeriría en cada año para hacer frente a los gastos estimados variaría hasta en centésimas de punto porcentual, con una disminución progresiva. En 2011 la PR ascendería a 1.14 por ciento, mientras que en 2015 sería de 1.12, e igual a 1.11 por ciento en 2030. En el último año de proyección esta prima supera a la actual en tan solo 2 centésimas, como se aprecia en la gráfica VII.3.

El SBC y el SBC-E que se estiman en este seguro ascienden en 2011 a 268.8 y 306.5 pesos diarios, respectivamente; cifras que equivalen a 4.5 y 5.1 veces el salario mínimo general en el Distrito Federal (SMGDF). La gráfica VII.4 muestra que la diferencia entre el SBC y el SBC-E tiende a disminuir en el tiempo, lo cual se debe a que se espera que el déficit proyectado del seguro disminuya hasta alcanzar el equilibrio financiero casi en el último año de proyección.

En el cuadro VII.4 se muestra el déficit financiero que se espera en el SGPS para los próximos 40 años y en el cuadro VII.5 se muestra el incremento que se requeriría hacer en la PC y en el SBC para que el SGPS observara equilibrio entre sus ingresos y gastos.

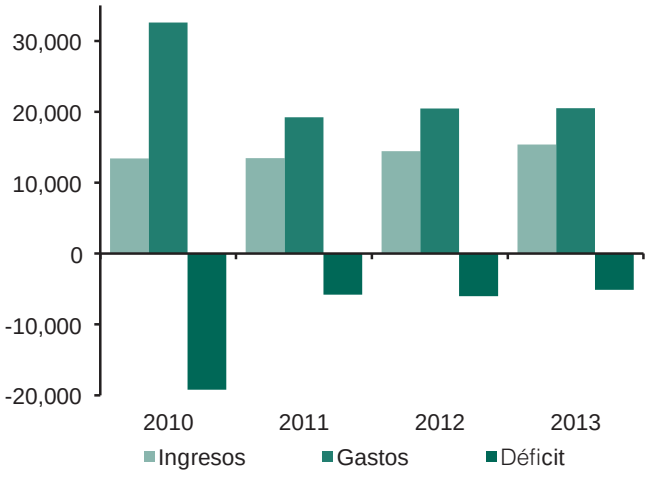
[102] La PC de este seguro es aportada en su totalidad por el patrón.

Cuadro VII.2.
Escenario comparativo de ingresos y gastos y de cambios en la situación financiera del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2011-2013, con y sin el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2011		2012		2013	
	Con RJP	Sin RJP	Con RJP	Sin RJP	Con RJP	Sin RJP
Total de ingresos (1)	13,437	13,437	14,442	14,480	15,392	15,485
Total de gastos (2)	19,232	12,741	20,445	13,569	20,508	14,366
Gastos directos	13,717	12,368	14,680	13,184	15,620	13,969
Otros gastos	5,515	373	5,765	385	4,888	397
Excedente (déficit) neto de ingresos/gastos (3)=(1)-(2)	**-5,795**	**696**	**-6,003**	**911**	**-5,116**	**1,119**
Partidas que no requieren utilización de recursos y generados por la operación (4)	5,142	0	5,380	-	4,491	-
Efectivo generado por la operación (5)=(3)+(4)	**-653**	**696**	**-623**	**911**	**-625**	**1,119**
Incremento de reservas e inversión física (6)	396	396	267	267	167	167
Sobrante (faltante) neto de flujo de efectivo del año (7)=(5)-(6)	**-1,049**	**300**	**-890**	**644**	**-792**	**952**

Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VII.2.
Estado de resultados del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2010-2013, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VII.3.
Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
(millones de pesos de 2011)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos												
Cuotas obrero-patronales	12,707	13,119	13,508	13,925	14,347	16,400	18,404	20,379	22,273	24,084	25,844	27,722
Aportaciones del Gobierno Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros[/1]	413	350	319	316	273	339	411	489	577	683	806	946
Ingresos totales	**13,119**	**13,469**	**13,827**	**14,241**	**14,620**	**16,739**	**18,815**	**20,868**	**22,850**	**24,767**	**26,649**	**28,668**
Gastos												
Corriente[/2]	13,056	13,387	13,666	14,017	14,369	16,140	17,807	19,453	21,043	22,548	24,085	25,792
Prestaciones económicas[/3]	1,336	1,426	1,516	1,603	1,692	2,278	2,702	3,063	3,307	3,226	2,941	2,490
Inversión física	100	65	39	40	40	43	45	47	48	48	48	48
Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	**14,492**	**14,877**	**15,221**	**15,660**	**16,102**	**18,462**	**20,554**	**22,563**	**24,398**	**25,823**	**27,075**	**28,331**
Resultado financiero	**-1,372**	**-1,408**	**-1,394**	**-1,419**	**-1,481**	**-1,722**	**-1,739**	**-1,695**	**-1,548**	**-1,056**	**-426**	**337**
Primas (en % del SBC)[/4]												
De contribución (PC)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
De reparto (PR)	1.14	1.13	1.13	1.12	1.12	1.13	1.12	1.11	1.10	1.07	1.05	1.02
Media nivelada (PMN)	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12
Diferencia (PMN-PC)	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12	0.12
Salario base de cotización diario												
De contribución	268.8	272.6	275.8	279.5	283.2	302.6	323.7	346.5	371.0	397.5	426.0	456.5
De contribución en veces el SMGDF	4.5	4.5	4.6	4.6	4.6	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.3
De equilibrio	306.5	309.2	310.8	314.3	317.8	340.6	361.5	383.6	406.4	426.2	446.3	466.6
De equilibrio en veces el SMGDF	5.1	5.1	5.1	5.2	5.2	5.4	5.6	5.8	6.0	6.2	6.3	6.4
Diferencia en veces el SMGDF	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.4	0.3	0.1

[/1] Incluye: aportación de los trabajadores al fondo de jubilación, intereses moratorios, comisiones por servicios a Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) y al Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT), adeudos del Gobierno Federal, tiendas y productos financieros de las reservas.

[/2] Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros, y servicios generales.

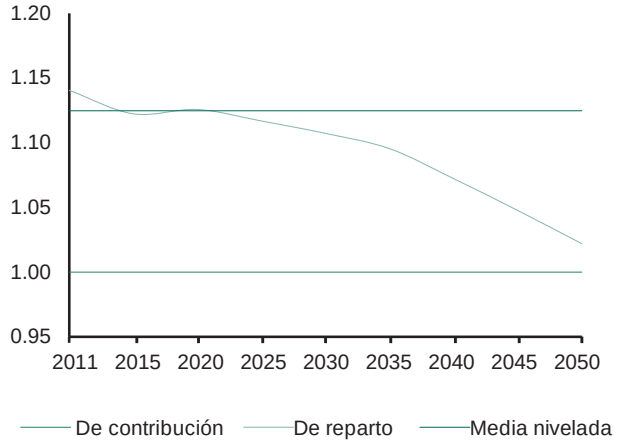
[/3] Incluye el gasto por RJP.

[/4] La estimación de las PC, PR y PMN se realiza considerando únicamente los ingresos por cuotas obrero-patronales.

[/5] Salario mínimo general en el Distrito Federal.

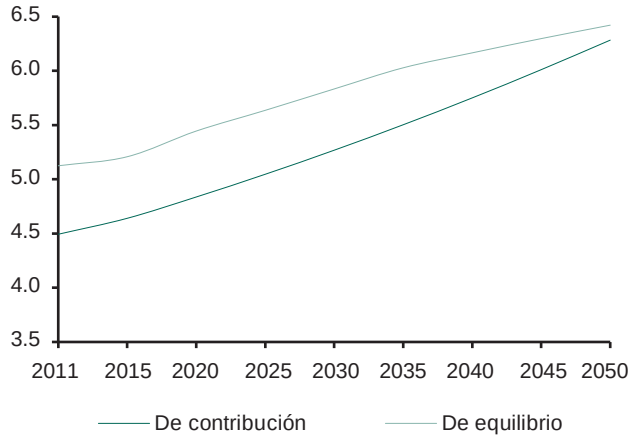
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VII.3.
Primas de contribución, de reparto y media nivelada del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2011-2050
(porcentajes del salario base de cotización)



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VII.4.
Salarios base de contribución y de equilibrio del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2011-2050
(veces el salario mínimo general del Distrito Federal)



Fuente: DF, IMSS.

VII.4. Análisis financiero complementario

VII.4.1. Guarderías

En México, la demanda del servicio de guarderías para los hijos de las madres trabajadoras ha crecido de manera acelerada; este crecimiento está relacionado con diversos factores socioeconómicos, como son: la incorporación paulatina de las mujeres al mercado laboral; el aumento del nivel de escolaridad de las mujeres; el crecimiento del número de mujeres como jefas de familia; el aumento del número de divorcios, y el número cada vez mayor de madres solteras, entre otros.

Respecto a la incorporación de las mujeres en el mercado laboral, la gráfica VII.5 muestra la tendencia creciente de las tasas de participación económica femenina, la cual pasó de 16.4 por ciento en 1970 a 41.1 por ciento en 2010.

Las Encuestas Nacionales de Empleo y Seguridad Social (ENESS), realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2000 y 2009, muestran que en ese periodo se ha duplicado la

Cuadro VII.4.
Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 del resultado financiero en el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
(millones de pesos de 2011)

Año	Resultado
2011	1,372
2012	1,408
2013	1,394
2014	1,419
2015	1,481
2020	1,722
2025	1,739
2030	1,695
2035	1,548
2040	1,056
2045	426
2050	-337
Valor presente[1/]	
10 años	12,934
20 años	23,503
30 años	29,893
40 años	31,038

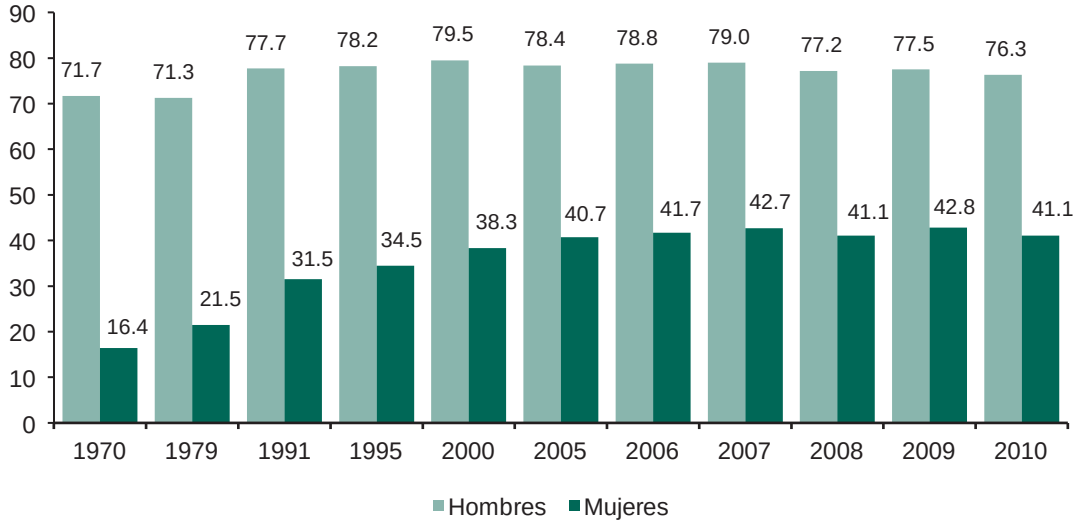
[1/] Tasa de descuento igual a 3.5 por ciento.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VII.5.
Incremento necesario en la prima de contribución o en el salario base de cotización para obtener equilibrio financiero en el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales

Concepto	Prima (% SBC)		Incremento necesario PMN/PC-1 (%)	Salario base 2011 (pesos diarios)		Incremento necesario SBC-E/SBC-1 (%)
	Contribución 2011	Media nivelada		De cotización	De equilibrio	
	(a)	(b)	(c)=(b)/(a)-1	(d)	(e)	(f)=(e)/(d)-1
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	1.00	1.12	12.5	268.8	306.5	14.0

Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VII.5.
Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2010
(porcentajes)



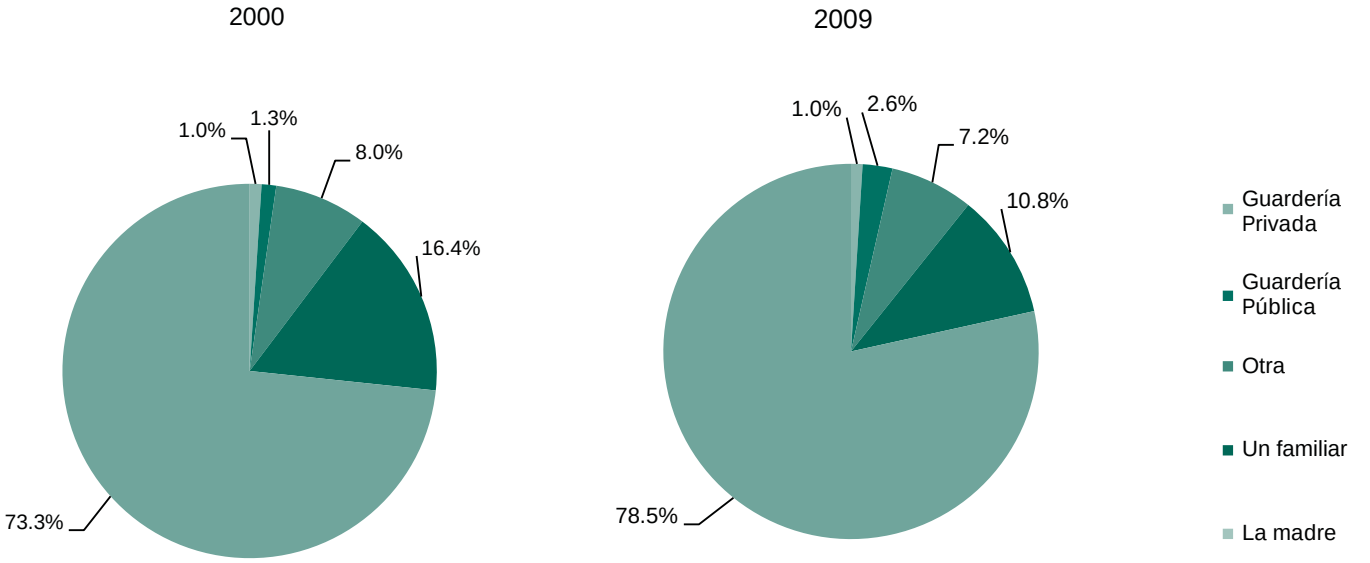
Fuentes: 1970-1995: De Oliveira, Orlandina *et al.* (2001), "La fuerza de trabajo en México: Un siglo de cambios", en *La población de México, Tendencias y Perspectivas Sociodemográficas hacia el Siglo XXI*, Gómez de León, José y Rabell, Cecilia, Coordinadores, Fondo de Cultura Económica-CONAPO, México, 2001; 2000-2010, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Indicadores Estratégicos, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) al cuarto trimestre de cada año.

proporción de niños de 0 a 6 años que son atendidos en guarderías públicas, ya que en el primer año dicha proporción fue de 1.3 por ciento del total de niños, mientras que en el segundo año se elevó a 2.6 por ciento, como muestra la gráfica VII.6.

Cobertura del servicio de guarderías en el IMSS

La demanda del servicio de guarderías en el IMSS ha observado un aumento significativo durante la última década, duplicando el número de solicitudes totales (atendidas más pendientes). En el año 2000 el

Gráfica VII.6.
Población de 0 a 6 años, según tipo de persona que cuida al menor, 2000 y 2009
(porcentajes)



Fuente: INEGI, ENESS, 2009 y 2000.

Instituto registró una demanda de casi 148 mil lugares, mientras que para el año 2010 esta cifra aumentó a 241 mil, lo que significó un aumento de 63.1 por ciento. Esta situación se aprecia en el cuadro VII.6, en donde se muestran las cifras a diciembre de cada año de las variables e indicadores básicos que sirven de referencia para evaluar el servicio de guarderías proporcionado por el IMSS.

En el cuadro VII.6 se destaca que para atender la demanda creciente por el servicio de guarderías, en la última década el Instituto aumentó en forma importante el número de estancias infantiles en operación, lo cual permitió incrementar la capacidad instalada en 127.3 por ciento entre el año 2000 y el 2010, pasando de 103 mil a casi 235 mil lugares (columna b), así como incrementar el porcentaje de cobertura de 69.8 a 97.3 por ciento (columna f), y reducir la presión de saturación del porcentaje de ocupación en más de 15 puntos porcentuales (columna g). Aunque entre el año 2000 y el 2006 se logró reducir en forma significativa el número de solicitudes pendientes de atender, de 29.9 a 11.8 por ciento de la población demandante no cubierta, esta tendencia se revirtió en los años siguientes y actualmente se ubica en 17.4 por ciento (columna h). La gráfica VII.7 muestra la expansión de la capacidad instalada de las guarderías del Instituto durante el periodo 2000-2010.

Por otro lado, con fundamento en los Artículos 204 y 213 de la LSS, el Instituto otorga la prestación del servicio de guarderías tanto en sus propias instalaciones, las cuales están integradas por las guarderías para Madres IMSS y las guarderías del Esquema Ordinario, como por medio de terceros, a través de las guarderías de los esquemas Vecinal Comunitario, Del Campo e Integrador. Las guarderías propias o de prestación directa representan alrededor de 12.7 por ciento de las guarderías totales y cuentan con una capacidad instalada de casi 30 mil lugares, mientras que las guarderías de prestación indirecta en las que el servicio es proporcionado por terceros representan 87.3 por ciento del total de unidades y cuentan con una capacidad instalada de casi 205 mil lugares. La gráfica VII.8 muestra el avance logrado en la última década en la disponibilidad de lugares para atender la demanda del servicio de guarderías.

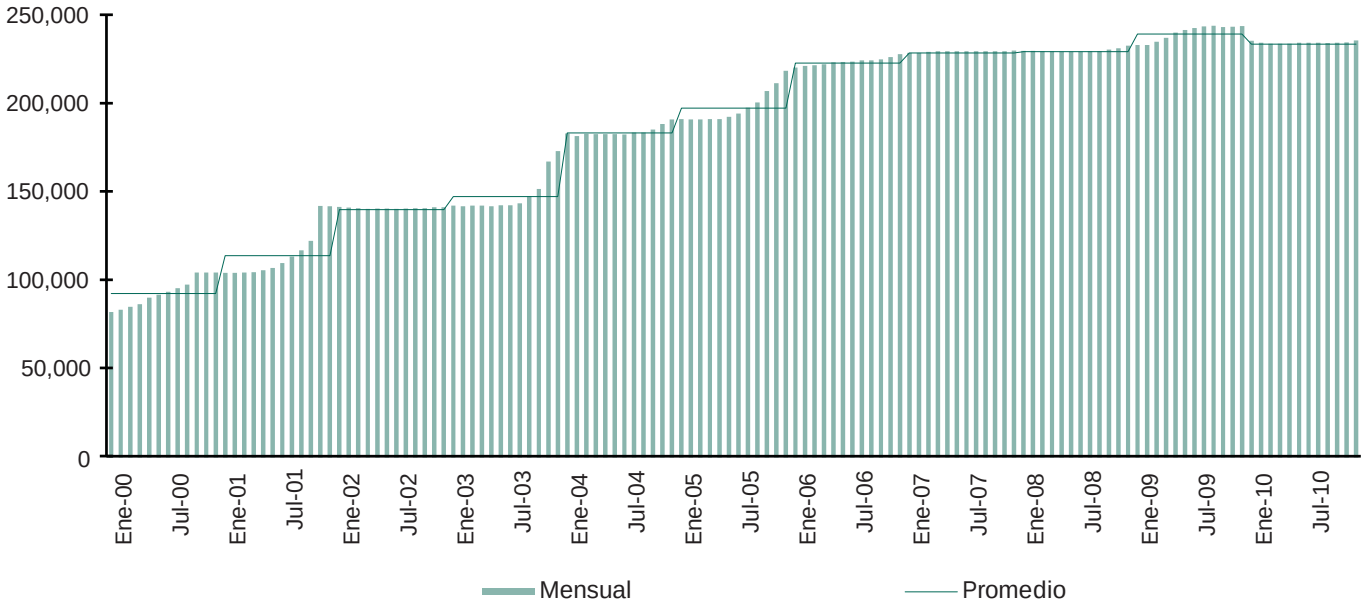
A nivel delegacional, casi la tercera parte de la demanda total del servicio de guarderías se concentra

Cuadro VII.6.
Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS, 2000-2010

Año	Guarderías	Capacidad instalada[1/]	Niños inscritos[2/]	Solicitudes pendientes[3/]	Demanda total	Cobertura (%)	Ocupación (%)	Demanda no atendida (%)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(c)+(d)	(f)=(b)/(e)	(g)=(c)/(b)	(h)=(d)/(e)
2000	899	103,299	103,707	44,214	147,921	69.8	100.4	29.9
2001	1,175	140,761	125,296	45,249	170,545	82.5	89.0	26.5
2002	1,163	140,270	142,136	50,380	192,516	72.9	101.3	26.2
2003	1,323	172,109	155,314	52,319	207,633	82.9	90.2	25.2
2004	1,356	189,935	173,900	38,186	212,086	89.6	91.6	18.0
2005	1,516	217,589	190,057	31,726	221,783	98.1	87.3	14.3
2006	1,561	226,880	206,566	27,760	234,326	96.8	91.0	11.8
2007	1,565	228,951	214,894	38,664	253,558	90.3	93.9	15.2
2008	1,554	231,821	214,034	49,654	263,688	87.9	92.3	18.8
2009	1,568	242,899	204,169	38,741	242,910	100.0	84.1	15.9
2010	1,459	234,815	199,232	42,029	241,261	97.3	84.8	17.4

[1/] La capacidad instalada es igual al número de lugares que tiene disponible el Instituto para otorgar el servicio de guarderías.
[2/] Los niños inscritos es el número de niños que están registrados y asisten a las guarderías.
[3/] Las solicitudes pendientes se refieren a los niños cuyo proceso de inscripción está en trámite a la fecha de corte.
Fuente: DF con datos de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES), IMSS.

Gráfica VII.7.
Comportamiento de la capacidad instalada en las guarderías del IMSS, 2000-2010



Fuente: DPES, IMSS.

en las siguientes delegaciones del IMSS: Jalisco, Nuevo León, Baja California, Sonora y Chihuahua (cuadro VII.7, columna e).

En el cuadro VII.7 también se destaca que:

- En términos relativos, las delegaciones que observan el mayor rezago en la capacidad instalada respecto a la demanda manifestada son: Sinaloa, Baja California Sur y Nuevo León, las cuales sólo cuentan con disponibilidad para cubrir 65.6, 73.6 y 76 por ciento de la demanda total, respectivamente (columna f).
- Las delegaciones que registran los niveles más bajos de ocupación respecto al número total de lugares disponibles son: Chiapas (73.2 por ciento); Guanajuato (75.7 por ciento), y Yucatán (75.8 por ciento) (columna g).
- Las delegaciones que registran la mayor proporción de solicitudes pendientes de atender respecto al total de solicitudes presentadas son: Sinaloa, con 37.1 por ciento; Baja California Sur, con 31.4 por ciento; Tabasco, con 31 por ciento; Nuevo León, con 28.9 por ciento, y Querétaro, con 27.6 por ciento (columna h).

Situación financiera actual del ramo de Guarderías

La LSS en sus Artículos 211 y 212 estipula que para financiar el SGPS los patrones cubrirán al IMSS una cuota de 1 por ciento del SBC, de la cual al menos 80 por ciento deberá destinarse al ramo de Guarderías. También establece que esta prima la cubrirán los patrones, independientemente de que tengan o no trabajadores beneficiarios del servicio de guarderías.

Para analizar el comportamiento que ha registrado en los últimos cinco años la situación financiera del ramo de Guarderias, en el cuadro VII.8 se presentan los estados de ingresos y gastos de este ramo, al 31 de diciembre de cada año.

Como puede observarse en el cuadro VII.8, el monto de los ingresos que registró el ramo de Guarderías fue de 12,882 millones de pesos en promedio anual durante el periodo analizado, mientras que los gastos totales promedio ascendieron a 9,902 millones de pesos, sin considerar la provisión para obligaciones contractuales. La diferencia de ingresos menos gastos arroja un resultado financiero superavitario en el ramo,

Gráfica VII.8.
Capacidad instalada por tipo de prestación, 2000-2010
(miles de lugares disponibles)

Fuente: DPES, IMSS.

Cuadro VII.7.
Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS por delegación, a diciembre de 2010

Delegación	Número de guarderías	Capacidad instalada	Niños inscritos	Solicitudes pendientes	Demanda total	Cobertura (%)	Ocupación (%)	Demanda no atendida (%)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(c)+(d)	(f)=(b)/(e)	(g)=(c)/(b)	(h)=(d)/(e)
Nuevo León	97	13,599	12,721	5,168	17,889	76.0	93.5	28.9
Jalisco	96	15,776	14,019	5,054	19,073	82.7	88.9	26.5
Chihuahua	94	14,808	12,061	1,930	13,991	105.8	81.4	13.8
Baja California	87	16,008	13,390	1,515	14,905	107.4	83.6	10.2
Sonora	77	14,181	12,624	2,204	14,828	95.6	89.0	14.9
Tamaulipas	74	13,250	10,854	766	11,620	114.0	81.9	6.6
Coahuila	65	10,523	8,719	2,219	10,938	96.2	82.9	20.3
Estado de México Oriente	63	9,827	8,238	1,819	10,057	97.7	83.8	18.1
Guanajuato	62	11,480	8,686	1,118	9,804	117.1	75.7	11.4
Sinaloa	47	7,300	7,005	4,127	11,132	65.6	96.0	37.1
Estado de México Poniente	42	6,731	5,278	368	5,646	119.2	78.4	6.5
1 Noroeste D. F.	42	7,464	5,983	1,104	7,087	105.3	80.2	15.6
3 Suroeste D. F.	41	7,910	6,434	851	7,285	108.6	81.3	11.7
Puebla	40	5,033	4,166	578	4,744	106.1	82.8	12.2
Michoacán	40	6,072	5,599	2,128	7,727	78.6	92.2	27.5
Veracruz Norte	38	4,887	4,331	434	4,765	102.6	88.6	9.1
Yucatán	34	5,241	3,973	200	4,173	125.6	75.8	4.8
Morelos	32	5,178	4,244	249	4,493	115.2	82.0	5.5
San Luis Potosí	30	4,833	4,251	847	5,098	94.8	88.0	16.6
Zacatecas	29	3,192	2,815	496	3,311	96.4	88.2	15.0
Veracruz Sur	29	3,563	3,017	22	3,039	117.2	84.7	0.7
Querétaro	29	5,143	4,460	1,701	6,161	83.5	86.7	27.6
4 Sureste D. F.	29	5,272	4,406	779	5,185	101.7	83.6	15.0
2 Noreste D. F.	27	5,071	4,021	511	4,532	111.9	79.3	11.3
Aguascalientes	25	4,177	3,555	351	3,906	106.9	85.1	9.0
Quintana Roo	22	3,877	3,479	954	4,433	87.5	89.7	21.5
Colima	22	3,410	3,112	753	3,865	88.2	91.3	19.5
Oaxaca	18	2,157	1,851	146	1,997	108.0	85.8	7.3
Nayarit	18	3,170	2,767	338	3,105	102.1	87.3	10.9
Hidalgo	18	2,328	1,792	228	2,020	115.2	77.0	11.3
Durango	18	3,199	2,750	564	3,314	96.5	86.0	17.0
Chiapas	18	2,118	1,550	136	1,686	125.6	73.2	8.1
Baja California Sur	17	2,340	2,180	998	3,178	73.6	93.2	31.4
Guerrero	15	2,869	2,431	740	3,171	90.5	84.7	23.3
Tabasco	9	1,255	1,031	463	1,494	84.0	82.2	31.0
Campeche	9	910	881	110	991	91.8	96.8	11.1
Tlaxcala	6	663	558	60	618	107.3	84.2	9.7
Total	**1,459**	**234,815**	**199,232**	**42,029**	**241,261**	**97.3**	**84.8**	**17.4**

Fuente: DF con datos de DPES, IMSS.

Cuadro VII.8.
Estados de ingresos y gastos del ramo de Guarderías, 2005-2010
(millones de pesos de 2011)

Concepto	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ingresos						
Cuotas obrero-patronales (1)	11,632	11,878	12,908	13,267	12,679	13,081
Otros ingresos (2)	127	257	146	142	243	931
Total de ingresos (3)=(1)+(2)	**11,759**	**12,135**	**13,054**	**13,409**	**12,922**	**14,012**
Gastos						
Gasto corriente						
Servicios de personal	2,179	2,169	2,188	2,108	2,106	2,146
Consumo de medicamentos, material de curación y otros	147	150	152	159	163	172
Mantenimiento	50	54	56	54	156	102
Servicios generales y subrogación de servicios	5,721	6,462	6,900	7,439	7,490	6,934
Régimen Jubilaciones y Pensiones IMSS[1/]	406	368	513	559	596	668
Total de gasto corriente (4)	**8,503**	**9,203**	**9,808**	**10,319**	**10,511**	**10,022**
Otros						
Intereses financieros	22	70	2	11	14	10
Castigos por incob. y fluctuación en precios	134	144	153	157	150	157
Depreciaciones	12	3	3	1	1	2
Reversión de cuotas obrero-patronales	-	-	-	-	-	-
Total de otros (5)	168	217	157	170	166	170
Total de gastos (6)=(4)+(5)	**8,671**	**9,420**	**9,965**	**10,489**	**10,677**	**10,191**
Excedentes						
Excedentes de ingresos sobre gastos (7)=(3)-(6)	3,089	2,715	3,089	2,920	2,245	3,821
Provisión obligaciones contractuales (8)	754	262	668	369	168	171
Provisión para reserva de gastos (9)	-	-	-	-	-	-
Traslado de la depreciación (10)	-6	-2	-3	-2	-1	-2
Total de provisiones y traslado (11)=(8)+(9)+(10)	**748**	**260**	**665**	**368**	**167**	**169**
Excedente neto de ingresos sobre gastos (12)=(7)-(11)	**2,341**	**2,456**	**2,424**	**2,552**	**2,079**	**3,652**

[1/] El monto del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones del IMSS correspondiente al ejercicio 2005 es estimado, en virtud de que en ese año se concentró el gasto de todos los seguros en el Seguro de Invalidez y Vida (SIV).
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VII.9.
Ingresos modificados y gastos del ramo de Guarderías, 2005-2010
(millones de pesos de 2011)

Concepto	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total de ingresos (80% de cuotas patronales)	9,305	9,503	10,326	10,614	10,143	10,465
Total de gastos[1/]	9,418	9,680	10,630	10,857	10,843	10,360
Resultado financiero	**-113**	**-177**	**-304**	**-243**	**-700**	**104**

[1/] Es la suma del total de gastos (6) más total de provisiones (11) del cuadro VII.8.
Fuente: DF, IMSS.

lo cual indica que ha sido adecuada la proporción que se le ha asignado de la cuota patronal de 1 por ciento establecida en la LSS. En este sentido, se considera conveniente acotar que si esa asignación hubiera sido sólo el porcentaje mínimo de 80 por ciento, estipulado en el Artículo 211 de la Ley, el resultado obtenido no habría sido superavitario en todo el periodo analizado (cuadro VII.9).

VII.4.2. Sistema Nacional de Velatorios

El Sistema Nacional de Velatorios IMSS-FIBESO[103] (SNV) está integrado desde el año 2005 por 15 velatorios, ubicados en 13 estados del país: Coahuila (1 velatorio), Chiapas (1), Chihuahua (2), Distrito Federal (1), Estado de México (2), Hidalgo (1), Jalisco (1), Nuevo León (1), Puebla (1), Querétaro (1), San Luis Potosí (1), Veracruz (1) y Yucatán (1).

Hasta el año 2008 el SNV ofreció básicamente servicios funerarios tradicionales (utilización de capilla para velación, venta de ataúd y traslado), y a partir del año 2009 amplió su oferta a servicios complementarios como cremación y embalsamamiento. En el cuadro VII.10 se muestra el tipo de servicios tanto tradicionales como complementarios, así como el costo promedio que se paga en cada uno de ellos.

El número de servicios funerarios proporcionados por el sistema fue del orden de los 21 mil en promedio anual durante 2005 a 2008, y a partir de 2009 se incrementó en forma importante (24.6 por ciento en 2009 y 24.7 por ciento en 2010) debido a la inclusión de los servicios complementarios arriba referidos (cuadro VII.11). Como se verá más adelante, el incremento en el número de servicios no se reflejó en un aumento de ingresos equiparable, en virtud de que antes de 2009 los servicios complementarios de embalsamamiento y cremación no se contemplaban como servicios independientes, sino como parte de alguno de los servicios tradicionales. Esto a pesar de que en la facturación sí estaba reconocido el costo de esos servicios complementarios[104].

En el cuadro VII.11 también se aprecia que más de la mitad de los servicios funerarios se proporciona en los velatorios con mayor capacidad instalada (capillas), mismos que están ubicados en cuatro delegaciones: Estado de México Oriente, que concentra 18.4 por ciento de los servicios funerarios totales; Distrito Federal Sur, con 14.5 por ciento; Jalisco, con 10.2 por ciento, y Puebla, con 7.9 por ciento. Las delegaciones con menor número de servicios han sido Estado de México Poniente, Querétaro e Hidalgo, que en conjunto concentran sólo 9.5 por ciento de los servicios totales, debido a su menor capacidad instalada.

[103] El IMSS constituyó el Fideicomiso de Beneficios Sociales (FIBESO) el 29 de junio de 1990, con efectos a partir del 1 de abril de 1991, con el objeto de administrar y aprovechar comercialmente la infraestructura de sus velatorios, así como los ingresos por los servicios funerarios otorgados.

[104] Es decir, un servicio que en 2008 incluía embalsamamiento o cremación, en 2009 se clasificó como dos servicios. La separación de los servicios fue resultado de la actualización de la normatividad del SNV.

Cuadro VII.10.
Servicios funerarios tradicionales y complementarios que se otorgan en el Sistema Nacional de Velatorios y costos promedio en 2011
(pesos)

Descripción	Costo promedio
I. Paquetes funerarios tradicionales	
Capilla en velatorio[1/]	2,161
Capilla en domicilio[2/]	2,497
Servicio directo local[3/]	1,132
Traslado foráneo particular[4/]	1,672
Traslado oficial[5/]	2,378
Paquete social[6/]	2,161
Cancelación	277
II. Servicios y artículos complementarios	
Embalsamamiento	1,326
Cremación	1,090
Pullman	2,274
Sillas extras (50 sillas)	672
Capilla adicional	385
Vehículo para traslado de flores	587
Servicio de cafetería	550
Gestoría exhumación	158
Renta equipo velación novenario	548

[1/] Este servicio incluye: traslado del cuerpo (recolección); preparación del cuerpo; capilla en el velatorio; gestoría legal y administrativa, y traslado del cuerpo (inhumación o cremación).
[2/] Este servicio incluye: traslado del cuerpo (recolección); preparación del cuerpo; equipo de velación a domicilio; gestoría legal y administrativa, y traslado del cuerpo (inhumación o cremación).
[3/] Este servicio incluye: traslado del cuerpo y gestoría legal y administrativa.
[4/] Este servicio incluye: traslado del cuerpo (recolección); preparación del cuerpo; gestoría legal y administrativa, y traslado del cuerpo al lugar solicitado por el contratante.
[5/] Este servicio incluye: traslado del cuerpo (recolección); preparación del cuerpo; ataúd en donación; gestoría legal y administrativa; instalación en capilla o domicilio, y traslado del cuerpo (inhumación o cremación).
[6/] Este servicio incluye: traslado del cuerpo (recolección); preparación del cuerpo; ataúd en donación; gestoría legal y administrativa; instalación en capilla o domicilio, y traslado del cuerpo (inhumación o cremación).
Fuente: DF con datos de DPES, IMSS.

Situación financiera del Sistema Nacional de Velatorios

En el cuadro VII.12 se presenta el resumen financiero del SNV de 2005 a 2010, de donde destaca que el sistema de velatorios es deficitario, y en el periodo que se analiza su déficit ha representado en promedio 15.4 por ciento de los ingresos del sistema. Esta situación se explica, entre otros factores, por el elevado gasto corriente, el cual equivale en promedio a 84.4 por ciento de los ingresos y no alcanza a ser cubierto por la utilidad bruta (ingresos menos costo de ventas).

Perspectiva financiera del Sistema Nacional de Velatorios, 2010-2015

En el cuadro VII.13 se presenta un resumen de las hipótesis utilizadas para realizar la proyección de los ingresos y los gastos del SNV para el periodo 2011-2015. Respecto de estas hipótesis cabe hacer las siguientes precisiones: i) debido a que en el periodo analizado (2005-2010) los ingresos del FIBESO muestran una tendencia errática, y es difícil identificar una correlación entre ellos y los servicios funerarios proporcionados, se consideró conveniente asumir que en los próximos años dichos ingresos no crecerán en términos reales; ii) la hipótesis de incremento del gasto corriente del FIBESO que se asume en las proyecciones corresponde a la variación positiva observada en 2010 con respecto a 2009, y iii) en virtud de que el rubro de otros gastos del FIBESO corresponde a productos y gastos financieros para los que se desconocen las metas que el fideicomiso tenga previstas para el corto plazo, se optó por mantener el mismo margen registrado en el último año. Es importante destacar que en las proyecciones no se incluye el impacto que podrá tener en la situación financiera del SNV la Iniciativa de Expansión de Velatorios y las mejoras administrativas y operativas que están en proceso de implantación por parte de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES).

El resultado de la proyección financiera del SNV se presenta en el cuadro VII.14, en el que se observa que de acuerdo con las hipótesis utilizadas para estimar los rubros de ingresos y gastos, en los próximos años el déficit del SNV podría mantenerse en 12.5 millones de pesos en promedio.

Cuadro VII.11.
Número de servicios funerarios otorgados por el Sistema Nacional de Velatorios por delegación, 2005-2010

Delegación	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Promedio 2005-2010	Distribución porcentual	Distribución porcentual acumulada
Edo. México Ote.	3,679	3,476	3,864	4,046	5,235	5,744	4,341	18.43	18.43
D. F. Sur	3,364	3,728	3,411	2,708	3,177	4,055	3,407	14.47	32.90
Jalisco	2,265	1,956	2,000	1,884	2,952	3,313	2,395	10.17	43.07
Puebla	1,673	1,754	1,804	1,702	1,891	2,376	1,867	7.93	50.99
Nuevo León	1,407	1,533	1,664	1,326	1,900	2,290	1,687	7.16	58.15
Yucatán	1,453	1,578	1,531	1,591	1,691	2,164	1,668	7.08	65.24
Veracruz Nte.	1,175	1,142	1,164	1,175	2,040	2,106	1,467	6.23	71.46
Chihuahua	1,366	1,152	1,124	1,129	1,342	1,798	1,319	5.60	77.06
San Luis Potosí	969	954	1,039	1,030	1,172	1,747	1,152	4.89	81.95
Chiapas	1,031	970	880	871	865	1,190	968	4.11	86.06
Coahuila	808	796	785	766	1,046	2,104	1,051	4.46	90.53
Edo. México Pte.	816	884	770	837	847	1,259	902	3.83	94.36
Querétaro	736	683	729	753	692	974	761	3.23	97.59
Hidalgo	609	574	594	553	542	537	568	2.41	100.00
Total	**21,351**	**21,180**	**21,359**	**20,371**	**25,392**	**31,657**	**23,552**	**100.00**	

Fuente: DPES, IMSS.

Cuadro VII.12.
Resultado financiero del Sistema Nacional de Velatorios IMSS-FIBESO, 2005-2010
(miles de pesos de 2011)

Concepto	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ingresos (1)	111,231	106,323	107,435	105,408	104,216	113,138
IMSS[1/]	41,494	10,331	-18	-17	21	-808
FIBESO	69,737	95,993	107,454	105,425	104,195	113,947
Costo de Ventas (2)	31,817	31,139	31,055	31,589	35,353	35,693
FIBESO	31,817	31,139	31,055	31,589	35,353	35,693
Utilidad bruta (3)=(1)-(2)	79,415	75,184	76,380	73,819	68,863	77,445
IMSS	41,494	10,331	-18	-17	21	-808
FIBESO	37,921	64,854	76,399	73,836	68,842	78,254
Gasto corriente (4)[2/]	81,430	88,625	91,253	98,034	93,608	92,574
IMSS	67,617	67,579	70,550	68,465	63,326	63,532
FIBESO	13,813	21,046	20,703	29,570	30,283	29,041
Otros gastos (5)[3/]	-14,874	-4,479	-3,473	-12,923	-9,135	-5,831
IMSS	245	197	264	141	134	77
FIBESO	-15,120	-4,675	-3,737	-13,064	-9,270	-5,908
Provisión obligaciones contractuales (6)	17,135	6,594	15,530	8,954	3,551	3,169
IMSS	17,135	6,594	15,530	8,954	3,551	3,169
FIBESO	-	-	-	-	-	-
Gasto de Operación (7)=(4)+(5)+(6)	83,691	90,740	103,309	94,065	88,024	89,912
IMSS	84,998	74,370	86,344	77,560	67,011	66,779
FIBESO	-1,307	16,371	16,965	16,506	21,013	23,133
Resultado neto (8)=(3)-(7)	**-4,277**	**-15,556**	**-26,929**	**-20,246**	**-19,161**	**-12,467**
IMSS	**-43,504**	**-64,039**	**-86,362**	**-77,577**	**-66,990**	**-67,587**
FIBESO	**39,228**	**48,483**	**59,433**	**57,330**	**47,829**	**55,120**
Variación porcentual respecto al año anterior						
Ingresos		-4.4	1.0	-1.9	-1.1	8.6
Costo de ventas		-2.1	-0.3	1.7	11.9	1.0
Utilidad bruta		-5.3	1.6	-3.4	-6.7	12.5
Gasto corriente		8.8	3.0	7.4	-4.5	-1.1
Otros gastos		-69.9	-22.4	272.1	-29.3	-36.2
Provisión obligaciones contractuales		-61.5	135.5	-42.3	-60.3	-10.7
Gasto de operación		8.4	13.9	-8.9	-6.4	2.1
Resultado neto		263.7	73.1	-24.8	-5.4	-34.9

[1/] A partir de abril de 2006 la totalidad de los ingresos por la venta de servicios funerarios fue asignada al FIBESO.
[2/] El gasto corriente considera los siguientes capítulos: servicios de personal, consumos, mantenimiento, servicios generales y el RJP, éste último sólo a partir del 2005.
[3/] Otros gastos incluye depreciaciones, productos y gastos financieros, en el caso del FIBESO, y depreciaciones, en el caso del IMSS.
Fuente: DF con datos de DPES, IMSS.

Cuadro VII.13.
Hipótesis utilizadas en la proyección de los ingresos y gastos del Sistema Nacional de Velatorios, 2011-2015

Concepto	Tasa de crecimiento porcentual anual				
	2011	2012	2013	2014	2015
Ingresos en velatorios	-	-	-	-	-
Costo de ventas (% ingresos)	-	-	-	-	-
Gasto corriente FIBESO	-	-	-	-	-
Otros gastos FIBESO	-	-	-	-	-
Gasto de servicios de personal IMSS	0.9	3.4	2.4	3.7	3.6
Gasto por consumos IMSS	-0.3	1.8	1.6	1.7	1.7
Gasto de mantenimiento IMSS	3.4	2.2	2.0	2.1	2.1
Gasto por servicios generales IMSS	3.4	2.2	2.0	2.1	2.1
Gasto por provisión de RJP IMSS	7.8	6.7	6.3	5.8	5.5

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VII.14.
Resultados de operación 2010 y proyección 2011-2015 del Sistema Nacional de Velatorios IMSS-FIBESO
(miles de pesos de 2011)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingresos (1)	113,138	113,138	113,138	113,138	113,138	113,138
Costo de ventas (2)	35,693	35,693	35,693	35,693	35,693	35,693
Utilidad bruta (3)=(1)-(2)	77,445	77,445	77,445	77,445	77,445	77,445
Gasto corriente (4)	92,574	92,581	92,602	92,617	92,640	92,662
Otros gastos (5)	-5,831	-5,831	-5,831	-5,831	-5,831	-5,831
Provisión obligaciones contractuales (6)	3,169	3,172	3,174	3,176	3,178	3,180
Gastos totales más provisión (7)=(4)+(5)+(6)	89,912	89,921	89,945	89,962	89,987	90,011
Resultado neto (8)=(3)-(7)	**-12,467**	**-12,476**	**-12,499**	**-12,517**	**-12,541**	**-12,565**

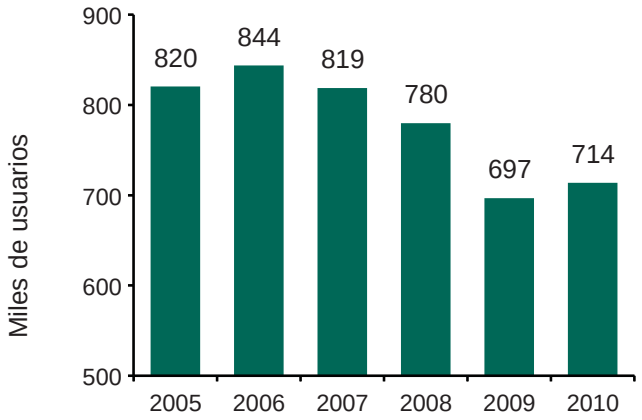
Fuente: DF, IMSS.

VII.4.3. Centros vacacionales

El IMSS cuenta con cuatro centros vacacionales: Oaxtepec, en Morelos; Atlixco-Metepec, en Puebla, y La Trinidad y Malintzi, en Tlaxcala. En estos centros se proporcionan servicios de hospedaje en casas, cabañas, hoteles y zonas de campamento, así como servicios recreativos diversos a precios accesibles, tanto para la población derechohabiente, como para el público en general.

Las gráficas VII.9 y VII.10 muestran el comportamiento mensual y anual de los usuarios que acudieron a los centros vacacionales de 2005 a 2010, observándose, en relación con las cifras mensuales, que en marzo, abril, julio y agosto es cuando se presenta el registro de usuarios más elevado, mientras que el mes de octubre se caracteriza por ser el de menor afluencia de asistentes. Las cifras anuales reflejan una tendencia a la baja, observándose descensos de 2005 a 2008 con un decremento promedio de 4.5 por ciento, seguido de una reducción de 10.7 por ciento en 2009. En 2010, se observa un ligero repunte de 2.5 por ciento.

Gráfica VII.10.
Población usuaria anual de los centros vacacionales, 2005-2010[1/]
(miles de usuarios)

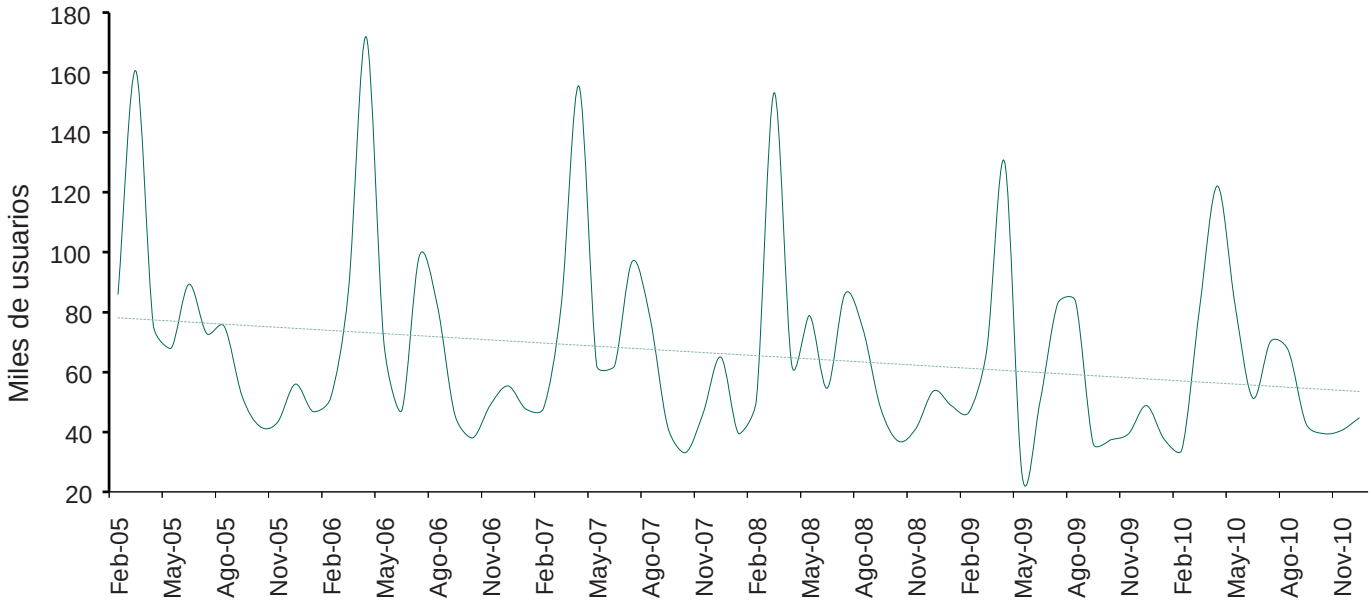


[1/] 2005 comprende los meses de febrero a diciembre.
Fuente: DF, IMSS.

Situación financiera de los centros vacacionales

En el cuadro VII.15 se resume la situación financiera consolidada de los cuatro centros vacacionales, de 2005 a 2010. Los resultados muestran que en conjunto estos centros han reportado un déficit promedio anual

Gráfica VII.9.
Población usuaria mensual de los centros vacacionales, 2005-2010[1/]
(miles de usuarios)



[1/] La serie histórica comienza en febrero de 2005.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VII.15.
Estado de resultados comparativo de los centros vacacionales, 2005-2010[1/]
(miles de pesos de 2011)

Concepto	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ingresos						
Ingresos (1)	159,645	193,744	197,551	216,768	194,538	202,226
Descuentos (2)	-	-	-1,842	-13,620	-13,623	-16,181
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	**159,645**	**193,744**	**195,708**	**203,148**	**180,915**	**186,045**
Gastos						
Gasto corriente						
Servicios de personal	155,252	160,934	166,631	169,246	166,171	170,026
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	5,966	8,642	7,314	6,375	6,143	5,149
Mantenimiento	30,691	30,880	27,069	45,363	35,830	41,618
Servicios generales y subrogación de servicios	39,925	45,366	43,110	41,271	34,277	30,371
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-2,792	-3,051	-2,945	-2,882	-2,703	-2,587
Total de gasto corriente (4)	**229,042**	**242,771**	**241,179**	**259,373**	**239,718**	**244,577**
Otros						
Intereses financieros	-	-	-	-	-	-
Depreciaciones	2,396	4,478	6,415	5,432	4,772	4,184
Resultado de ejercicios anteriores	-	-	2,449	138	768	428,960
Total de otros (5)	2,396	4,478	8,865	5,570	5,540	433,144
Total de gastos (6)=(4)+(5)	**231,438**	**247,249**	**250,044**	**264,943**	**245,258**	**677,721**
Excedentes						
Excedentes de ingresos sobre gastos (7)=(3)-(6)	-71,794	-53,506	-54,336	-61,795	-64,343	-491,675
Provisión obligaciones contractuales (8)	32,324	3,471	10,879	20,598	11,474	10,182
Traslado de la depreciación (9)	0	86	-0	0	-	-0
Total de provisiones y traslado (10)=(8)+(9)	**32,324**	**3,557**	**10,879**	**20,598**	**11,474**	**10,182**
Excedente neto de ingresos sobre gastos (11)=(7)-(10)	**-104,117**	**-57,063**	**-65,214**	**-82,393**	**-75,817**	**-501,857**

[1/] A partir de 2007 se empezó a contabilizar el impacto de los descuentos otorgados, mismos que serían regulados hasta el 30 de abril del 2008 con la aprobación por parte del Consejo Técnico del IMSS de los "Lineamientos para el otorgamiento de descuentos".
Fuente: DF con datos de la DPES, IMSS.

del orden de los 77 millones de pesos en el periodo de 2005 a 2009.

En 2010, el resultado financiero negativo asciende a 502 millones de pesos, del cual se atribuye 86 por ciento a un cargo efectuado por 429 millones de pesos[105] en la cuenta 42080910 "Rectificación de Ejercicios Anteriores" por concepto de reconocimiento de la estimación de incobrabilidad del adeudo de la empresa PROCE Parque Acuático Oaxtepec, ajuste que se deriva de la opinión de la Dirección Jurídica del IMSS con motivo del dictamen a los estados financieros 2009.

Los resultados financieros de cada centro vacacional en 2010 se presentan en el cuadro VII.16, en el cual se observa que: i) 76.5 por ciento de los ingresos de los centros vacacionales se capta en el Centro Vacacional Oaxtepec, seguido por Metepec que participa con 13.3 por ciento, La Trinidad con 7.7 por ciento y Malintzi con 2.5 por ciento; ii) aunque el número de usuarios que registró el Centro Vacacional Metepec en 2010 (171,658) fue superior en sólo 5.9 por ciento al registrado por el Centro Vacacional La Trinidad (162,168), los ingresos del primero superaron en 75 por ciento a los ingresos del segundo, lo cual se explica porque los servicios utilizados en Metepec fueron de mayor costo que los utilizados en La Trinidad[106], y iii) el Centro Vacacional Oaxtepec es el que contribuye con la mayor parte del déficit de los cuatro centros vacacionales, concentrando 88.7 por ciento del mismo.

[105] La cifra de 429 millones de pesos está estimada en pesos de 2011 utilizando la inflación esperada de 4.34 por ciento. En pesos de 2010, la cifra es de 411 millones de pesos.

[106] En Metepec, por ejemplo, de los 171,658 usuarios registrados en 2010, 50.1 por ciento de ellos (85,975) hizo uso del servicio de hospedaje en el hotel y las casas, 4.6 por ciento (7,984) se quedó en la zona de campamento, y 45.3 por ciento (77,699) únicamente usó las áreas recreativas. En La Trinidad en cambio, de las 162,168 personas que acudieron el año pasado a ese centro de recreación y esparcimiento, sólo 24.5 por ciento (39,769) se hospedó en el hotel, 5.7 por ciento (9,251) usó la zona de campamento, y 69.8 por ciento (113,148) sólo utilizó las áreas recreativas.

Perspectiva financiera de los centros vacacionales, 2011-2015

A pesar de las fuertes fluctuaciones en algunos conceptos de gasto, se realizó una proyección de los ingresos y los gastos de los centros vacacionales para el periodo 2011-2015. Las hipótesis de crecimiento utilizadas corresponden a las usadas en el Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA). La proyección estimada indica que el déficit de los centros vacacionales podría ubicarse en 65.4 millones de pesos, en promedio, para el periodo de 2011 a 2015, como se indica en el cuadro VII.17.

VII.5. Opciones de política

En guarderías las políticas aplicadas se han enfocado a:

i) recuperar lugares perdidos a consecuencia de la terminación contractual de guarderías que no cumplieron con las medidas de seguridad y protección civil solicitadas por el Instituto, a través de dos procesos de ampliación de capacidad instalada, en al menos 5,000 lugares adicionales al 31 de diciembre de 2011, cuyo costo aproximado sería de 101.9 millones de pesos para el ejercicio 2011.

ii) asegurar que todas las guarderías cumplan con los estándares en materia de seguridad y protección civil y los estándares de satisfacción y calidad en el servicio igual o superior a 90 por ciento. Con este propósito se revisó la totalidad de la normatividad de las guarderías y se detectaron áreas de oportunidad que en el mediano plazo permitirán la mejora de los procesos, así como la configuración de una estructura organizacional que garantice una supervisión ordenada, eficiente y efectiva de las unidades operativas. Adicionalmente, se incorporaron elementos de transparencia en la contratación y operación de guarderías a través de la publicación en el portal del IMSS de toda la documentación relativa a cada

Cuadro VII.16.
Resumen financiero de cada centro vacacional en 2010
(miles de pesos de 2011)

Concepto	Oaxtepec	Metepec	Trinidad	Malintzi	Total
Ingresos					
Ingresos (1)	153,383	28,095	16,051	4,697	202,226
Descuentos (2)	-11,085	-3,295	-1,781	-19	-16,181
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	**142,298**	**24,800**	**14,270**	**4,678**	**186,045**
Gastos					
Gasto corriente					
Servicios de personal (4)	113,566	22,900	27,058	6,503	170,026
Consumos de medicamentos, material de curación y otros (5)	3,138	1,245	495	270	5,149
Mantenimiento (6)	22,556	9,196	5,380	4,486	41,618
Servicios generales y subrogación de servicios (7)	13,407	7,223	8,160	1,581	30,371
Régimen de Jubilaciones y Pensiones (8)	-1,725	-344	-419	-99	-2,587
Total de gasto corriente (9)=(4)+(5)+(6)+(7)+(8)	**150,942**	**40,220**	**40,674**	**12,741**	**244,577**
Otros					
Intereses financieros (10)	1,188	1,093	1,703	200	4,184
Depreciaciones (11)	428,960	-	-	-	428,960
Resultado de ejercicios anteriores (12)	430,149	1,093	1,703	200	433,144
Total de otros (13)=(10)+(11)+(12)	2,396	4,478	8,865	5,570	5,540
Total de gastos (14)=(9)+(13)	**581,090**	**41,313**	**42,377**	**12,941**	**677,721**
Excedentes					
Excedentes de ingresos sobre gastos (15)=(3)-(14)	-438,792	-16,513	-28,107	-8,263	-491,675
Provisión obligaciones contractuales (16)	6,536	1,459	1,768	418	10,182
Traslado de la depreciación (17)	-	-	-	-	-
Total de provisiones y traslado (18)=(16)+(17)	**6,536**	**1,459**	**1,768**	**418**	**10,182**
Excedente neto de ingresos sobre gastos (19)=(15)-(18)	**-445,329**	**-17,972**	**-29,875**	**-8,682**	**-501,857**

Fuente: DF con datos de la DPES, IMSS.

una de las guarderías (*http://aplicaciones.imss.gob.mx/guarderias/principal.htm*) y la elaboración de un mecanismo diseñado por Transparencia Mexicana A. C., que permite a los padres de los menores usuarios de las guarderías participar voluntariamente y aportar su visión sobre la seguridad integral de sus hijos, a través de una visita a su guardería (ver Capítulo XII).

En lo que respecta a las guarderías Madres IMSS y Ordinarias en materia de seguridad y protección civil el Instituto realizó durante el ejercicio 2009 una inversión de 74.5 millones de pesos. Asimismo, para el ejercicio 2010 se invirtieron para equipamiento menor y mayor un monto de 16.7 y 23.5 millones de pesos, respectivamente. Por otra parte, en materia de obra pública, para 2010 se invirtieron 54.7 millones de pesos en las delegaciones de Guanajuato, San Luis Potosí, Zacatecas y D. F. Norte, para la remodelación y/o construcción de las guarderías Madres IMSS y Ordinarias que no cumplían con las medidas de seguridad necesarias para seguir operando.

Cuadro VII.17.
Resumen financiero de los centros vacacionales de 2010 y proyección 2011-2015
(miles de pesos de 2011)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ingresos						
Ingresos (1)	202,226	204,393	207,378	209,913	212,852	215,831
Descuentos (2)	-16,181	-16,181	-16,181	-16,181	-16,181	-16,181
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	**186,045**	**188,212**	**191,197**	**193,732**	**196,671**	**199,651**
Gastos						
Servicios de personal (4)	170,026	170,041	170,099	170,140	170,203	170,265
Consumos de medicamentos, material de curación y otros (5)	5,149	5,149	5,150	5,151	5,152	5,153
Mantenimiento (6)	41,618	41,632	41,641	41,649	41,658	41,666
Servicios generales y subrogación de servicios (7)	30,371	30,382	30,388	30,394	30,401	30,407
Régimen de Jubilaciones y Pensiones (8)	-2,587	-2,589	-2,591	-2,592	-2,594	-2,595
Total de gasto corriente (9)=(4)+(5)+(6)+(7)+(8)	244,577	244,615	244,687	244,742	244,819	244,895
Otros gastos (10)	433,144	4,365	4,365	4,365	4,365	4,365
Provisión obligaciones contractuales (11)	10,182	10,190	10,196	10,203	10,209	10,214
Gastos totales (12)=(9)+(10)+(11)	**687,902**	**259,170**	**259,249**	**259,310**	**259,393**	**259,475**
Excedente neto de ingresos sobre gastos (13)=(3)-(12)	**-501,857**	**-70,958**	**-68,052**	**-65,578**	**-62,723**	**-59,824**

Fuente: DF, IMSS.

iii) mejorar los procesos de alimentación, pedagogía, fomento de la salud, administración, planeación y supervisión, así como actualizar toda la normatividad tomando en consideración el equilibrio financiero de las guarderías; todo lo anterior dentro del marco del Proyecto DAR. Esto además de mejorar la gestión y operación de las guarderías, también redundará en un crecimiento armónico de los menores usuarios, lo que puede causar un efecto positivo en su nivel de salud y, por lo tanto, en la disminución de enfermedades y sus costos asociados en un futuro.

Todas las políticas arriba mencionadas tienen como fin adicional aumentar los ingresos de las guarderías y, por lo tanto, tener un impacto positivo sobre el equilibrio financiero del SGPS.

En el SNV se ha priorizado:

i) la regularización de la operación del FIBESO, estableciendo acciones que fortalezcan sus controles internos, alentando esquemas que posibiliten la transparencia, rendición de cuentas y uso eficiente de los recursos.

ii) el fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de los velatorios existentes, lo cual ha permitido mejorar sus condiciones, viabilidad comercial y atenuar la caída de los ingresos. Para este propósito se destinarán 9.9 millones de pesos para remodelar los Velatorios de Tapachula, Chihuahua y Doctores, previéndose con esta inversión mantener su competitividad dentro del sector e incluso mejorar la captación de servicios e ingresos.

iii) la expansión de velatorios con la construcción de tres unidades que serán incorporadas al sistema al final del primer semestre de 2012. Al integrar 19 capillas a las 58 existentes, estos velatorios tendrán servicio de cremación, y se estima que generarían ingresos por al menos 15 millones de pesos adicionales, es decir, 13.9 por ciento más

que lo reportado en 2010 (cuadro VII.18). Cabe destacar que continuarán los estudios pertinentes que avalen la construcción de velatorios en otras localidades.

En los centros vacacionales destaca el impulso a las políticas de:

i) fortalecimiento y control a la operación a través de la adquisición a finales de 2010 del Sistema de Administración Hotelero. Este sistema, el cual se encuentra en proceso de implementación, permitirá reforzar los controles operativos y obtener información detallada de los diversos conceptos de ingreso. Se espera con esta medida, entre otras cosas, una mejora en la captación de usuarios a través del proceso de reservaciones en línea del portal comercial de centros vacacionales, previendo un incremento para 2012 en el número usuarios atendidos de 3 por ciento, lo que representaría un aumento de al menos 21,000 usuarios adicionales en ese año.

ii) mejora en la prestación de los servicios mediante la aplicación de encuestas a los usuarios. A través de esta medida ha sido posible establecer acciones concretas que han posibilitado conocer la calidad en el servicio y las instalaciones. El nivel de satisfacción aumentó de 82.3 por ciento en 2009 a 94.4 en 2010; al cierre de 2011 está previsto mantener el desempeño observado.

iii) promoción y difusión de los servicios de los centros vacacionales a través del boletín "Entérate", correo electrónico, así como publicaciones en "Publimetro", directorio de hoteles, edición especial del bicentenario en "El Universal", entre otros. Estas publicaciones y acciones de promoción representaron una inversión de 0.3 millones de pesos, la cual fue realizada con presupuesto de los centros vacacionales y se logró un incremento en los usuarios captados de 2.4 por ciento al cierre de 2010. En 2011, al seguir con las acciones implementadas en 2010, la inversión en publicidad será del orden de 0.2 millones, esperando lograr un incremento de 2 por ciento en el número de usuarios captados.

Cuadro VII.18.
Impacto esperado por la apertura de los Velatorios de Toluca, Ecatepec y Pachuca en 2012[1/]
(miles de pesos)

Velatorio	No. de capillas	No. de servicios	Ingresos	Impacto respecto a ingresos 2010
Toluca	7	1,979	5,535	5.1%
Pachuca	7	1,979	5,535	5.1%
Ecatepec	5	1,413	3,953	3.7%
Total	**19**	**5,370**	**15,023**	**13.9%**

[1/] La estimación se realizó utilizando el promedio de servicios y precios en 2010, suponiendo que las nuevas unidades tendrán una tendencia creciente en ingresos que se estabilizará hasta el quinto mes de la puesta en marcha.
Fuente: DPES, IMSS.

Capítulo

VIII

Seguro de Salud para la Familia

La Ley del Seguro Social (LSS) estipula en su Artículo 240 que *"todas las familias de México tienen derecho a un seguro de salud para sus miembros y, para ese efecto, podrán celebrar con el IMSS un convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), en los términos y condiciones que se establecen en su reglamento".* Conforme a esta disposición, desde su creación en 1997, el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) ofrece a la población que no cuenta con seguridad social una opción de aseguramiento voluntario, que tiene entre sus objetivos reducir el pago del bolsillo de esas personas y fomentar la atención oportuna de la salud. Al 31 de diciembre de 2010, el número de personas aseguradas en el SSFAM totalizó 485,490.

En este capítulo se analiza la situación financiera del SSFAM y se presenta su estado de resultados, así como las proyecciones financieras de sus ingresos y sus gastos para el corto, mediano y largo plazos, las cuales se obtuvieron del Modelo Financiero de Corto Plazo y del Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA), respectivamente. Para finalizar el capítulo, se proponen algunas opciones de políticas para atender los retos financieros que enfrenta el SSFAM.

VIII.1. Estado de resultados

En el cuadro VIII.1 se presentan los estados de ingresos y gastos del SSFAM para el ejercicio 2010. Se consideran dos escenarios: con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo (CNP) del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP).

Como se aprecia en el cuadro VIII.1, el SSFAM tuvo un déficit de operación de 4,101 millones de pesos bajo el escenario de registro parcial del CNP de las obligaciones laborales del Instituto, mientras que su déficit se incrementa a 23,706 millones de pesos con el efecto del reconocimiento pleno de estas obligaciones. Bajo ese segundo escenario, los ingresos de 2010 del SSFAM fueron de 2,440 millones de pesos y los gastos de 26,146 millones de pesos, que corresponden a 1,071.6 por ciento del total de los ingresos.

Cabe señalar que el SSFAM ha mostrado déficits de operación durante todos los años del periodo 2006-2010, como se muestra en la gráfica VIII.1.

VIII.2. Proyecciones financieras de corto plazo

A partir de las cifras del estado de resultados 2010 se realizan las proyecciones de corto plazo con y sin el

Cuadro VIII.1.
Estado de ingresos y gastos del Seguro de Salud para la Familia, al 31 de diciembre de 2010, con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro pleno
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales y contribución federal	1,897	1,897
Productos de inversiones y otros ingresos	543	543
Total de ingresos	**2,440**	**2,440**
Gastos		
Servicios de personal	3,513	3,376
Pagos al personal jubilado	1,093	1,093
Costo de obligaciones laborales	203	19,945
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	1,244	1,244
Mantenimiento	102	102
Servicios generales y subrogación de servicios	350	350
Prestaciones económicas	-	-
Intereses financieros y actuariales	6	6
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	3	3
Depreciaciones	-	-
Reversión de cuotas obrero-patronales	-	-
Traslado de la depreciación	27	27
Reservas financieras y actuariales	-	-
Total de gastos	**6,540**	**26,146**
Excedente neto de ingresos sobre gastos	**-4,101**	**-23,706**

Fuente: Con registro parcial del CNP: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009; con registro pleno del CNP: Dirección de Finanzas (DF), IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009, y de 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 2010.

Cuadro VIII.2.
Escenario comparativo de ingresos y gastos y de cambios en la situación financiera del Seguro de Salud para la Familia, 2011-2013, con y sin el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)

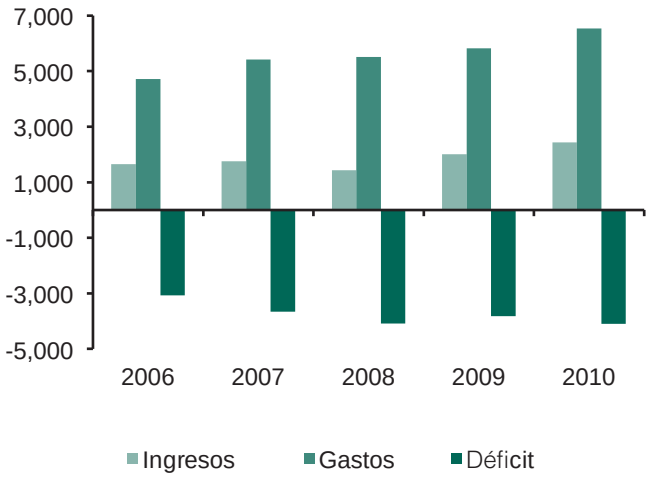
Concepto	2011		2012		2013	
	Con RJP	Sin RJP	Con RJP	Sin RJP	Con RJP	Sin RJP
Total de ingresos (1)	1,847	1,847	1,976	1,987	2,088	2,114
Total de gastos (2)	11,834	5,430	12,590	5,807	12,217	6,157
Gastos directos	6,754	5,404	7,277	5,781	7,783	6,131
Otros gastos	5,080	26	5,313	26	4,434	26
Excedente (déficit) neto de ingresos/gastos (3)=(1)-(2)	**-9,987**	**-3,583**	**-10,614**	**-3,820**	**-10,129**	**-4,043**
Partidas que no requieren utilización de recursos y generados por la operación (4)	5,054	-	5,287	-	4,408	-
Efectivo generado por la operación (5)=(3)+(4)	**-4,933**	**-3,583**	**-5,327**	**-3,820**	**-5,721**	**-4,043**
Incremento de reservas e inversión física (6)	-	-	-	-	-	-
Sobrante (faltante) neto de flujo de efectivo (7)=(5)-(6)	**-4,933**	**-3,583**	**-5,327**	**-3,820**	**-5,721**	**-4,043**

Fuente: DF, IMSS.

registro pleno del costo laboral del RJP para el periodo 2011-2013[107].

Se estima que para el 2011, bajo el escenario de registro pleno del CNP del RJP, los ingresos asciendan a 1,847 millones de pesos y los gastos totales se calculan en 11,834 millones de pesos, que representan 640.7 por ciento respecto a los ingresos, por lo que se tendrá un déficit de 9,987 millones de pesos, sin la posibilidad de generar efectivo, como muestra el cuadro VIII.2.

Gráfica VIII.1.
Estado de resultados del Seguro de Salud para la Familia, 2006-2010
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

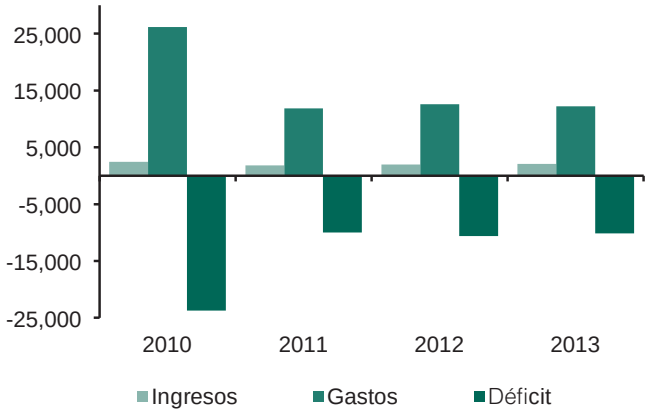
[107] Las proyecciones de corto plazo sin el registro pleno del costo laboral del RJP difieren con el estado de ingresos y gastos que considera el registro parcial (cuadro VIII.1), toda vez que en las primeras se considera el supuesto de que el Gobierno Federal asumirá la totalidad de las obligaciones derivadas de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores.

Los escenarios para 2012 y 2013 consideran ingresos de 1,976 y 2,088 millones de pesos en cada año. Los gastos se proyectan en 12,590 y 12,217 millones de pesos, con un déficit en ambos años de 10,614 y 10,129 millones de pesos, respectivamente. La gráfica VIII.2 contiene los ingresos, gastos y déficit para los cuatro años.

De manera similar, el seguro presenta déficits, aunque de menor magnitud, para el periodo 2011-2013 bajo el escenario sin registro pleno del CNP del RJP.

Todas las familias que voluntariamente se incorporen al SSFAM contribuyen anualmente con una cuota que se fija con base en las edades de cada uno de sus miembros. Para 2011 esta cifra va de 1,321 pesos anuales para los asegurados cuya edad es de entre 0 y 19 años a 3,472 pesos anuales para aquellos cuya edad es de 60 años y más. Las cuotas son modificadas en febrero de cada año, considerando la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) del año anterior. Por su parte, el Gobierno Federal aporta una cuota fija diaria por familia asegurada, independientemente del tamaño de la familia y de la composición por edad de sus integrantes. Dicha cuota es equivalente a 13.9 por ciento de un salario mínimo general vigente

Gráfica VIII.2.
Estado de resultados del Seguro de Salud para la Familia, 2010-2013, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

en el Distrito Federal (SMGVDF) en julio de 1997 y es ajustada trimestralmente conforme a la variación del INPC. Las cifras anteriores se muestran en el cuadro VIII.3.

Cuadro VIII.3.
Cuotas anuales pagadas por los asegurados y por el Gobierno Federal para el financiamiento del Seguro de Salud para la Familia
(pesos corrientes)

Concepto	Grupo de edad	2010	2011
Cuota anual por asegurado	0 a 19	1,265.10	1,320.80
	20 a 39	1,478.60	1,543.10
	40 a 59	2,210.10	2,307.40
	60 y más	3,325.70	3,472.10
Cuota anual del Gobierno Federal por familia		3,128.30	3,201.10

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

VIII.3. Proyecciones financieras de largo plazo

Desde su creación en 1997, el SSFAM ha sido deficitario. En 2011 su déficit representa 206.2 por ciento de los ingresos del seguro, y de acuerdo con las proyecciones realizadas mediante el MIFA se espera que ese déficit continúe aumentando en forma importante en los próximos años hasta representar 310.9 por ciento de los ingresos en 2050, como se observa en el cuadro VIII.4.

Debido a que el SSFAM es un seguro voluntario cuyo financiamiento no depende del salario base de cotización o de contribución (SBC), para poder realizar el análisis de la prima y del salario de equilibrio se adoptaron los siguientes criterios: la prima de contribución (PC) del SSFAM equivale a 100 por ciento de los ingresos por cuotas obrero-patronales (COP) y aportaciones del Gobierno Federal (AGF) de ese seguro; la prima de reparto (PR) es el porcentaje de estos ingresos que se requeriría para hacer frente a los gastos, con respecto a la PC, y la prima media nivelada (PMN) es el porcentaje de los ingresos por COP y AGF que se requeriría en promedio durante todo el periodo de proyección para hacer frente a los gastos estimados para ese periodo, con respecto a la PC. Adicionalmente, en lugar del SBC de contribución y del SBC de equilibrio (SBC-E) se procedió a calcular la aportación anual (AA)[108] y la aportación anual necesaria (Aportación de Equilibrio [AE])[109], para equilibrar los ingresos y los gastos del SSFAM.

El análisis realizado muestra entonces que para que el SSFAM pudiera reportar equilibrio financiero durante todo el periodo de proyección (lo cual sería equivalente a la PMN) se requeriría que sus ingresos actuales aumentaran en 306.7 por ciento o bien, que esos ingresos aumentaran progresivamente cada año desde 337.3 por ciento en 2011 hasta 465.5 por ciento en 2050, lo cual es equivalente a la PR. Las dos situaciones se muestran en el cuadro VIII.4 y en la gráfica VIII.3.

Por otro lado, con base en las cifras del estado de cambios en la situación financiera, se calculó que en 2011 la AA por asegurado, incluyendo la cuota diaria

[108] Para efecto del análisis de las primas y del salario de equilibrio del SSFAM, la AA es la suma de las cuotas anuales que aportan los asegurados del SSFAM de acuerdo con su edad, más la cuota fija que aporta el Gobierno Federal por cada familia afiliada a ese seguro.

[109] Para efecto del análisis de las primas y del salario de equilibrio del SSFAM, la AE es la suma de las cuotas anuales que tendrían que aportar los asegurados del SSFAM de acuerdo con su edad, más la cuota fija que tendría que aportar el Gobierno Federal por cada familia afiliada a ese seguro, para que el SSFAM tuviera equilibrados sus ingresos y sus gastos.

Cuadro VIII.4.
Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 de ingresos, gastos y déficit del Seguro de Salud para la Familia
(millones de pesos de 2011)

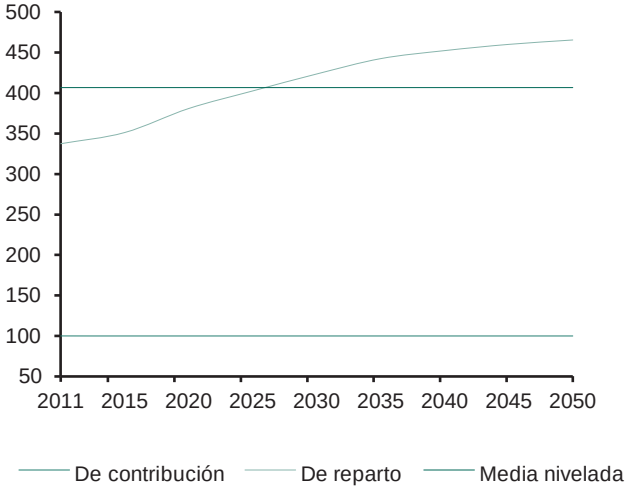
Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos												
Cuotas obrero-patronales	983	1,015	1,045	1,077	1,109	1,268	1,423	1,576	1,722	1,862	1,999	2,144
Aportaciones del Gobierno Federal	987	1,006	1,023	1,042	1,060	1,140	1,201	1,249	1,281	1,299	1,307	1,314
Otros[1/]	200	170	155	154	133	165	199	238	280	332	391	459
Ingresos totales	**2,170**	**2,190**	**2,222**	**2,272**	**2,302**	**2,572**	**2,824**	**3,062**	**3,283**	**3,493**	**3,697**	**3,917**
Gastos												
Gasto corriente[2/]	5,337	5,493	5,614	5,789	5,966	6,944	7,925	8,970	10,056	11,148	12,332	13,663
Prestaciones económicas[3/]	1,306	1,393	1,481	1,566	1,653	2,226	2,640	2,993	3,232	3,152	2,874	2,434
Inversión física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	**6,643**	**6,886**	**7,095**	**7,356**	**7,619**	**9,170**	**10,565**	**11,963**	**13,288**	**14,301**	**15,207**	**16,097**
Resultado financiero	**-4,473**	**-4,696**	**-4,873**	**-5,084**	**-5,317**	**-6,598**	**-7,741**	**-8,901**	**-10,005**	**-10,808**	**-11,510**	**-12,180**
Prima (actual=100)[4/]												
De contribución (PC)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
De reparto (PR)	337.3	340.9	343.2	347.2	351.2	380.8	402.6	423.5	442.5	452.4	460.1	465.5
Media nivelada (PMN)	406.7	406.7	406.7	406.7	406.7	406.7	406.7	406.7	406.7	406.7	406.7	406.7
Diferencia (PMN-PC)	306.7	306.7	306.7	306.7	306.7	306.7	306.7	306.7	306.7	306.7	306.7	306.7
Aportación anual												
Actual	4,030.4	4,030.4	4,030.4	4,030.4	4,030.4	4,030.4	4,030.4	4,030.4	4,030.4	4,030.4	4,030.4	4,030.4
Actual en veces el SMGDF	67.4	67.0	66.7	66.4	66.0	64.4	62.8	61.3	59.8	58.3	56.9	55.5
De equilibrio	13,596.3	13,738.2	13,831.8	13,994.8	14,154.3	15,349.7	16,224.9	17,069.5	17,833.9	18,233.0	18,542.5	18,761.3
De equilibrio en veces el SMGDF	227.3	228.5	228.9	230.5	231.9	245.3	252.9	259.5	264.5	263.8	261.6	258.2
Diferencia en veces el SMGDF	159.9	161.5	162.2	164.1	165.9	180.9	190.1	198.3	204.7	205.5	204.8	202.7

[1/]Incluye los siguientes conceptos: aportación de los trabajadores del IMSS al fondo de jubilación; intereses moratorios; comisiones por servicios a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) y al Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT); adeudos del Gobierno Federal; ingresos de tiendas y productos financieros de las reservas.
[2/]Incluye los siguientes conceptos: servicios de personal; materiales y suministros, y servicios generales.
[3/]Incluye el gasto del RJP.
[4/]La estimación de las aportaciones se realiza con base en los ingresos por cuotas y por aportación del Gobierno Federal.
Fuente: DF, IMSS.

por familia aportada por el Gobierno Federal, es de 4,030 pesos, mientras que la AE para financiar los gastos de ese año debería ser de 13,596 pesos, es decir, 237.3 por ciento superior (cuadro VIII.4). Para el futuro se estima que este desbalance financiero se acentuará, toda vez que la AA prácticamente será la misma durante todo el periodo de proyección debido a que está indexada al INPC, mientras que los gastos continuarán creciendo en términos reales. Para el año 2050 se proyecta que la AE llegará a ser de 18,761.3 pesos, o sea 3.7 veces más que la AA. Expresada en veces el SMGDF, la AA de 2011 y 2050 equivale a 67.4 y 55.5 veces el SMGVDF, en tanto que la AE de esos mismos años equivale a 227.3 y 258.2 veces el SMGVDF. Lo anterior significa que en 2011 la diferencia entre la AA y la AE sería de 159.9 veces el SMGVDF y en 2050 sería de 202.7 veces el SMGVDF, como se muestra en el cuadro VIII.4 y en la gráfica VIII.4.

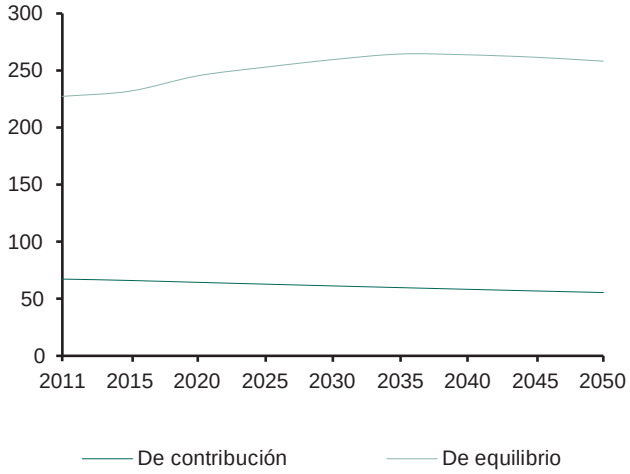
En el cuadro VIII.5 se muestra el déficit financiero del SSFAM proyectado para los próximos 40 años, el

Gráfica VIII.3.
Primas de contribución, de reparto y media nivelada del Seguro de Salud para la Familia, 2011-2050
(porcentaje de los ingresos actuales)



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VIII.4.
Aportación anual de contribución y aportación anual de equilibrio del Seguro de Salud para la Familia, 2011-2050
(número de veces el SMGDF)



Fuente: DF, IMSS.

cual se estima en términos de flujo promedio anual en 8,740 millones de pesos, y en valor presente para el periodo de proyección 2011-2050 en 172,782 millones de pesos.

Considerando las estimaciones del déficit del cuadro VIII.5, se calcula que para que el SSFAM pudiera registrar equilibrio entre sus ingresos y sus gastos, se requeriría que las aportaciones a ese seguro (PC) aumentaran en poco más de 306.7 por ciento con respecto a las actuales, o que las cuotas de contribución se incrementaran en 315.9 por ciento. Estas cifras se presentan en el cuadro VIII.6.

VIII.4. Opciones de política

Entre las principales causas del déficit del SSFAM se identifican dos principales: i) la presencia de selección adversa, misma que significa que la población que se afilia en este seguro tiene un promedio de edad mayor a la edad de la población afiliada en el SEM, y ii) el nivel de las cuotas por edad que se cobra a los asegurados del SSFAM, el cual ha resultado insuficiente para financiar las prestaciones en especie que por Ley debe proporcionar este seguro a sus afiliados.

Selección adversa

En diciembre de 2010 estaban afiliados al SSFAM 485,490 asegurados, de los cuales 45.7 por ciento eran hombres y 54.3 mujeres; su edad promedio era de 37.9 años en el caso de los hombres y de 41.6 años en el de las mujeres.

Del total de asegurados, 22.5 por ciento correspondía al grupo de edad de 0 a 19 años; 24.1 por ciento al grupo de 20 a 39 años; 35.9 por ciento al de 40 a 59 años, y el restante 17.5 por ciento al de 60 y más años de edad (gráfica VIII.5).

Comparada con la población asegurada en el SEM, la del SSFAM es notoriamente más vieja en las edades que rebasan los 40 años, situación que se muestra en la gráfica VIII.6.

La diferencia en las distribuciones de los asegurados por grupo de edad podría tener su origen en el motivo por el cual estos se afilian al IMSS, ya que mientras en el SEM la condición de aseguramiento se vincula con una relación laboral, en el SSFAM existe una condición de afiliación voluntaria que podría estar ligada a una necesidad de atención médica específica. En este sentido, se infiere que debido a que la población del

Cuadro VIII.5.
Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 del déficit financiero del Seguro de Salud para la Familia
(millones de pesos de 2011)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	Promedio anual 2011-2050	Valor presente 2011-2050[1/]
Ingresos totales	2,170	2,190	2,222	2,272	2,302	2,572	2,824	3,062	3,283	3,493	3,697	3,917	3,055	63,004
Gastos totales	6,643	6,886	7,095	7,356	7,619	9,170	10,565	11,963	13,288	14,301	15,207	16,097	11,795	235,786
Resultado financiero	**-4,473**	**-4,696**	**-4,873**	**-5,084**	**-5,317**	**-6,598**	**-7,741**	**-8,901**	**-10,005**	**-10,808**	**-11,510**	**-12,180**	**-8,740**	**-172,782**

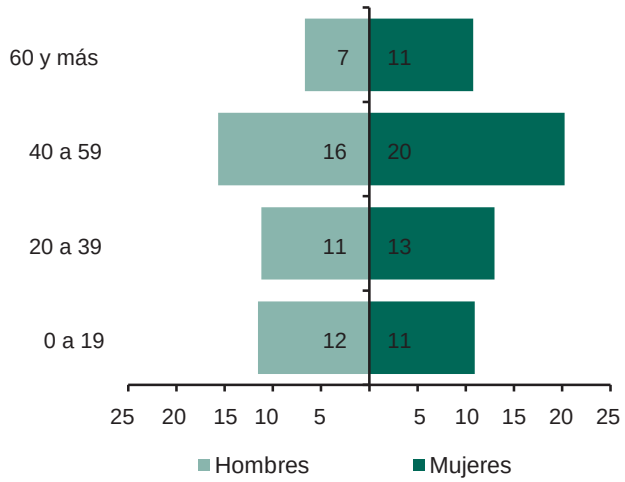
[1/]Calculado con una tasa de descuento de 3.5 por ciento real.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VIII.6.
Incremento necesario en la prima de contribución o en la aportación anual por asegurado para obtener equilibrio financiero en el Seguro de Salud para la Familia

Concepto	Prima		Incremento necesario en la PC PMN/PC-1 (%)	Aportación promedio por asegurado 2011		Incremento necesario en la aportación AE/AA-1 (%)
	De contribución (PC)[1/]	Media nivelada (PMN)		Actual (pesos anuales)	De equilibrio (pesos anuales)	
	(a)	(b)	(c)=(b)/(a)-1	(d)	(e)	(f)=(e)/(d)-1
Seguro de Salud para la Familia	100.0	406.7	306.7	4,030.4	16,761.5	315.9

[1/]En el SSFAM, la base es aportaciones actuales=100.
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VIII.5.
Población afiliada al Seguro de Salud para la Familia por sexo y grupo de edad, a diciembre de 2010
(porcentajes)



Fuente: DF con información de la DIR, IMSS.

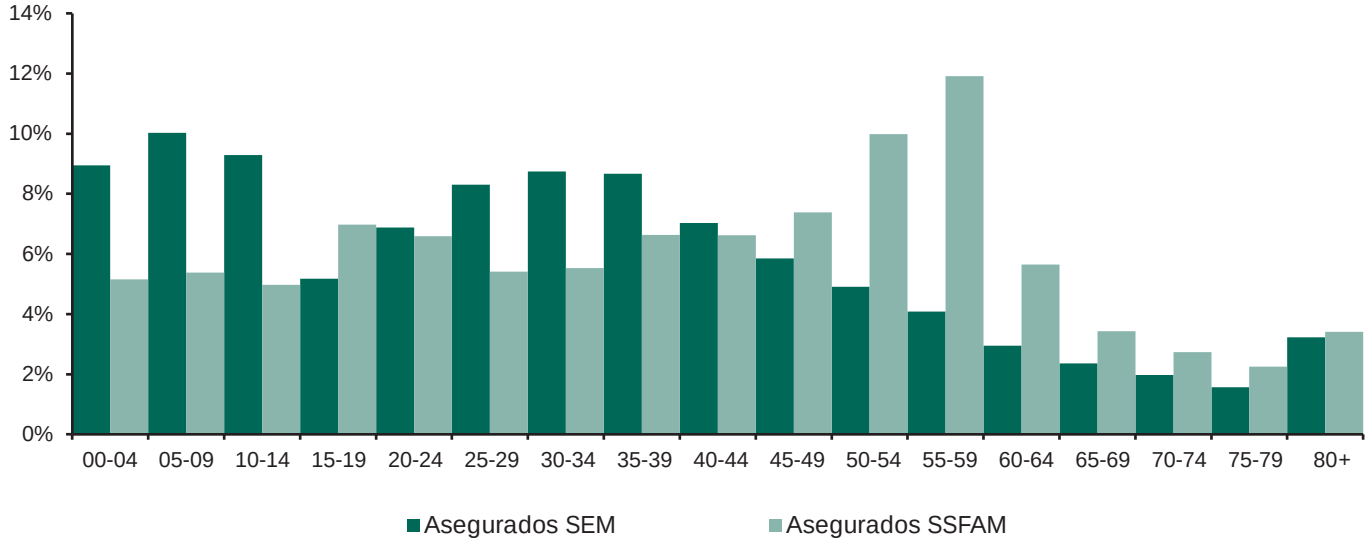
SSFAM se concentra en edades relativamente más avanzadas, también es más propensa a enfermarse y, por ende, resulta más costosa para el IMSS debido a la relación directa entre edad, incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, y costo de su tratamiento.

Cuotas por edad

En el cuadro VIII.7 se presentan las cuotas que se han aplicado en 2008, 2009 y 2010 en el SSFAM, por rango de edad de los asegurados, así como el déficit registrado en dichos años en este seguro.

La magnitud del déficit es un reflejo de que las cuotas han sido insuficientes para cubrir los gastos de las prestaciones en especie que se proporcionan en el SSFAM a los asegurados; sin embargo, actualmente la Ley no prevé un mecanismo que permita ajustarlas en congruencia con la dinámica de la demanda de la población que se afilia a este seguro.

Gráfica VIII.6.
Población afiliada al Seguro de Enfermedades y Maternidad y al Seguro de Salud para la Familia por grupo de edad, a diciembre de 2010[1/]
(porcentajes)



[1/] La población afiliada al SEM y al SSFAM corresponde a la Población Adscrita a Médico Familiar (PAMF) descontándole la población de pensionados y de sus familiares.
Fuente: DF con datos del Sistema de Acceso a Derechohabientes (AcceDer), IMSS.

Cuadro VIII.7.
Cuotas y déficit del Seguro de Salud para la Familia
(cuotas anuales en pesos; déficit en millones de pesos)

Año	Cuotas anuales				Déficit
	0 a 19	20 a 39	40 a 59	60 y más	
2008	1,147	1,340	2,003	3,014	4,081
2009	1,222	1,428	2,134	3,211	3,822
2010	1,265	1,479	2,210	3,326	4,101

Fuente: DF, IMSS.

Por lo anterior, el IMSS ha considerado que una opción de política que posibilite el equilibrio financiero del SSFAM al tiempo de ampliar su cobertura sin demérito en la calidad y la oportunidad de los servicios que se proporcionan a los derechohabientes al amparo de este seguro es realizar una reforma al Artículo 242 de la LSS mediante la cual el H. Consejo Técnico del Instituto sea el que determine el importe de las cuotas a aplicar, previa realización de los análisis y estudios actuariales pertinentes.

Se estima que de aplicarse esa política, el SSFAM podría incrementar sus ingresos en 5,103 millones de pesos en promedio anual durante el periodo 2012-2016, y medido en valor presente el beneficio sería de 168.3 mil millones de pesos en el periodo 2012-2050. El efecto de esa politica sobre las finanzas del Instituto sería una disminución del déficit global de 13.3 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) de 2011 a 12.1 por ciento del PIB de ese mismo año. En el cuadro VIII.8 se presentan estos resultados.

Cuadro VIII.8.
Estimación del impacto financiero de un ajuste en las cuotas de afiliación al Seguro de Salud para la Familia
(millones de pesos de 2011)

Descripción de la Política	Flujo anual promedio derivado de la medida 2012-2016	2012-2050[1/]					
		Beneficios de la medida, en valor presente	% PIB 2011[2/]	Valor presente del déficit global			
				Sin la medida	% PIB 2011[2/]	Con la medida	% PIB 2011[2/]
Ajuste de las cuotas de afiliación para el financiamiento del Seguro de Salud para la Familia (SSFAM)[3/]	5,103	168,309	1.2	1,881,650	13.3	1,713,341	12.1

[1/] Se asume que los cambios legislativos requeridos para la implementación de las propuestas se efectuarían durante 2011, mientras que las políticas aplicarían a partir de 2012.
[2/] Corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica 2011 (14'140,600 millones de pesos).
[3/] Considera un ajuste suficiente en las cuotas anuales que se pagan actualmente para afiliarse a este seguro, a efecto de lograr el equilibrio financiero del mismo.
Fuente: DF, IMSS.

Capítulo

IX

Reservas y Fondo Laboral del Instituto

La Ley del Seguro Social (LSS) establece que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) debe constituir reservas financieras con el fin de garantizar el debido y oportuno cumplimiento de las obligaciones que contraiga derivadas del pago de beneficios y la prestación de servicios relativos a los seguros que establece la Ley, es decir, en su carácter de IMSS-Asegurador. Por otro lado, como patrón, el Instituto también administra y maneja un fondo con objeto de disponer de los recursos necesarios en el momento de la jubilación de sus empleados, tal y como lo estipula la LSS.

Este capítulo presenta la situación actual y la evolución reciente de las reservas y fondos que el Instituto tiene constituidos con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contraídas en su doble carácter de asegurador y administrador (patrón). En la primera sección se describen la naturaleza, propósito y evolución de las reservas y fondos del IMSS, así como el fundamento normativo para su inversión. Enseguida se detallan los saldos alcanzados en 2010, cuál fue la estrategia de inversión seguida durante el año, los rendimientos obtenidos y los usos realizados recientemente, comentados en el Capítulo III, y los que se espera realizar[110].

[110] El capítulo se complementa con el Anexo F en donde se detalla el proceso integral de inversión de las reservas y se incluye el recuento de diversas acciones que han tenido lugar como consecuencia de la crisis de los mercados financieros de 2008 a 2009.

IX.1. Antecedentes

IX.1.1. La estructura de las reservas y fondo del IMSS

Las reservas que el IMSS debe constituir para garantizar el cumplimiento de sus obligaciones como asegurador de los riesgos que cubre el Seguro Social son las siguientes:

- Reservas Operativas (RO).
- Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF).
- Reservas Financieras y Actuariales (RFA).
- Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA).

El fondo que el Instituto administra para enfrentar sus obligaciones como patrón se denomina Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral).

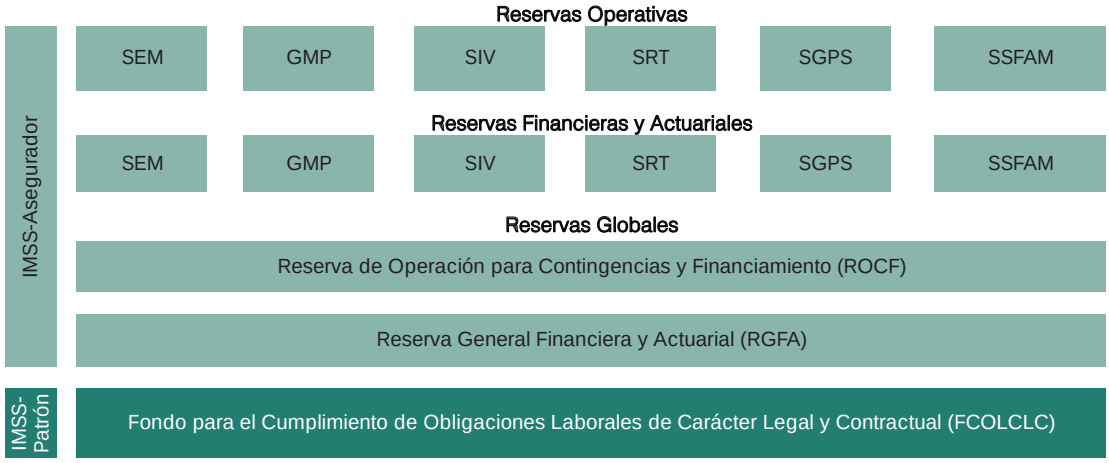
- Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS).
- Seguro de Salud para la Familia (SSFAM).
- Para otros seguros o coberturas que, en su caso, se establezcan con base en la LSS.

La estructura de las reservas y fondo del IMSS se resume en la gráfica IX.1.

En la misma Ley se establece que las metas de los montos que se dediquen cada año a incrementar, disminuir o, en su caso, reconstituir las RFA, la RGFA y el FCOLCLC, se fijan dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) que apruebe la Cámara de Diputados.

En el caso del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), las cuotas obrero-patronales (COP) y la aportación estatal se reciben y depositan en las cuentas individuales de los trabajadores, y la administración de los recursos está a cargo de las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE).

Gráfica IX.1.
Estructura de las reservas y fondo del IMSS según la LSS



Fuente: LSS.

La ROCF y la RGFA, al igual que el FCOLCLC, son globales, mientras que se debe establecer una RO y una RFA por cada uno de los siguientes seguros y coberturas:

- Enfermedades y Maternidad (SEM).
- Gastos Médicos para Pensionados (GMP).
- Invalidez y Vida (SIV).
- Riesgo de Trabajo (SRT).

IX.1.2. Los propósitos de las reservas y fondo del IMSS

El propósito de cada una de la reservas y Fondo Laboral se detalla en el cuadro IX.1[111].

[111] Ver también el Capítulo X sobre el pasivo laboral del Instituto.

Cuadro IX.1.
Propósitos de las reservas y Fondo Laboral

Reserva/Fondo	Propósito
Reservas Operativas (RO)	Son el capital de trabajo de los seguros y la vía de fondeo para las demás reservas. A ellas se destinan todos los ingresos por COP, 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, así como cualquier otro ingreso de los seguros. Sólo se puede disponer de ellas para hacer frente al pago de prestaciones, gastos administrativos y constitución de las RFA del seguro que corresponda, así como para la aportación correspondiente para la constitución de la ROCF y la RGFA. Las RO se registran contablemente por separado y se invierten globalmente, es decir, como una sola RO.
Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF)	Se establece con el fin de procurar estabilidad y certidumbre en la operación cotidiana del Instituto y facilitar la planeación de mediano plazo, así como para alcanzar las metas de reservas y fondos señalados en el PEF, en caso de que se prevea que no sea posible cumplirlas. 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 financiar las RO, previa aprobación del H. Consejo Técnico (HCT). El monto máximo del financiamiento 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. A dicha reserva podrán afectarse, además de los ingresos ordinarios del IMSS, los recursos que obtenga de manera extraordinaria. Adicionalmente, los ingresos excedentes a los presupuestados, que en su caso tuviere el Instituto al cierre de 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.
Reservas Financieras y Actuariales (RFA)	Tienen como propósito hacer frente al riesgo de caídas en los ingresos o incrementos en los egresos ocasionadas por problemas económicos persistentes, normalizar el flujo de efectivo en caso de que haya fluctuaciones en la siniestralidad de los seguros que sean mayores a las estimadas en el Informe Financiero y Actuarial (IFA)[1/] del IMSS o bien, financiar por adelantado los pagos futuros de prestaciones (prefondeo). La LSS determina que se constituya una reserva para cada uno de los seguros y coberturas, a través de aportaciones que consideren estimaciones de sustentabilidad financiera de largo plazo contenidas en el IFA del Instituto. No obstante, los montos definitivos a aportar a las RFA son aprobados cada año en el PEF, es decir, son determinados en el proceso de aprobación del presupuesto federal del ejercicio. Los recursos de cada una de estas reservas sólo pueden utilizarse para el seguro para el cual fueron establecidas y previo acuerdo del HCT a propuesta del Director General, en los términos del reglamento de la materia, no teniendo que reembolsarse los montos que en su caso se utilicen.
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 en cualquiera de las RFA. Se constituye, incrementa o reconstituye a través de una aportación anual que se estima en el IFA.
Fondo Laboral o FCOLCLC	Es administrado por el IMSS con el objeto de disponer de los recursos necesarios para el pago de las jubilaciones de sus propios trabajadores. La LSS ordena la obligación institucional de depositar en este fondo los recursos necesarios para cubrir y financiar los costos derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) de sus empleados que sean originados por la creación, sustitución o contratación de plazas. Conforme a la propia Ley, este fondo deberá registrarse en dos cuentas: Cuenta Especial para el RJP y Cuenta de Otras Obligaciones Laborales. • La Cuenta Especial para el RJP se integra a su vez por dos Subcuentas: - Subcuenta 1 (RJPS1). Se integra con los recursos acumulados en el FCOLCLC hasta el 11 de agosto de 2004 y se utiliza para el pago de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de Base, trabajadores de Confianza “B” y de los jubilados y pensionados del RJP que ostentaban esta condición hasta el 16 de octubre de 2005. - Subcuenta 2 (RJPS2). Se constituyó y se incrementa con la aportación al RJP excedente de 3 por ciento del salario establecida para los trabajadores en activo, de Base y Confianza “B”, que ostentaban 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. Este excedente que inició con 1 por ciento del salario en 2005 se ha estado incrementando un punto porcentual cada año, hasta llegar a 7 por ciento del salario. A esta subcuenta también se destina la aportación de 4 por ciento del salario al financiamiento del RJP de los trabajadores de Base y de Confianza “B” que ingresen al Instituto a partir del 16 de octubre de 2005, la cual se incrementará en un punto porcentual en cada revisión anual hasta alcanzar 10 por ciento del salario, lo que conforma la Subcuenta 2B. Se utiliza para el pago de las pensiones de los trabajadores de Base y trabajadores de Confianza "B" que ingresaron al Instituto a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 de junio de 2008. • La Cuenta de Otras Obligaciones Laborales no presenta recursos acumulados a la fecha.

[1/] De acuerdo con la LSS, la Asamblea General del IMSS discutirá anualmente para su aprobación o modificación el IFA en el cual se examine la suficiencia de los recursos para todos y cada uno de los seguros.

Fuente: LSS; Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

IX.1.3. Fundamento normativo para la inversión de las reservas y fondo

Para la inversión de las reservas y el FCOLCLC, el Instituto se rige por la LSS, por el Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS (Reglamento) emitido por el Ejecutivo Federal, por la Norma de Inversiones Financieras (NIF) aprobada por el H. Consejo Técnico (HCT), así como por todos aquellos acuerdos aprobados por la Comisión de Inversiones Financieras (Comisión o CIF) la cual, según el Reglamento, es el órgano del HCT facultado para proponer ante dicho Consejo las políticas y directrices para la inversión de las reservas, además de la evaluación y supervisión de su aplicación[112].

En la Sección Cuarta del Capítulo VII de la LSS se establece que las RO y la ROCF deben invertirse en valores emitidos o garantizados por el Gobierno Federal, en valores de alta calidad crediticia, o en depósitos en instituciones de crédito y fondos de inversión. Los plazos deben ser acordes con las necesidades de efectivo del Instituto. Ahí mismo se asienta que las RFA y la RGFA podrán invertirse en los valores, títulos de crédito y otros derechos que se determinen conforme al Reglamento que emita el Ejecutivo Federal, el cual regulará también los plazos, montos, instituciones, límites máximos de inversión, emisores, depositarios y demás características de la administración de las inversiones. Por último, de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VIII de la Ley, las reglas del Fondo Laboral son aprobadas por el HCT, el cual debe tomar en cuenta la opinión de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Partiendo de lo establecido en la LSS, el Reglamento y la NIF en conjunto especifican que las operaciones de inversión de las RO y la ROCF podrán realizarse hasta 100 por ciento en instrumentos de deuda gubernamental, hasta 100 por ciento en instrumentos de deuda bancaria y hasta 25 por ciento en instrumentos de deuda de empresas o corporativa. Por otro lado, para las RFA, la RGFA y el Fondo Laboral, el régimen de inversión contempla las mismas alternativas para deuda gubernamental, bancaria y corporativa, además de que para estas reservas y fondo se permite la inversión en acciones representativas del capital social de sociedades o empresas mexicanas que tengan objeto complementario o afín al del propio Instituto. En todos los casos, las inversiones pueden ser en moneda nacional, moneda extranjera o Unidades de Inversión (UDI), y en operaciones en directo o en reporto, de acuerdo con lo establecido en el régimen de inversión que se explica con detalle en la sección IX.2.2.

Siempre y cuando se cumplan diversos requisitos y límites especificados en la NIF, el IMSS cuenta con facultades legales para invertir sus reservas y fondo en una gama de instrumentos de deuda emitidos por el Gobierno Federal, las instituciones del sistema bancario o empresas de los sectores privado y público. También está fundamentada la posibilidad de que invierta en el capital de sociedades o empresas, tanto públicas como privadas[113].

IX.1.4. Evolución de los saldos de las reservas y fondo

En la gráfica IX.2 se presenta la evolución del saldo contable de las RO, la ROCF, las RFA, la RGFA y el FCOLCLC que incluye la Subcuenta 1 y la Subcuenta 2.

Como se puede apreciar, desde su creación hasta 2010, el saldo de las reservas y subcuentas del

[112] El Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS fue expedido por decreto del Ejecutivo Federal y publicado originalmente en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 13 de octubre de 1999 y su única reforma hasta ahora se publicó en el DOF el 21 de julio de 2004. La NIF vigente del IMSS fue aprobada por el HCT y autorizada por la Dirección de Finanzas en 2009, entrando en vigor el 1° de enero de 2010.

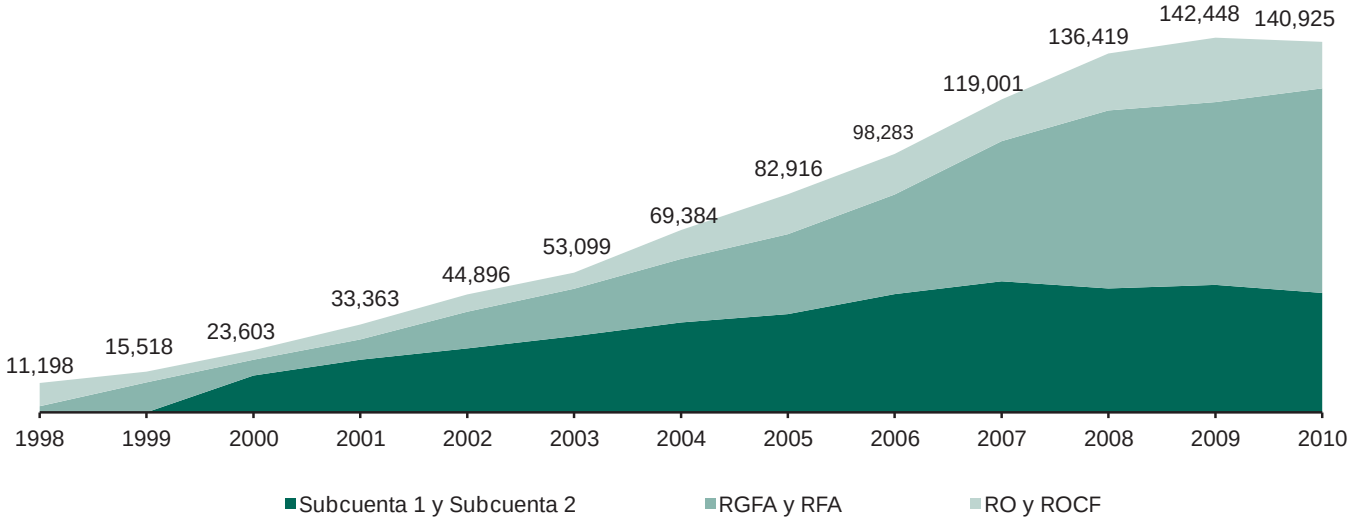
[113] Es importante aclarar que, cuando se publicó en el DOF el "Acuerdo por el que se expiden los lineamientos para el manejo de las disponibilidades financieras de las entidades paraestatales de la Administración Pública Federal", el 1º de marzo de 2006, el IMSS solicitó opinión por escrito sobre la aplicabilidad del mencionado acuerdo en las inversiones de sus fondos, y recibió respuesta de la SHCP, a través de la Unidad de Crédito Público, mediante el oficio 3005.-055/2006 del 10 de abril de 2006, confirmando el criterio de que debe invertir sus fondos de acuerdo con lo que disponen la LSS y el Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS, y no por el acuerdo mencionado.

FCOLCLC creció, en términos nominales, 12.6 veces, resultado del esfuerzo de constitución de reservas aprobado por el HCT a través de fondeos anuales a las RFA y al FCOLCLC, ratificados en los PEF, en los términos de la LSS, y de los productos financieros generados por medio de la inversión de los recursos.

En la siguiente sección se comenta la variación entre 2009 y 2010, y más adelante, en la sección IX.2.6, se muestran las proyecciones de corto plazo de los saldos de las reservas y Fondo Laboral.

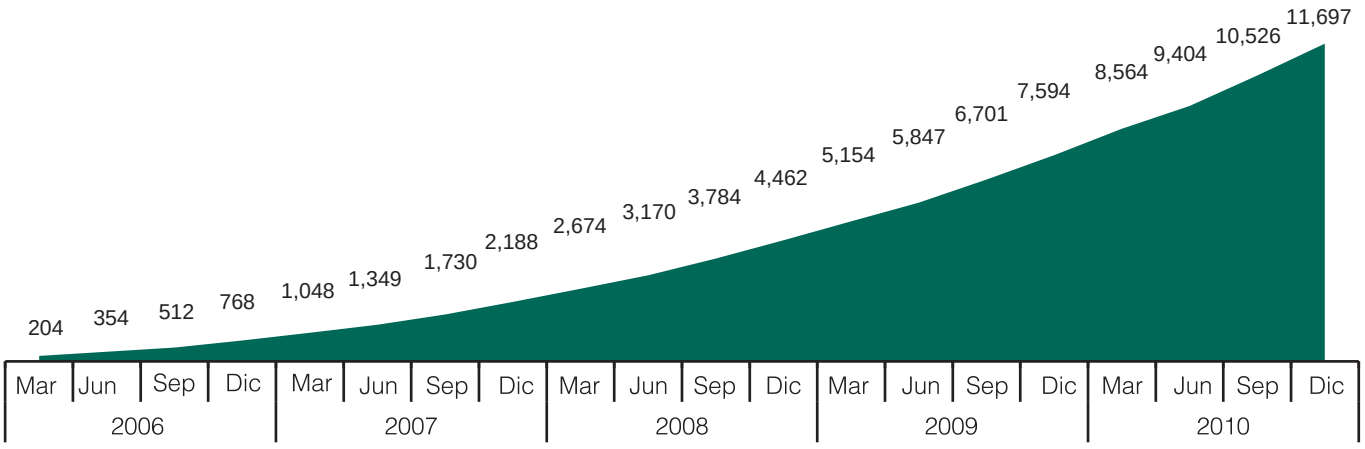
Considerando la reciente creación de la Subcuenta 2, en la gráfica IX.3 se presenta la evolución mensual del saldo contable. Desde su creación hasta 2010 el saldo de la Subcuenta 2 creció, en términos nominales, 57.3 veces, resultado de las aportaciones quincenales y del rendimiento de las inversiones financieras.

Gráfica IX.2.
Evolución del saldo contable de las reservas y Fondo Laboral
(millones de pesos al cierre de cada año)



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.3.
Evolución del saldo contable de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral
(millones de pesos al cierre de cada año)



Fuente: DF, IMSS.

IX.2. Inversión de las reservas y fondo

IX.2.1. Posición del portafolio de inversión

Al cierre de 2010, la posición de las reservas y Fondo Laboral del IMSS sumó 140,925 millones de pesos, lo que representa un decremento de 1,523 millones de pesos o 1.1 por ciento con respecto a la cifra de diciembre de 2009, tal y como se muestra en el cuadro IX.2.

Cuadro IX.2.
Posición de las reservas y Fondo Laboral[1/]
(millones de pesos)

Reservas/Fondo	2009	2010
RO[2/]	15,059	10,783
ROCF	9,443	6,997
RFA	67,707	75,634
RGFA	1,816	2,108
Fondo Laboral	48,423	45,403
Subcuenta 1	40,829	33,706
Subcuenta 2[3/]	7,594	11,697
Total	**142,448**	**140,925**

[1/] En 2010 el Instituto realizó trimestralmente análisis comparativos del valor de mercado estimado de las inversiones financieras *vs.* su valor contable. Derivado de los resultados, al 31 de diciembre de 2010, se realizó el reconocimiento del deterioro contable (no materializado) de diversas inversiones en la RFA del SRT por 130.8 millones de pesos, la RFA del SIV por 176.5 millones de pesos, la Subcuenta 1 del Fondo Laboral por 365 millones de pesos y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral por 22.6 millones de pesos; en total fueron 694.9 millones de pesos.
[2/] En el SIV se incluyen los valores invertidos en la Afore XXI, S. A. de C. V. Por lo que respecta a las RO, la diferencia contra Estados Financieros se refiere a los fondos fijos en delegaciones y Unidades de Medicina de Alta Especialidad (UMAE), así como a otros fondos ajenos y disponibilidades que no se tipifican como inversiones financieras.
[3/] El saldo de la Subcuenta 2 del RJP no incluye los intereses devengados no cobrados del pago de tres cupones por 4.4 millones de pesos de la emisión COMM270300327 de Comercial Mexicana por incumplimiento en marzo y septiembre de 2009, y marzo de 2010. Dicho monto se registró en la cuenta contable "Inversiones en Litigio Subcuenta 2 del Fondo Laboral".
Fuente: DF, IMSS.

Las variaciones de las reservas y Fondo Laboral obedecen a múltiples movimientos en el año, aportaciones, pago de intereses, traspasos y otros, destacando en 2010 el uso de 9,900 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para el pago de las pensiones del RJP, así como la utilización de 6,300 millones de pesos de la ROCF para apoyar el gasto del Programa de Inversión Física, en los términos de la LSS.

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.2.2. Régimen de inversión

Los porcentajes de cada reserva o de las subcuentas del Fondo Laboral que se pueden invertir en cada clase de activo se detallan en el cuadro IX.3. Además de lo ya señalado en la sección IX.1.3 sobre los límites de las deudas gubernamental, bancaria y corporativa, así como de otros valores corporativos, también se muestra que en la RGFA, las RFA y el Fondo Laboral es factible invertir en notas estructuradas, notas de mercado accionario y en activos denominados en moneda extranjera. Adicionalmente, hay límites con relación a la duración de las inversiones, los cuales se señalan en el mismo cuadro. Estos límites del régimen de inversión se establecen en el Reglamento y en la NIF con base en los ordenamientos generales de la LSS.

Las inversiones deben, además, observar límites de calificaciones crediticias mínimas, los cuales se establecen por separado para corto y largo plazos, para bancos en directo en escalas nacional y global, y para bancos y casas de bolsa en reporto.

Adicionalmente, se establecen límites de inversión para bancos de desarrollo en directo; para deuda corporativa se definen límites por calificación de corto y largo plazos, por emisor, por emisión y por sector económico; en notas estructuradas se contemplan sublímites, todo ello constituye, entre otros, prerrequisitos para realizar las inversiones.

Cuadro IX.3.
Régimen de inversión
(porcentajes, límites)

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 y otros valores corporativos (%)	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 (límite)	**Determina la DF[1/]**					
Horizonte de inversión (límite)			**1 año**			
Duración máxima (límite)				**5 años**	**4 años**	**s/límite**

[1/] La DF instruye el plazo a la UIF de acuerdo con sus proyecciones del flujo de efectivo.
Fuente: DF, IMSS.

IX.2.3. Asignación estratégica de activos

La estrategia de inversión de las reservas y Fondo Laboral para 2010 fue autorizada por la CIF en octubre de 2009 y revisada en marzo de 2010. La asignación propuesta tomó en consideración:

- El programa de usos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para 2010:
  - o Derivado de la contingencia sanitaria por la influenza A H1N1 que provocó una caída en los ingresos y un incremento en los gastos; del problema estructural en los seguros de SEM, GMP y SSFAM que está llevando a un déficit creciente en las RO de esos seguros, así como del cumplimiento de compromisos institucionales como la cobertura de las pensiones en curso de pago (PCP), el HCT autorizó, el 27 de agosto de 2009, el uso de hasta un máximo de 23,367 millones de pesos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral en 2010, para hacer frente al gasto del RJP.
  - o Adicionalmente, el HCT autorizó, el 25 de noviembre de 2009, el traspaso de instrumentos financieros de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral a las RFA, con el fin de que éstas pudieran apoyar los requerimientos de liquidez en 2010 de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, sin necesidad de realizar la venta de sus activos a mercado.
- Los bajos niveles de las tasas de interés, con la expectativa de que se incrementaran en el mediano plazo:
  - o Para reactivar la actividad económica después de la crisis, a finales de 2008 y durante 2009 las autoridades monetarias de Estados Unidos, México y el mundo, tomaron medidas que redujeron de manera importante las tasas de interés. Sin embargo, la expectativa era que al reactivarse la economía y comenzar a presentarse presiones inflacionarias, las tasas aumentarían de manera importante.
- Medidas prudenciales ante la crisis:
  - o Para reducir y contener el riesgo de crédito de los portafolios institucionales después de la crisis financiera de 2008 y su posterior impacto en la economía real, la CIF estableció diversas medidas y determinó algunos cambios en la NIF, entre los cuales destacan: no realizar inversiones en el sector hipotecario, en emisiones de la banca extranjera, ni en deuda corporativa; ajustes a los límites y referencia del valor en riesgo de mercado y de crédito, y clasificación de activos bajo el criterio de riesgo de crédito del emisor, entre otros.

Estos factores determinaron, en general, una asignación estratégica de activos para las inversiones financieras durante 2010 que privilegiara el incremento

de la posición invertida en corto plazo y una menor diversificación de los portafolios por clase y subclase de activos, lo que a su vez se reflejaría en menores rendimientos financieros.

En el cuadro IX.4 se resume la asignación estratégica de activos autorizada para 2010 para cada una de las reservas y fondo (para las RO y la ROCF los plazos de las inversiones se determinan por las necesidades de flujo de efectivo del Instituto, según las instrucciones de la DF, tomándose las clases de activos más convenientes según las condiciones de mercado).

Cuadro IX.4.
Asignación estratégica de activos de la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales, y las Subcuentas 1 y 2 del Fondo Laboral, vigente para 2010
(porcentajes)

Clase de activo	RGFA	RFA	RJPS1	RJPS2
Deuda gubernamental	20.0	52.0	37.0	80.0
Deuda bancaria	80.0	35.6	46.5	9.0
Deuda corporativa	-	12.4	16.5	11.0

Fuente: DF, IMSS.

- Para la RGFA la estrategia se concentró en las clases de activos de deuda bancaria y gubernamental a tasas nominales y a plazos menores a un año dado que es el máximo de inversión establecido para el portafolio.
- En el caso de las RFA la CIF aprobó que el portafolio se concentrara en deuda gubernamental a tasas nominales y reales con diversificación del mediano y largo plazos; la segunda clase de activo con mayor proporción en el portafolio corresponde a deuda bancaria, considerando tasas fijas nominales de corto y mediano plazos, y menores proporciones en tasas variables, reales y revisables en plazos preestablecidos. Respecto a la posición en deuda corporativa, sólo se consideró la posición ya existente en este tipo de instrumentos, es decir, sin hacer nuevas inversiones, con lo cual se daría cumplimiento a las medidas prudenciales respecto a no incrementar el riesgo de crédito corporativo.
- Para la Subcuenta 1 del FCOLCLC la estrategia se concentró en deuda bancaria, en inversiones de tasa nominal a corto plazo y fondeo, con el fin de tener recursos líquidos para hacer frente a los usos. También se asignó una parte importante del portafolio a deuda gubernamental a mediano y largo plazos, sin embargo, estas posiciones corresponden a instrumentos adquiridos anteriormente y que aún se conservaban en el portafolio; al igual que en las RFA, la posición en deuda corporativa cumplió con las medidas prudenciales establecidas por la CIF.
- En el caso de la Subcuenta 2 del FCOLCLC las inversiones propuestas se concentraron en deuda gubernamental a largo plazo, con tasas nominales y reales; la asignación en deuda bancaria únicamente consideraba posiciones a corto plazo a tasa nominal, mismas que se reinvertirían en deuda gubernamental conforme las condiciones del mercado fueran adecuadas para lograr la tasa objetivo de 3.7 por ciento real establecida para este fondo. La asignación en deuda corporativa sólo consideró las posiciones adquiridas previamente, sin inversiones nuevas.

La actualización de las estimaciones de usos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para el financiamiento del RJP a inicios de 2010 consideró 14,626 millones de pesos a partir de junio y hasta noviembre. Para 2011 las estimaciones de usos planteaban 29,174 millones de pesos para la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, distribuidos de marzo a noviembre. Tomando en cuenta lo anterior, en marzo de 2010 la CIF determinó mantener la asignación estratégica de activos propuesta en octubre de 2009 y aprobó la inversión escalonada de los vencimientos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC y de las RFA. Esta estrategia de inversión tomó en cuenta los plazos que maximizaran los rendimientos, de acuerdo con las mejores condiciones del mercado y bajo el supuesto de que los requerimientos de liquidez para 2011 de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, en caso de ser necesario, serían apoyados por las RFA a través del traspaso de algunos de sus activos financieros en posición, previo acuerdo del HCT.

En el segundo semestre de 2010 se realizó otro ajuste a las estimaciones de usos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para 2011, para fijarlas en 20,197 millones de pesos distribuidos en noviembre y diciembre de ese año. En marzo de 2010 la CIF mantuvo la estrategia de inversión autorizada.

IX.2.4. Rendimientos financieros obtenidos

El cuadro IX.5 presenta los ingresos obtenidos por productos financieros durante 2010, en millones de pesos, así como las correspondientes tasas de interés, en porcentaje. Tal y como se explica en la siguiente sección, la política del Instituto consiste en mantener las inversiones financieras hasta su vencimiento, por esta razón los rendimientos reportados no toman en cuenta las fluctuaciones de corto plazo en el valor de mercado de los títulos de deuda[114].

disminución general en las tasas de interés de referencia, con motivo de las políticas monetarias implantadas en todo el mundo: en el periodo 2009-2010 la tasa de Cetes a 28 días cayó de 5.4 a 4.4 por ciento, en promedio, y la Tasa de Interés Interbancario de Equilibrio (TIIE) se redujo de 5.9 a 4.9 por ciento, en promedio.

Registro contable

El Instituto clasifica los instrumentos financieros en que invierte como "conservados a vencimiento", de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados en las normas de información financiera de las NIF, por lo que el registro y la valuación contable de las posiciones de inversión se realizan a su costo de adquisición actualizado[115].

Cuadro IX.5.
Productos financieros por reserva y Fondo Laboral[1/, 2/]
(millones de pesos y tasas[3/])

Reserva/Fondo	2009		2010	
	Mdp[4/]	Tasas	Mdp[4/]	Tasas
RO	532	5.32%	422	4.18%
ROCF	1,052	5.89%	943	4.89%
RFA	4,631	6.86%	4,821	6.91%
RGFA	136	6.24%	99	5.11%
Fondo Laboral	3,285	6.69%	3,261	6.53%
Subcuenta 1	2,840	6.56%	2,521	6.20%
Subcuenta 2	445	7.62%	740	7.97%
Total	**9,635**	**6.57%**	**9,546**	**6.32%**

1/ Incluye rendimientos en dólares acumulados en el año y también la provisión contable por revaluación de posiciones del principal en moneda extranjera.
2/ Incluye los productos financieros de la Afore XXI, S. A. de C. V., por incremento de su capital contable, pero no el pago de dividendos cobrados en cada año por la participación accionaria del Instituto.
3/ Tasas nominales.
4/ Millones de pesos.
Fuente: DF, IMSS.

Es evidente que las tasas de rendimiento obtenidas en 2010 fueron inferiores a las de 2009 en las reservas de corto plazo (RO, ROCF y RGFA). Esto se debe a la

Además, con base en lo establecido en la NIF, trimestralmente se presenta a la CIF el comparativo entre los valores de mercado y contable de las

[114] Para las reservas y fondos de largo plazo las fluctuaciones en su valor por condiciones de mercado pueden ser muy importantes. Por ejemplo, durante 2010, si se hubieran tomado en cuenta las plusvalías, el rendimiento de las RFA habría sido 7.7 por ciento, y el de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral 13.8 por ciento.

[115] El costo de adquisición actualizado se basa en el valor nominal y la amortización por diferencia entre el precio de compra y el nominal, la actualización de capital por efecto de la UDI, la fluctuación cambiaria para inversiones en moneda extranjera, las primas y demás conceptos financieros, así como rendimientos.

Cuadro IX.6.
Comparativo valor de mercado *vs.* valor contable[1/, 2/]
(millones de pesos)

Portafolios: RGFA, RFA, RJPS1 y RJPS2	Valor		Variación Valor Mercado *vs.* Contable	
	Mercado	Contable		
Gubernamental	39,545	36,247	3,298	8.34%
Bancario	69,800	71,158	-1,358	-1.95%
Corporativo	14,764	14,972	-208	-1.41%
Mercado accionario	36	275	-239	-664.13%
Total	**124,144**	**122,652**	**1,492**	**1.20%**

[1/] El valor contable no incluye el valor invertido en la Afore XXI, S. A. de C. V.
[2/] El valor de mercado es obtenido del Proveedor Integral de Precios (PiP).
Fuente: DF, IMSS.

inversiones para cada una de las reservas y las subcuentas del Fondo Laboral en las que se presentan diferencias por clase de activo[116]. En el cuadro IX.6 se muestra un resumen de este comparativo al cierre de 2010. Como se puede apreciar, la estimación del valor de mercado de las reservas y fondo del IMSS es 1,492 millones de pesos superior al registro contable, es decir, presenta una plusvalía de 1.2 por ciento.

Otros indicadores de desempeño financiero

El IMSS mantiene sus inversiones financieras a vencimiento y, en consecuencia, en la contabilidad no suma a sus rendimientos las plusvalías obtenidas por fluctuaciones del mercado. No obstante, regularmente tiene la práctica de dar seguimiento al valor de mercado de sus activos y de evaluar en el corto plazo los rendimientos obtenidos por la inversión de sus portafolios, tomando en cuenta las plusvalías o minusvalías obtenidas. Esta evaluación del desempeño, a valor de mercado y de corto plazo, se encuentra normada en la NIF.

Con el fin de realizar esta evaluación, la CIF ha aprobado *benchmarks*[117] para la RGFA, las RFA, y las Subcuentas 1 y 2 del Fondo Laboral. Estos *benchmarks*[118] fueron autorizados por la CIF a partir de octubre de 2007 y los vigentes fueron modificados en abril de 2010 para que tomen en cuenta diversas medidas prudenciales de inversión establecidas por la CIF, además de que observen criterios generales y particulares para el cumplimiento de requisitos, reglas de ponderaciones y rebalanceo, así como exclusiones, entre otras características.

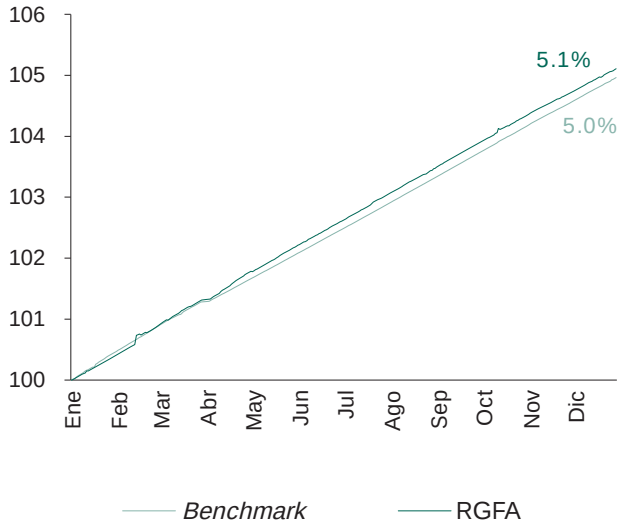
El desempeño de los portafolios de las reservas y subcuentas del Fondo Laboral del IMSS durante el 2010 se muestra en las gráficas IX.4 a IX.7.

[116] El registro contable a valor de mercado es el criterio seguido por las AFORE, por ejemplo, para los portafolios que administran, porque éstas no mantienen los instrumentos financieros a vencimiento.

[117] El término *benchmark*, en inglés, es de uso común en la terminología financiera y significa "punto de referencia". En este caso, un *benchmark* es un índice del valor de mercado de un portafolio hipotético de activos financieros que cumple con el régimen, restricciones y perfil del portafolio institucional con el que se le contrasta. El objetivo es evaluar cómo se compara la evolución del *benchmark* con el índice del valor de mercado de la reserva o fondo del IMSS.

[118] Se muestran los *benchmarks* con vigencia hasta el 31 de marzo de 2010, con base inicial en enero, a partir de los cuales los *benchmarks* vigentes son reportados desde el 5 de abril de 2010. Para fines comparativos, se ajustaron los índices de la RGFA, las RFA y la Subcuenta 2 para que se calculen sobre los mismos días en que hubo datos para los correspondientes *benchmarks*, por lo cual su rendimiento nominal en las gráficas puede diferir ligeramente con respecto al rendimiento a valor de mercado de otros reportes.

Gráfica IX.4.
Evaluación del desempeño de corto plazo de la RGFA, índice del *benchmark vs*. índice del valor de mercado, 2010



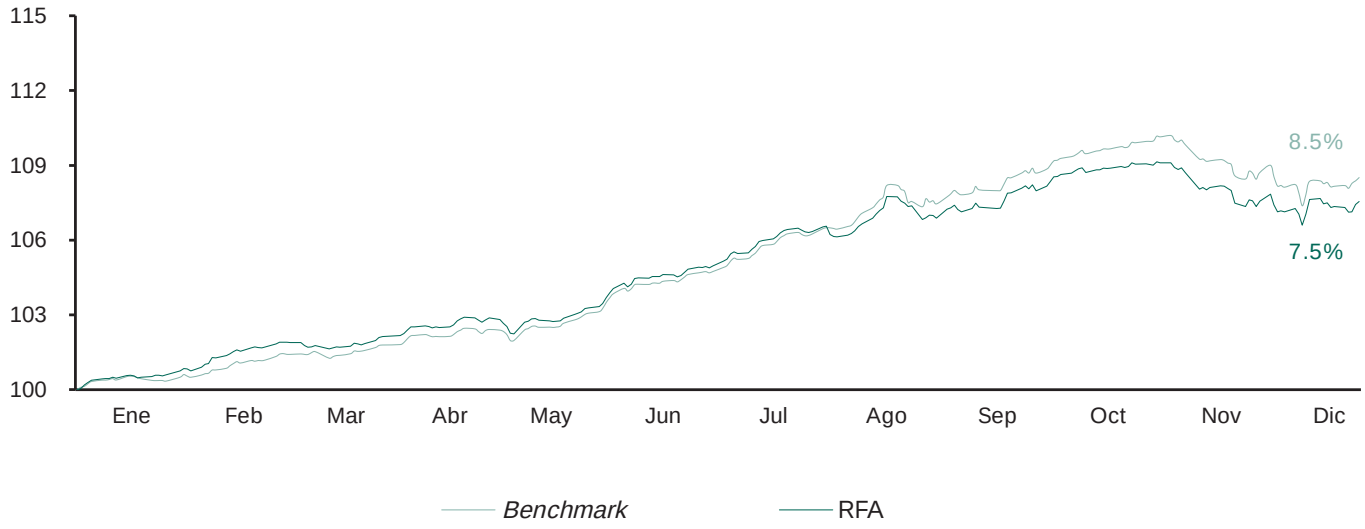
Fuente: DF, IMSS.

La ligera ventaja que acumuló el índice de la RGFA durante el año se debe a que tuvo un mayor peso en inversiones a tasa fija de corto plazo, las cuales aumentaron su valor de mercado, dadas las condiciones financieras de tasas de interés a la baja.

Aunque el índice de las RFA y su *benchmark* permanecen cercanos durante el primer semestre del año, en el segundo semestre se abre una diferencia a favor del *benchmark*, explicada principalmente por la reincorporación de las posiciones de inversiones en Metrofinanciera en las RFA. Una vez reestructurada la deuda de esta hipotecaria, en los términos especificados en el Anexo F, en el mes de agosto se incorporó en estas reservas, pero con una muy baja valuación a mercado, por lo cual la diferencia en rendimiento entre los índices creció de manera importante. A finales del año, cuando perdieron valor los portafolios de largo plazo debido al aumento de las tasas de interés, la posición bancaria a corto plazo de las RFA le ayudó a disminuir la diferencia entre índices.

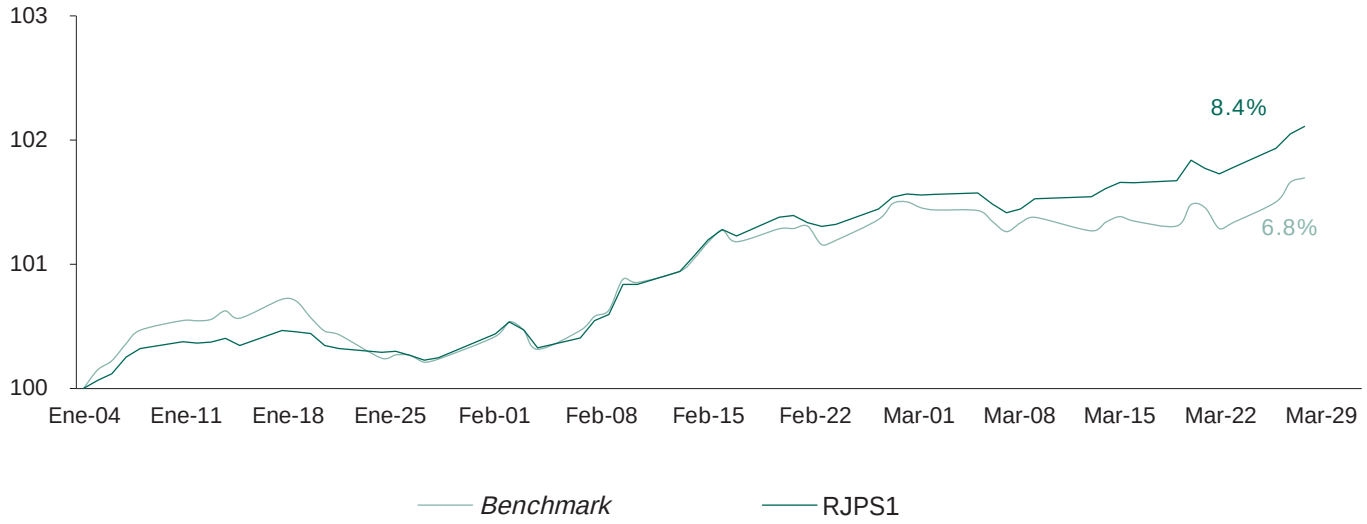
El mayor crecimiento del índice de valor de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral en comparación con su portafolio teórico durante el primer trimestre de 2010 se explica principalmente por el mayor peso de la subcuenta en deuda bancaria de tasa fija a corto plazo, lo que le ayudó a contrarrestar la pérdida de valor de la deuda en tasas reales. El portafolio teórico de la Subcuenta 1 fue derogado a partir de abril de 2010 y dejó de realizarse la evaluación del desempeño porque, ante los usos proyectados del fondo, los cuales se explican más adelante, las nuevas inversiones han sido en instrumentos totalmente líquidos.

Gráfica IX.5.
Evaluación del desempeño de corto plazo de las RFA, índice del *benchmark vs*. índice del valor de mercado, 2010



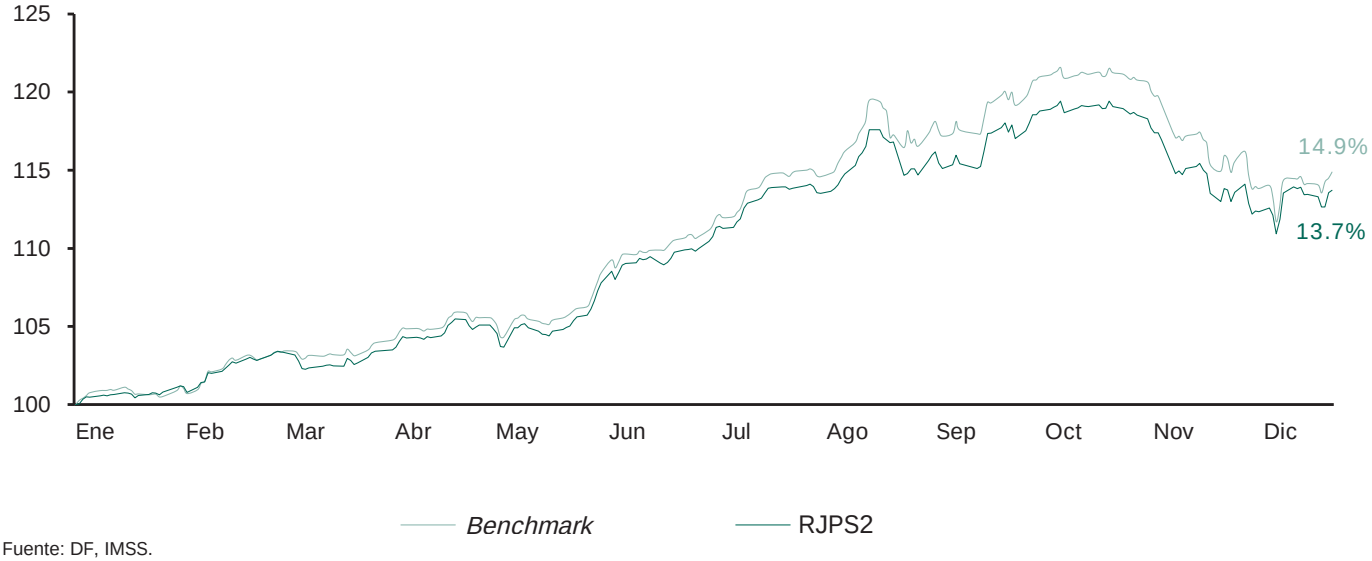
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.6.
Evaluación del desempeño de corto plazo de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, índice del *benchmark vs*. índice del valor de mercado, enero a marzo de 2010



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.7.
Evaluación del desempeño de corto plazo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, índice del *benchmark vs.* índice del valor de mercado, 2010



Fuente: DF, IMSS.

El portafolio de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral y su *benchmark* presentan un comportamiento similar en el periodo reportado. En el último trimestre ambos índices mostraron una tendencia decreciente ante el alza promedio de las tasas nominales y reales del periodo; sin embargo, la diferencia entre ellos se redujo debido al menor deterioro de la Subcuenta 2 en deuda gubernamental de largo plazo y a que mantiene inversiones en deuda bancaria de corto plazo. Al cierre de año se revirtió la tendencia y se observa un comportamiento creciente en ambos índices.

Las tasas de rendimiento anualizadas de los portafolios institucionales y las de sus *benchmarks* se muestran en el cuadro IX.7. En el caso de las RFA y las subcuentas del Fondo Laboral las tasas presentadas se expresan en términos reales y se calculan tomando en cuenta el rendimiento obtenido, descontando la inflación durante el mismo periodo. Para el portafolio del IMSS se muestran diversas medidas de los rendimientos contables en las columnas agrupadas bajo los encabezados “Últimos años” y “Año actual”. El formato del cuadro está normado por las disposiciones de la NIF.

Cuadro IX.7.
Desempeño de reservas y Fondo Laboral[1/]
(tasas de rendimiento anual, reales y nominales)

Portafolio	Tasa	Tasa referencia	Histórico	Rendimientos registrados a vencimiento							Rendimientos valuados a mercado		
				Últimos años				Año actual			Desempeño base abril 2010[1/]		
				5 años	3 años	2 años	12 meses	Acumulada	Efectiva	Inflación	IMSS	*Benchmark*	Inflación
RGFA	nominal		7.02	6.69	6.34	5.69	5.11	5.11	5.11	-	4.89	4.74	-
RFA	real	3.5	2.91	2.47	2.17	2.75	2.37	2.37	2.37	4.40	4.24	5.93	2.57
RJPS1[2/]	real	3.5	3.07	2.40	1.69	2.29	1.70	1.70	1.70	4.40	-	-	-
RJPS2	real	3.7	3.19	-	3.18	3.56	3.37	3.37	3.37	4.40	10.15	10.75	2.57

[1/] Los rendimientos son calculados con base en abril de 2010, de acuerdo con la autorización de la CIF derivado de la modificación de los *benchmarks*.
[2/] La CIF aprobó la exclusión del *benchmark* del RJPS1 a partir de abril de 2010.
Fuente: DF, IMSS.

Usos de las reservas

En el ejercicio 2009 se utilizaron recursos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para el pago de la nómina del RJP y de la ROCF para sufragar parte del gasto de inversión del Instituto, así como para financiar las RO. La ROCF también recibió el pago del capital y los costos financieros de préstamos anteriores a las RO, además de que les otorgó nuevo financiamiento. En ambos casos, el uso de los recursos estuvo fundado en lo establecido en la LSS y tuvo la correspondiente autorización del HCT.

Subcuenta 1 del Fondo Laboral

Con el fin de enfrentar el gasto del RJP, y con la autorización del HCT, en 2010 se realizaron transferencias de la Subcuenta 1 del FCOLCLC hacia las RO, para el pago de esta nómina, por un monto total de 9,900 millones de pesos, en los meses de noviembre y diciembre, tal y como se detalla en el cuadro IX.8. Antes, en enero y febrero se habían realizado las transferencias de efectivo que afectaron presupuestalmente al ejercicio 2009.

Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento

Con relación a la ROCF, en el cuadro IX.9 se muestran con detalle los fondeos y transferencias realizados durante el año 2010. Destacan el uso de los fondos para apoyar el gasto en el Programa de Inversión Física por 6,300 millones de pesos, en los términos de la LSS; una reclasificación de ingresos excedentes a la RFA del SIV por 2,270 millones de pesos, y los movimientos netos por los préstamos otorgados a las RO, también de acuerdo con la Ley.

Cuadro IX.8.
Fondeos y transferencias de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral
(millones de pesos)

Oficio	Fecha	Origen	Destino	Concepto	Monto
78	29-Ene-10	RJPS1	RO	Usos de recursos financieros apoyo al gasto del RJP de 2009	1,749
129	19-Feb-10	RO	RJPS1	Devolución obligaciones laborales del FCOLCLC y costos financieros de 2009	4
858 bis	24-Nov-10	RJPS1	RO	Usos de recursos financieros apoyo al gasto del RJP de 2010	7,800
934	24-Dic-10	RJPS1	RO	Usos de recursos financieros apoyo al gasto del RJP de 2010	2,100
Total					**11,653**

Fuente: DF, IMSS

Cuadro IX.9.
Fondeos y transferencias de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento
(millones de pesos)

Oficio	Fecha	Origen	Destino	Concepto	Monto
3	05-Ene-10	RO	ROCF	Pago préstamo	7,402
5	05-Ene-10	RO	ROCF	Costos financieros	7
76	28-Ene-10	RO	ROCF	Pago parcial préstamo	1,782
77	28-Ene-10	RO	ROCF	Costos financieros	24
151	25-Feb-10	RO	ROCF	Pago parcial préstamo y costos financieros	1,516
220	30-Mar-10	RO	ROCF	Pago parcial préstamo y costos financieros	1,514
300	29-Abr-10	RO	ROCF	Pago parcial préstamo y costos financieros	1,406
567	02-Ago-10	ROCF	RO	Préstamo	6,000
644	31-Ago-10	RO	ROCF	Costos financieros	21
635	26-Ago-10	ROCF	RO	Inversión Física Art. 277 C, LSS	2,000
717	29-Sep-10	RO	ROCF	Costos financieros	24
790	28-Oct-10	RO	ROCF	Costos financieros	21
852	23-Nov-10	RO	ROCF	Pago parcial préstamo	3,000
882	29-Nov-10	RO	ROCF	Costos financieros	22
853	23-Nov-10	ROCF	RO	Inversión Física Art. 277 C, LSS	2,800
933	24-Dic-10	ROCF	RO	Inversión Física Art. 277 C, LSS	1,500
955	29-Dic-10	ROCF	RFA-IV	Reclasificación ingresos excedentes del SIV 2009 y costos financieros	2,270
954	29-Dic-10	RO	ROCF	Pago préstamo y costos financieros	3,011
951	29-Dic-10	ROCF	RO	Préstamo	8,567
Total					**42,886**

Fuente: DF, IMSS.

IX.2.5. Programa de usos futuros de reservas y fondo

De acuerdo con las proyecciones de corto plazo del IMSS, se tiene contemplado que en los años siguientes sea necesario continuar con el uso de las reservas y Fondo Laboral para hacer frente a la operación institucional, en los términos de la LSS.

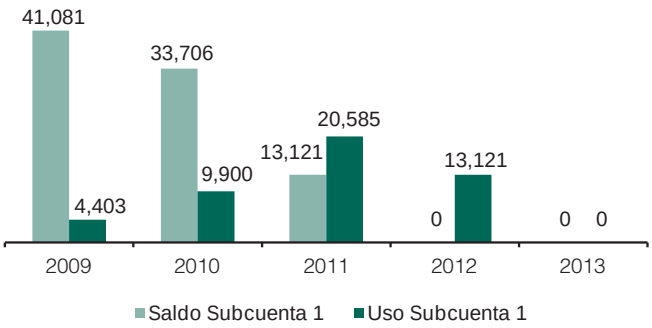
El cuadro IX.10 detalla los usos ejercidos para 2011 y proyectados para los siguientes cinco años de las RFA, las cuales serán sujetas de transferencias entre seguros, en los términos que se explican en la siguiente sección. El cuadro también muestra los usos ejercidos por la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, así como las estimaciones para el periodo 2011-2015. Por último, también se proyectan las disposiciones de la ROCF. De acuerdo con este cuadro y las gráficas IX.8 y IX.9 y tomando como base para 2011 la Segunda Adecuación del Presupuesto, el Fondo Laboral se agotará en 2012, mientras que la RFA del SEM, en 2014. Por otro lado, si se toman como base las proyecciones de cierre de 2011, el Fondo Laboral se agotará en 2013 y la RFA del SEM en 2015 (gráficas IX.10 y IX.11).

Cuadro IX.10.
Uso 2010 y proyecciones 2011-2015
de las reservas y Fondo Laboral
(millones de pesos corrientes)

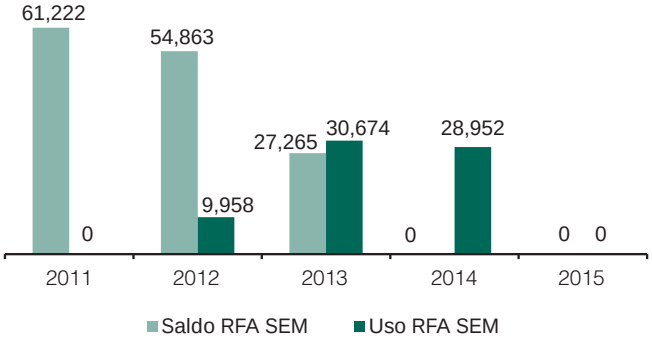
Tipo de uso	2010	2011	2012	2013	2014	2015
RFA del SEM	-	-	9,958	30,674	28,952	-
RFA del SIV	-	-	-	-	-	-
RFA del SRT	-	-	-	-	-	-
Subcuenta 1 del FCOLCLC	9,900	20,585	13,121	-	-	-
ROCF, Art. 277 A, LSS	-	-	4,645	-	8,441	-
Utilización de la ROCF, Art. 277 C, LSS	5,562	2,735	-	-	-	-

Fuente: DF, IMSS.

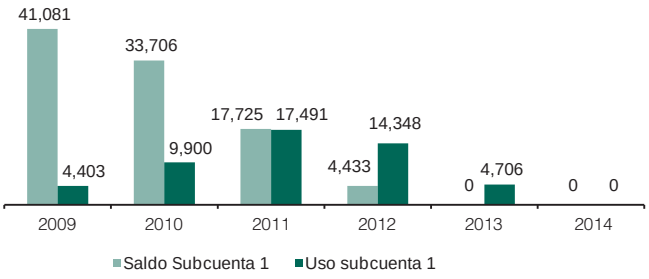
Gráfica IX.8.
Usos y saldos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, Segunda Adecuación del Presupuesto, 2009-2013
(millones de pesos corrientes)



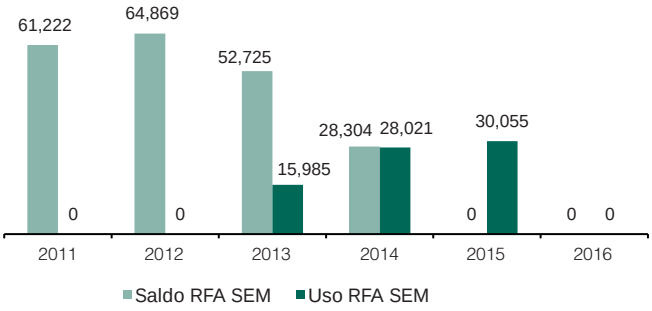
Gráfica IX.9.
Usos y saldos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad, Segunda Adecuación del Presupuesto, 2011-2015
(millones de pesos corrientes)



Gráfica IX.10.
Usos y saldos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, proyecciones del cierre 2011, 2009-2014
(millones de pesos corrientes)



Gráfica IX.11.
Usos y saldos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad, proyecciones del cierre 2011, 2011-2016
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

Ley de Ingresos 2011 y rebalanceo de las Reservas Financieras y Actuariales entre seguros

En el Artículo 1° de la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) para el ejercicio fiscal de 2011 se estableció que *"El Instituto Mexicano del Seguro Social, podrá transferir a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad el excedente de las reservas de los Seguros de Invalidez y Vida (SIV) y de Riesgos de Trabajo (SRT) de acuerdo con las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros"*.

Para atender lo señalado en este ordenamiento legal, en 2010 el IMSS contrató al despacho externo Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., para que determinara el nivel recomendado que deberían mantener las RFA del SRT y SIV, así como el monto excedente de su saldo actual que pudiera ser susceptible de transferirse a la RFA del SEM.

Las conclusiones del trabajo desarrollado por este despacho externo, las cuales se resumen en el cuadro IX.11, fueron las siguientes:

- Para enfrentar las obligaciones futuras del SRT y SIV por el pago de prestaciones, así como por sus

Cuadro IX.11.
Monto de las Reservas Financieras y Actuariales de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida susceptible de transferirse a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad[1/]
(millones de pesos)

Concepto		SRT	SIV	Total
a)	Saldo de las Reservas Financieras y Actuariales al 31 de diciembre de 2010 (1)	29,580	42,986	**72,566**
b)	Reserva a conservar para enfrentar ciclos económicos (20% de las cuotas esperadas en 2011) (2)	4,752	6,592	**11,344**
c)	Reservas del SIV y del SRT susceptibles de transferirse a la reserva del SEM (3)=(1)-(2)	24,828	36,394	**61,222**

[1/] El saldo de las RFA que se presenta en este cuadro incluye los productos financieros efectivamente cobrados. Por ello difiere del saldo registrado contablemente en los estados financieros, el cual considera los productos financieros devengados.
Fuente: DF, IMSS.

costos administrativos y operativos, no se requiere reservar ningún monto en sus correspondientes RFA.

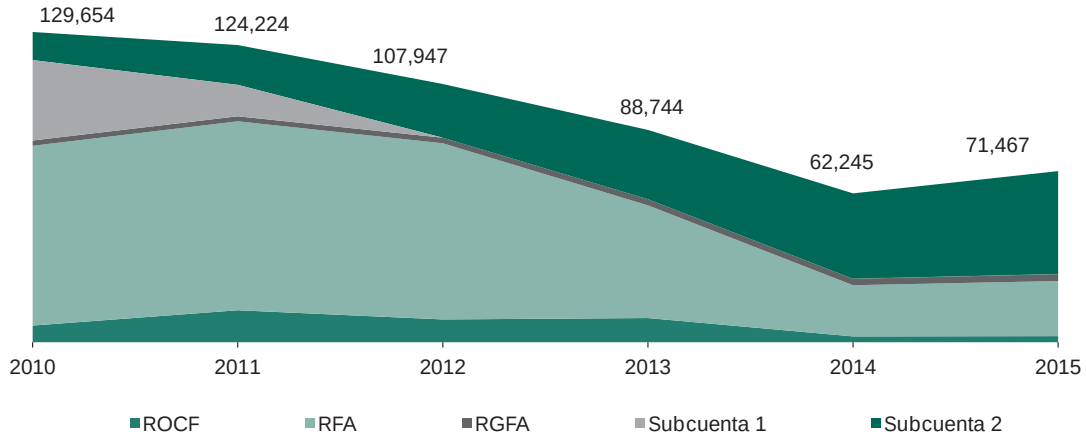
- Con objeto de prever los efectos adversos de los ciclos económicos sobre estos seguros, se sugiere reservar un monto de 4,752 millones de pesos en la RFA del SRT y otro de 6,592 millones de pesos en la RFA del SIV, los cuales representan 20 por ciento de sus respectivos ingresos presupuestados para el ejercicio 2011.
- Por lo anterior, el excedente del saldo actual de la RFA del SRT susceptible de ser transferido a la del SEM ascendería a 24,828 millones de pesos, mientras que el excedente en la RFA del SIV correspondería a un monto de 36,394 millones de pesos. El total a transferir a la RFA del SEM sumaría entonces 61,222 millones de pesos.

Es importante aclarar que, si bien se ha determinado el monto que podría transferirse para atender lo establecido en la LIF 2011, actualmente el Instituto no tiene contemplado utilizar los recursos por transferir a la RFA del SEM sino que, tal y como se muestra en el apartado anterior, las proyecciones indican que su uso para apoyar el gasto médico sería necesario a partir de 2012.

IX.2.6. Proyecciones de los saldos de las reservas y fondo

En la gráfica IX.12 se proyecta la evolución de los saldos de las reservas y subcuentas correspondientes al Fondo Laboral. Desde su creación y hasta 2009 la evolución de los saldos ha mostrado una tendencia ascendente. Sin embargo, a partir del 2010 los saldos mostrarán un decremento, debido básicamente al programa de usos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para los próximos años, así como a los usos

Gráfica IX.12.
Proyecciones de los saldos de las reservas y Fondo Laboral[1/,2/]
(millones de pesos)



[1/] Se excluye el saldo de las RO.
[2/] Proyecciones para los años 2011-2015.
Fuente: DF, IMSS.

estimados de las RFA en 2012, 2013 y 2014. Por otro lado, el aumento que se registra en 2015 se debe a las aportaciones y el crecimiento de los productos financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC.

IX.2.7. Riesgos financieros de las inversiones institucionales

Uno de los procesos en la inversión de los recursos financieros del Instituto corresponde a la administración de riesgos financieros de inversión de las RFA, la RGFA y las subcuentas del Fondo Laboral. El objetivo de este proceso puede expresarse en dos sentidos: asegurarse de que el Instituto no sufra pérdidas económicas inaceptables y mejorar su desempeño financiero, lo cual se logra identificando los riesgos, cuantificándolos y controlándolos.

Dentro de los riesgos cuantificables se encuentran:

- El riesgo de mercado, el cual es la pérdida potencial ante cambios en los factores de riesgo que son las variables económicas, tales como tasas de interés nominales y reales, tipos de cambio, inflación, índices de precios, entre otros, cuyos movimientos pueden generar cambios en los rendimientos o en el valor de los portafolios de inversión, y
- El riesgo de crédito, el cual es la pérdida potencial producto del incumplimiento de la contraparte en una operación que incluye un compromiso de pago.

El IMSS cuantifica estos riesgos de inversión por medio del indicador de Valor en Riesgo (VaR), que es la medida estadística que estima la pérdida máxima esperada de una inversión o de un portafolio para cierto horizonte de tiempo, con determinado nivel de confianza.

El control y monitoreo de los riesgos de mercado y de crédito de las inversiones de las RFA, la RGFA y las subcuentas del Fondo Laboral se realiza diariamente, mediante los límites y referencias del VaR establecidos en la NIF. Los valores de riesgo de mercado y crédito de cada cartera registrados en el 2010 estuvieron dentro de los límites establecidos, excepto el de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, en virtud de la modificación que sufrieron los límites en la NIF ante el próximo uso de los recursos de esta subcuenta del Fondo Laboral, por lo cual la CIF no ha considerado necesaria ninguna acción adicional para reducir el nivel de riesgo.

La posición del VaR de mercado de las RFA, la RGFA y las subcuentas del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2010 se presenta en el cuadro IX.12, mientras que en la gráfica IX.13 se puede apreciar la evolución de la posición o nivel del VaR de mercado durante el 2010, con respecto a los límites y referencias establecidos en la NIF.

La posición del VaR de crédito de las RFA, la RGFA y las subcuentas del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2010 se presentan en el cuadro IX.13, mientras que en la gráfica IX.14 se puede apreciar la evolución de la posición del VaR de crédito durante el 2010, con respecto a los límites establecidos en la NIF.

El control y el monitoreo de los riesgos de inversión se realizan periódicamente conforme a los límites de inversión establecidos en la NIF y se presentan cada semana a la CIF. Durante 2010 las posiciones estuvieron dentro de los límites establecidos por la norma señalada. Estos límites se pueden agrupar en tres grandes rubros:

- Límites de inversión por clase de activo y moneda extranjera: deuda gubernamental, bancaria, corporativa y mercado accionario, además de los límites de inversión de notas estructuradas.
- Límites por contrapartes: conforme a su calificación, en operaciones en directo para contrapartes nacionales, de corto y largo plazos, y contrapartes extranjeras, de largo plazo, así como límites en directo para banca de desarrollo, y en operaciones de reporto, para contrapartes bancarias y casas de bolsa nacionales.
- Límites de deuda corporativa: por calificación, de corto y largo plazos, por sector económico, por emisor y por emisión de deuda corporativa.

Cuadro IX.12.
Valor en riesgo de mercado al cierre de 2010
(límites, referencias y posición)

Concepto	Posición al 31 de diciembre Porcentaje sobre el valor de mercado de cada			
	RGFA	RFA[1/]	RJPS1[2/]	RJPS2[3/]
Límite	0.5	-	-	-
Referencia	-	-	1.0	-
Udibonos A/B	-	5.1	-	5.8
Posición	0.05	1.4	2.2	3.7

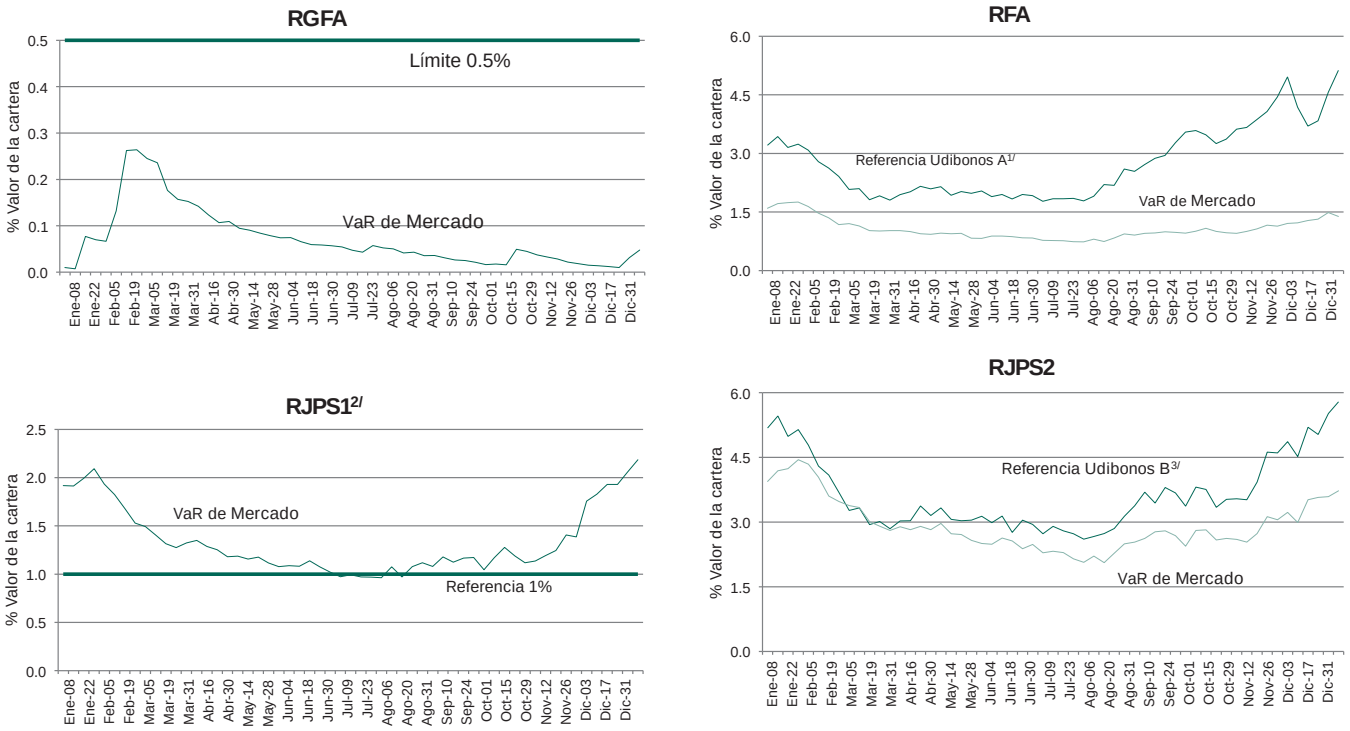
[1/] Udibonos A, con todas las emisiones disponibles en el mercado.
[2/] Udibonos B, con las emisiones disponibles en el mercado mayores a cinco años.
[3/] Exceso de referencia por modificación de límites en la NIF.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro IX.13.
Valor en riesgo de crédito al cierre de 2010
(límite y posición)

Concepto	Posición al 31 de diciembre Porcentaje sobre el valor de mercado de cada			
	RGFA	RFA	RJPS1[1/]	RJPS2
Límite	2.5	6.5	2.0	2.0
Posición	1.1	2.1	7.8	0.6

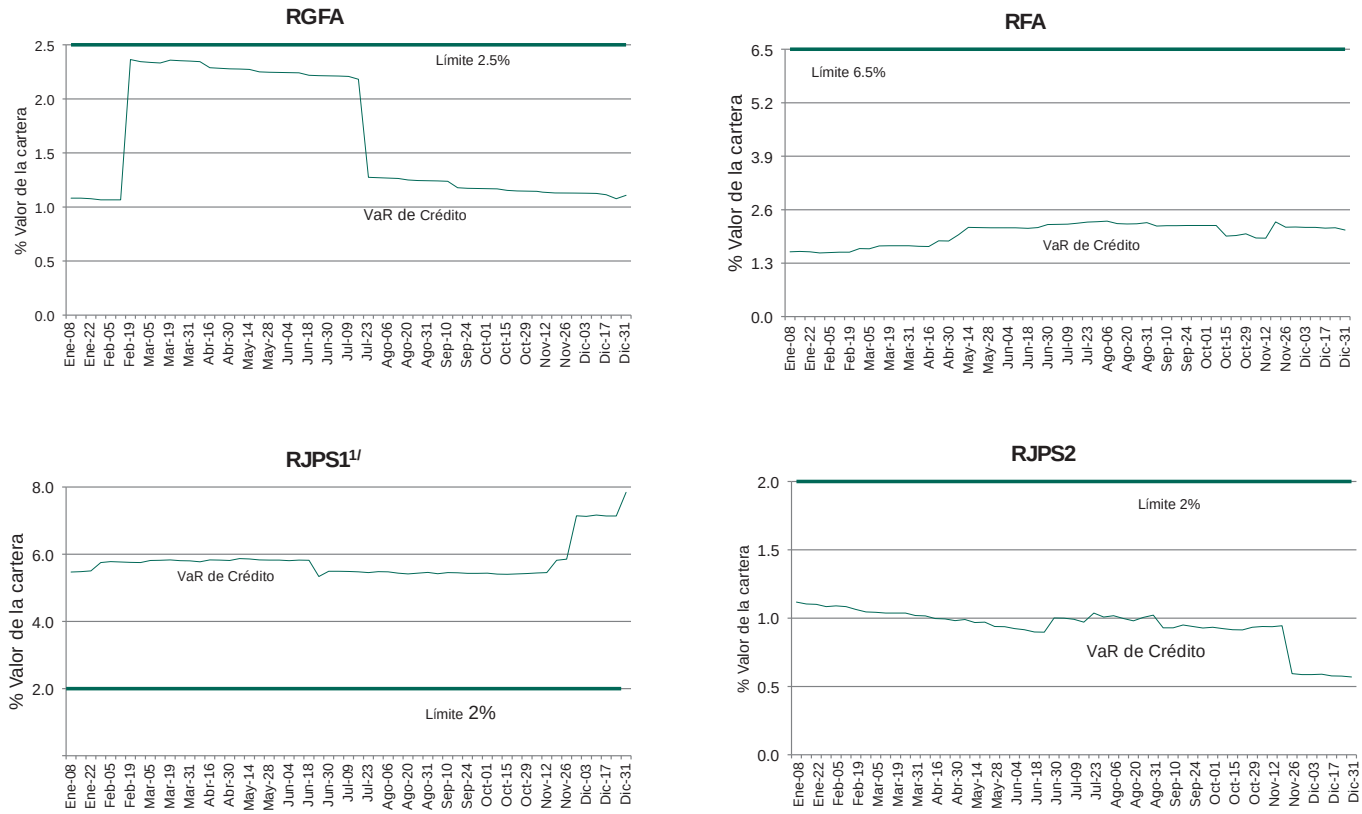
[1/] Exceso de límite por cambio de NIF, autorizado por la CIF mediante acuerdo 8-433/10.
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.13.
Evolución del valor en riesgo de mercado durante 2010
(límites, referencias y posición)



[1/] Todas las emisiones de Udibonos disponibles en el mercado.
[2/] Exceso por modificación en los límites de la NIF.
[3/] Emisiones de Udibonos disponibles en el mercado mayores a cinco años.
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.14.
Evolución del valor en riesgo de crédito durante 2010
(límites y posición)



1/ Exceso por modificación en los límites de la NIF, autorizado por la CIF mediante acuerdo 8-433/10.
Fuente: DF, IMSS.

Capítulo

X

Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto

Este capítulo presenta, primero, un análisis de la situación del pasivo laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y, segundo, un análisis de los principales riesgos que enfrenta el IMSS con relación a otras dos áreas: i) contingencias de carácter litigioso, y ii) el Sistema Nacional de Tiendas (SNT).

Respecto al pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón, se presentan los principales resultados de la "Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) 'Beneficios a los Empleados' al 31 de diciembre de 2010", así como los resultados del “Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual al 31 de diciembre de 2010”.

Por su parte, el análisis de contingencias de carácter litigioso se concentra en asuntos de carácter laboral, fiscal, administrativo, penal, civil y mercantil que en corto plazo pueden causar obligaciones de pago al Instituto.

Por lo que se refiere al SNT, la inclusión de su análisis en el presente capítulo obedece a que el IMSS, con fundamento en las fracciones VII y IX del Artículo 210 de la Ley del Seguro Social (LSS) y en la Cláusula 142 del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT), tiene el compromiso de proporcionar distintas prestaciones sociales tanto a los trabajadores del propio Instituto como a la población derechohabiente y al público en general, con el objeto de fortalecer la economía familiar.

Entre estas prestaciones se encuentra ofrecer en el SNT bienes de consumo básico a precios inferiores a los del mercado. Los resultados de operación del SNT pueden generar riesgo financiero cuando la operación es deficitaria.

X.1. Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón

El IMSS tiene celebrado con sus trabajadores un Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) incluido en su CCT, el cual crea una protección que complementa y amplía el plan de pensiones determinado por la LSS en el Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (SIVCM)[119], así como en el de Riesgos de Trabajo (SRT)[120].

Por esta razón, las jubilaciones y pensiones otorgadas conforme a dicho Régimen para los trabajadores del IMSS que llegan a pensionarse o que fallecen tienen un componente que proviene de la LSS y es cubierto por el IMSS en su carácter de asegurador, y otro componente complementario de esa Ley que es cubierto por el IMSS en su carácter de patrón. El componente a cargo del IMSS como patrón se denomina pensión complementaria, misma que se define como la diferencia entre la pensión que otorga el RJP y la que corresponde a la LSS. El pasivo por pensiones que genera ese componente a cargo del IMSS-Patrón es el que valúa actuarialmente el Instituto cada año y sobre el cual se informa en este capítulo. Por su parte, el pasivo generado por el componente a cargo del IMSS-Asegurador es un pasivo a cargo del Gobierno Federal que no forma parte de los resultados de dicha valuación.

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 de su presupuesto para complementar el RJP, es decir, la parte del IMSS-Patrón. Históricamente los trabajadores del IMSS han financiado 9 por ciento del gasto total del RJP, el IMSS-Asegurador 22 por ciento y el restante 69 por ciento ha sido financiado por el IMSS-Patrón[121]. Los recursos financiados por el IMSS-Patrón provienen principalmente de las aportaciones tripartitas al Seguro Social y de los recursos provenientes de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral)[122] .

El RJP da cobertura a los trabajadores de Base y de Confianza "B" que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004, así como a los trabajadores de Confianza "A" que ingresaron antes del 20 de diciembre de 2001[123]. Asimismo, da cobertura a la mayor parte de los ex trabajadores del IMSS que están jubilados o pensionados y a los beneficiarios de trabajadores o pensionados fallecidos.

Para los trabajadores de Base y de Confianza "B" que fueron contratados después del 12 de agosto de 2004 se han emitido tres importantes disposiciones que modifican las condiciones de financiamiento del RJP original, así como los requisitos para acceder

[119] El SIVCM corresponde a la LSS de 1973, cuyos pasivos por pensiones están a cargo del Gobierno Federal, de acuerdo con el Artículo Duodécimo Transitorio de la LSS de 1997.

[120] El RJP es un plan para el retiro de la vida laboral a causa de una jubilación por años de servicio o una pensión por edad o una pensión por invalidez, incapacidad permanente o muerte por riesgo de trabajo o enfermedad general. Dicho plan fue pactado entre las autoridades institucionales y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) en octubre de 1966 y modificado en marzo de 1988. Los elementos principales y la evolución del RJP se presentan en el Anexo G de este Informe.

[121] Para más detalles sobre el financiamiento histórico del RJP durante el periodo 1966-2010 ver el Anexo G.

[122] Para una descripción detallada de las reservas y fondos del Instituto ver el Capítulo IX.

[123] Personal de Base. Según la Cláusula 16 del CCT son trabajadores que ocupan en forma definitiva un puesto tabulado, conforme a las normas de este Contrato. Invariablemente ingresan al Instituto mediante propuesta sindical y sus actividades se encuentran descritas en los profesiogramas respectivos, conforme a lo establecido por el Artículo 9 de la Ley Federal del Trabajo. Su nominación se efectúa en los términos de los Reglamentos de Bolsa de Trabajo y de Escalafón del CCT.
Personal de Confianza "A". Según la Cláusula 11 del CCT son trabajadores designados libremente por el Instituto. Realizan entre otras funciones las de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización, de carácter general y no tabuladas.
Personal de Confianza "B". Según la Cláusula 11 del CCT son trabajadores designados por el Instituto en los términos del Reglamento para la Calificación y Selección de Puestos de Confianza "B". Se trata de trabajadores sindicalizados que pasan a puestos de confianza, pero que no desempeñan funciones tabuladas.

a sus beneficios. La primera disposición introdujo cambios en la LSS, mientras que las dos siguientes en el CCT.

La primera disposición es la reforma que se hizo el 11 de agosto de 2004 a los Artículos 277 D y 286 K de la LSS, estableciendo los lineamientos para financiar las pensiones complementarias derivadas del RJP de las nuevas contrataciones de trabajadores. A partir de esta reforma, el Instituto no puede crear, contratar o sustituir plazas sin respaldar plenamente con recursos financieros el pasivo laboral que anualmente se vaya generando, y tampoco puede utilizar las cuotas obrero-patronales (COP), las aportaciones del Gobierno Federal (AGF) o los intereses o capital de las reservas para ese propósito.

La segunda disposición es el "Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso", suscrito el 14 de octubre de 2005 entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), con el que entró en vigor un nuevo esquema de financiamiento de las prestaciones del RJP para las nuevas contrataciones de Base y de Confianza "B" realizadas por el Instituto a partir del 16 de octubre de 2005. En este esquema, el financiamiento de las jubilaciones y pensiones establecidas en el RJP de los trabajadores de Base de nuevo ingreso se realiza con dos tipos de aportaciones; i) las que hacen los trabajadores activos que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004, y ii) las que hacen los propios trabajadores de Base de nuevo ingreso. Por ello, este esquema de contratación no le genera al Instituto obligaciones por pensiones complementarias con cargo a su régimen presupuestario y financiero.

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 SNTSS, en el cual se establece un nuevo esquema de pensiones aplicable a los trabajadores que se contraten a partir del 28 de junio de 2008. En este nuevo ordenamiento el Instituto tampoco tiene obligaciones por el pago de pensiones complementarias con cargo a su régimen presupuestario y financiero, ya que éstas serán financiadas con recursos aportados por los propios trabajadores a sus cuentas individuales de ahorro para el retiro.

En este apartado se analizan dos de los tres esquemas de pensiones que se tienen establecidos actualmente para los trabajadores del IMSS:

i) el correspondiente al RJP que da cobertura a los trabajadores de Base y de Confianza "B" que ingresaron al Instituto antes del 12 de agosto de 2004, así como a los trabajadores de Confianza "A" que ingresaron antes del 20 de diciembre de 2001. El análisis de las obligaciones que este esquema genera al IMSS por las pensiones complementarias a las que tiene que hacer frente se realiza a través de la "Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) 'Beneficios a los Empleados', al 31 de diciembre de 2010" (sección X.1.1.)[124].

ii) el correspondiente al RJP que da cobertura a los trabajadores de Base y de Confianza "B" que ingresaron al Instituto a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 de junio de 2008, y cuya situación financiera se analiza a través de los resultados del "Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, al 31 de diciembre de 2010" (sección X.1.2.)[125].

[124] Esta valuación la realizó el despacho Hewitt Associates, S. C., en términos del contrato de prestación de servicios No. P051806, que se adjudicó el 10 de diciembre de 2010 mediante el procedimiento de licitación pública nacional No. 00641322-045-10.

[125] El estudio lo realizó el despacho actuarial Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., en términos del contrato de prestación de servicios No. P051808, que se adjudicó el 10 de diciembre de 2010 mediante el procedimiento de licitación pública nacional No. 00641322-045-10.

El tercer esquema que aplica a los trabajadores que han sido contratados a partir del 28 de junio de 2008 no se analiza aquí, en virtud de que, además de que no crea al Instituto ningún pasivo por el pago de pensiones complementarias, los recursos con los que éstas se financian son administrados por las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) y no por el Instituto, como sucede con el segundo esquema.

X.1.1. Valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS

La valuación actuarial cuyos resultados se publican en el presente capítulo está elaborada conforme a los lineamientos establecidos en la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", la cual tiene como finalidad determinar el monto de los pasivos y de los costos derivados del RJP y de las cláusulas contractuales de prima de antigüedad e indemnizaciones que debe revelar el IMSS-Patrón en sus estados financieros al cierre de cada ejercicio.

Para efectos del reconocimiento de ese pasivo, los beneficios valuados conforme a la NIF D-3 cumplen con los criterios siguientes: i) que exista una obligación presente, legal o asumida, de efectuar en el futuro pagos por beneficios a los trabajadores, como consecuencia de sucesos ocurridos en el pasado; ii) que la obligación de la entidad con sus trabajadores sea atribuible a servicios ya prestados y, por ende, sus derechos estén devengados; iii) que sea probable el pago de los beneficios, y iv) que el monto de los beneficios pueda ser cuantificado de manera confiable.

Los beneficios que se consideran en la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad e indemnizaciones se agrupan por terminación y por retiro. Los primeros se refieren a los beneficios que deben pagarse al trabajador o a sus beneficiarios al término de la relación laboral, siempre que ésta ocurra antes de que el trabajador se pensione por jubilación o por cesantía en edad avanzada o vejez. Los beneficios por retiro son los que se generan a partir de lo establecido en el plan de pensiones, primas de antigüedad e indemnizaciones, ya sea por jubilación o cesantía en edad avanzada o vejez, o con posterioridad a ésta. En el cuadro X.1 se indican los beneficios valuados conforme a la NIF D-3.

Cuadro X.1.
Beneficios por terminación y por retiro valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados"

Beneficios por terminación	Beneficios por retiro
a) Indemnizaciones legales antes del retiro	a) Prima de antigüedad por separación voluntaria a edad de la jubilación
Prima de antigüedad por muerte	
Prima de antigüedad por invalidez	b) Planes de pensiones por jubilación, o por cesantía en edad avanzada o por vejez
Prima de antigüedad por despido	
Prima de antigüedad por separación voluntaria antes de la edad de retiro	
b) Planes de pensiones por invalidez, incapacidad permanente y muerte	

Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

Conceptos que se reportan en la valuación

Los principales conceptos de la valuación actuarial bajo la NIF D-3 que se reportan en este análisis del pasivo laboral derivado del RJP y prima de antigüedad e indemnizaciones son los siguientes:

- Valor Presente de Obligaciones Totales (VPOT): es el costo estimado que tienen a la fecha de valuación los beneficios que de acuerdo con el RJP y con las cláusulas contractuales de prima de antigüedad e indemnizaciones se otorgan a los trabajadores, utilizando una tasa de descuento de 3.5 por ciento anual. En este costo se considera tanto el que se deriva de los jubilados y pensionados vigentes a la fecha de valuación, como el que se generará por el otorgamiento de pensiones futuras a los trabajadores actuales.

- Obligaciones por Beneficios Definidos (OBD): representan el VPOT derivadas del RJP y prima de antigüedad e indemnizaciones, calculado sobre la base de los servicios prestados a la fecha de valuación (servicios pasados), y con salarios proyectados hasta la fecha probable de pensión[126].
- Activos del plan: son los recursos destinados al plan de pensiones, que en el caso del IMSS se encuentran depositados en la Subcuenta 1 del FCOLCLC.
- Pasivo o activo neto proyectado: es la diferencia entre las OBD, los activos del plan de pensiones y las partidas pendientes de amortizar; estas últimas son obligaciones transitorias que dependen de la fecha en que se comienza a aplicar el Boletín D-3 (pérdidas y ganancias; variaciones en supuestos; ajustes por experiencia de los servicios anteriores, y modificaciones al plan de pensiones).
- Costo neto del periodo (CNP): es el costo derivado de la relación laboral atribuible al año de la valuación y está integrado por los siguientes conceptos:
  - o Costo laboral: representa el costo de los beneficios adquiridos por el trabajador, por haber cumplido un año más de vida laboral con derecho al plan de pensiones, que en el caso del IMSS es el RJP.
  - o Costo financiero: es el costo del financiamiento por el periodo atribuible a las OBD, considerando en su cálculo los efectos por los pagos estimados del periodo.
  - o Rendimiento de los activos del plan: se refiere a los rendimientos que se espera obtener durante el año de valuación por la inversión de los recursos acumulados en la Subcuenta 1 del FCOLCLC.
  - o Amortización de:
    - Variaciones en supuestos y ajustes por experiencia: es un concepto que refleja el impacto en el pasivo de los cambios en los supuestos utilizados para el cálculo de las obligaciones.
    - Servicios anteriores y modificaciones al plan: representan el reconocimiento retroactivo de los beneficios que se otorgan a los trabajadores.

La Norma de Información Financiera D-3

De acuerdo con la NIF D-3 los pasivos laborales que se generan por pensiones y por prima de antigüedad se deben valuar 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 pensiones. Asimismo, exige tener en cuenta supuestos demográficos tales como las tasas de rotación, de morbilidad y de mortalidad. En el Anexo H se detallan los supuestos financieros y demográficos, así como las bases biométricas que se emplearon en la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS al 31 de diciembre de 2010.

Población valuada

Como se indicó anteriormente, la valuación de los pasivos del RJP y prima de antigüedad se realiza para una población cerrada y específica que comprende tres grupos: i) los trabajadores activos de Base y de Confianza "B" que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004; ii) los trabajadores activos de Confianza "A" que ingresaron a partir del 20 de diciembre de 2001, y iii) los jubilados y pensionados vigentes a la fecha de la valuación. Es importante señalar que para fines de la valuación, como una medida conservadora, se ha optado por incluir dentro del grupo de los trabajadores activos a los de Confianza "A" que entraron a laborar en el IMSS a partir del 20 de

[126] Las OBD son calculadas mediante la siguiente fórmula $OBD = VPOT\left(\frac{x-w}{r-w}\right)$ donde x es la edad actual, r es la edad al retiro y w es la edad de ingreso como trabajador al IMSS. 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 2010, Hewitt Associates, S. C., este cálculo se hace de manera específica para cada uno de los siguientes beneficios: jubilación por años de servicios, edad, invalidez, incapacidad y muerte.

diciembre de 2001, a pesar de que en las reformas a la LSS publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) de esa fecha se estipula que no tienen derecho al RJP, y tampoco tienen definido aún su esquema de beneficios por pensiones ni la forma de tratamiento de las obligaciones laborales correspondientes[127]. Con la inclusión de esos trabajadores, la población valuada con derecho al RJP queda integrada con los trabajadores de Base y de Confianza "B" con fecha de ingreso al IMSS anterior al 12 de agosto de 2004, así como con los trabajadores de Confianza "A" vigentes a la fecha de valuación.

A la fecha de valuación se identificaron en la nómina de diciembre de 2010 un total de 300,580 trabajadores activos con derecho a los beneficios establecidos en el RJP[128]. En ese total se están considerando 7,761 trabajadores de Confianza "A" con fecha de ingreso entre el 21 de diciembre de 2001 y el 31 de diciembre de 2010. En el cuadro X.2 se muestra el número de trabajadores desglosado por sexo y tipo de contratación. Asimismo, se muestra la edad y antigüedad promedio de los trabajadores.

Por otro lado, de acuerdo con la nómina de diciembre de 2010, el número de jubilados y pensionados a esa fecha fue de 204,065[129], cifra a la que se añaden 1,112 trabajadores que a diciembre de 2010 se identificaron en proceso de incorporación a la nómina de pensionados. Estas cifras se muestran en el cuadro X.3.

Resultados demográficos

Las proyecciones demográficas de la valuación indican que durante las próximas tres décadas se retirará anualmente una gran cantidad de trabajadores que irán adquiriendo derechos para una jubilación por años de servicio. Como se observa en la gráfica X.1 los trabajadores que estarán en esa situación pertenecen al numeroso contingente que se contrató a finales de las décadas de los años setenta y ochenta.

Cuadro X.2.
Población de trabajadores activos considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2010

Tipo de contratación	Número de trabajadores			Edad promedio			Antigüedad promedio		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Base	162,454	97,490	259,944	43.29	44.32	43.68	16.30	16.61	16.42
Confianza "B"	11,282	12,189	23,471	45.11	46.05	45.60	19.84	19.36	19.59
Confianza "A"[1/]	8,723	8,442	17,165	39.62	43.18	41.37	11.01	11.55	11.28
Total	**182,459**	**118,121**	**300,580**	**43.23**	**44.42**	**43.69**	**16.27**	**16.54**	**16.37**

[1/] En esta categoría se incluyen los trabajadores de Confianza "A" con fecha de ingreso posterior al 20 de diciembre de 2001 (7,761 trabajadores), los cuales fueron considerados en la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2010.
Fuente: DF, IMSS.

[127] A todo el personal de Confianza "A" que ingresó a partir del 20 de diciembre de 2001 no le es aplicable el RJP 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.

[128] 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 SNTSS el 14 de octubre de 2005, y ii) los trabajadores que ingresaron bajo 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", celebrado entre el IMSS y el SNTSS el 27 de junio de 2008.

[129] El Resumen Nacional de la Nómina de Jubilados y Pensionados (RNNJP) reporta a diciembre de 2010 un total de 204,030 jubilados y pensionados, cifra que difiere en 35 casos con la reportada en la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad (204,065). Esta diferencia obedece a que la nómina de pensionados del mes de diciembre que se usa en la valuación actuarial del RJP se emite en noviembre, mientras que el RNNJP toma como corte de información el mes de diciembre.

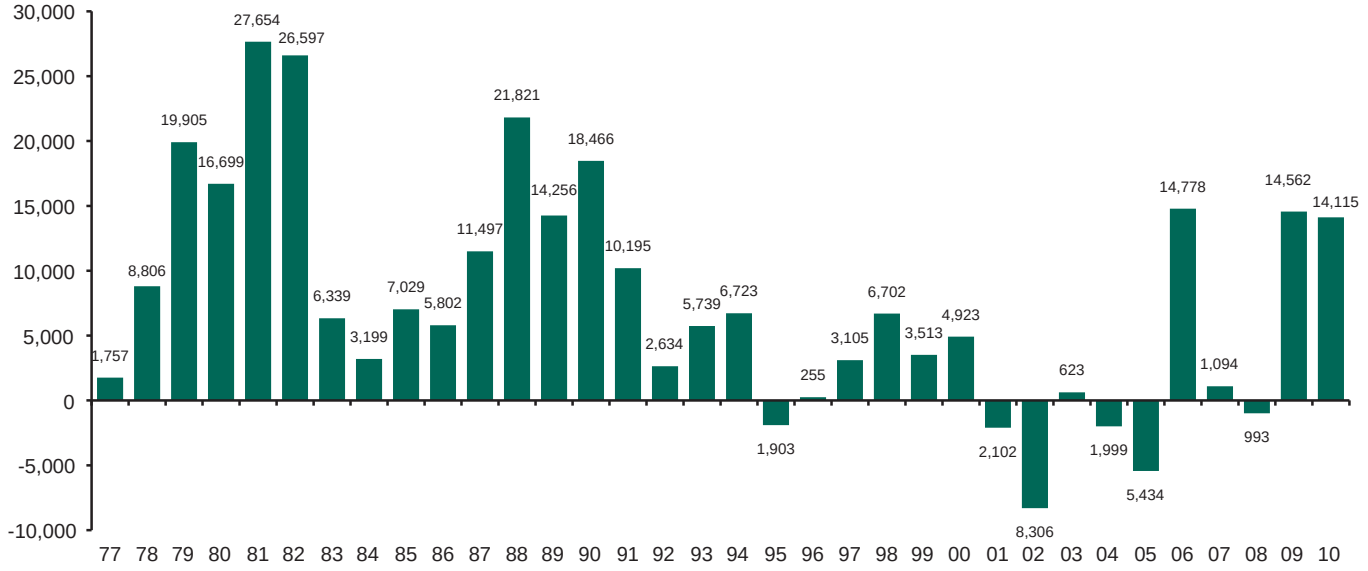
Cuadro X.3.
Población de jubilados y pensionados del IMSS considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2010

Tipo de pensión	Número de pensionados[1/]	Edad promedio
Pensionados directos por jubilación, edad, invalidez e incapacidad permanente		
Hombres	61,877	62.5
Mujeres	122,176	59.7
Suma	184,053	60.6
Pensionados derivados por viudez, orfandad y ascendencia		
Hombres	3,184	62.0
Mujeres	17,940	61.1
Suma	21,124	61.2
Totales		
Hombres	**65,061**	**61.0**
Mujeres	**140,116**	**59.7**
Suma	**205,177**	**60.1**

[1/] El número total de pensionados incluye 1,112 trabajadores que a diciembre de 2010 se identificaron en proceso de incorporación a la nómina de pensionados.
Fuente: DF, IMSS.

muestran en el cuadro X.4, del cual se desprende lo siguiente: i) se estima que durante los próximos 25 años el número de nuevos jubilados y pensionados provenientes de los 300,580 trabajadores valuados será de 12,002 en promedio anual, de manera que para el 2035 se habrán incorporado 300,039 nuevos jubilados y pensionados[130], de los cuales 236,730 permanecerán vigentes hasta ese año (columna i), lo que constituye el nivel máximo de pensiones vigentes de esta población, y ii) al final del 2035 habrá 355,546 jubilados y pensionados vigentes (columna j). Estos pensionados se integrarán por los 236,730 nuevos jubilados y pensionados antes mencionados, más los pensionados en curso de pago que estarán vigentes en ese año y que se estiman en 118,816 (columna c).

Gráfica X.1.
Incremento neto en el número de plazas ocupadas, 1977-2010



Fuente: DF, IMSS.

Asimismo, las proyecciones realizadas para estimar la forma de cómo se irá dando en el tiempo la incorporación de los nuevos pensionados, así como la permanencia y supervivencia de los pensionados vigentes a diciembre de 2010 se

[130] Esta cifra se obtiene multiplicando los 12,002 nuevos jubilados y pensionados estimados en promedio anual en el periodo 2011-2035 por 25 años. La cifra obtenida corresponde a la acumulación de la incorporación anual hasta 2035 de los nuevos pensionados por jubilación, edad, invalidez e incapacidad permanente, así como de 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.

Cuadro X.4.
Proyección 2011-2095 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 sobrevivientes al final de cada año
	Pensionados en curso de pago a diciembre de 2010			Nuevos pensionados de trabajadores activos			Nuevos pensionados de trabajadores activos sobrevivientes al final de cada año			
	Pensiones directas[1/]	Pensiones derivadas[2/]	Total	Pensiones directas[1/]	Pensiones derivadas[2/]	Total	Pensiones directas[1/]	Pensiones derivadas[2/]	Total	
	(a)	(b)	(c)=(a)+(b)	(d)	(e)	(f)=(d)+(e)	(g)	(h)	(i)	(j)=(c)+(i)
2011	182,138	21,462	203,600	11,521	165	11,686	11,521	165	11,686	215,286
2012	180,469	21,727	202,197	11,600	190	11,790	23,056	328	23,384	225,580
2013	178,668	21,943	200,611	11,553	223	11,776	34,472	489	34,960	235,572
2014	176,729	22,091	198,820	12,131	263	12,394	46,388	648	47,036	245,857
2015	174,647	22,199	196,846	13,688	304	13,991	59,774	804	60,578	257,424
2020	161,888	22,701	184,589	15,508	567	16,075	138,228	1,474	139,702	324,291
2025	144,775	22,687	167,462	9,455	928	10,383	188,107	1,881	189,989	357,451
2030	123,050	22,666	145,716	9,610	1,326	10,936	223,755	2,069	225,824	371,540
2035	97,320	21,496	118,816	2,977	1,748	4,726	234,705	2,025	236,730	355,546
2040	69,559	18,468	88,027	507	2,057	2,564	213,670	1,832	215,503	303,530
2045	43,159	13,636	56,795	48	2,115	2,163	178,873	1,574	180,447	237,242
2050	21,980	8,129	30,109	6	1,839	1,845	138,032	1,275	139,307	169,416
2055	8,502	3,610	12,112	1	1,352	1,353	96,026	949	96,975	109,087
2060	2,270	1,127	3,397	0	851	851	58,323	631	58,954	62,351
2065	408	303	711	0	420	420	29,761	365	30,126	30,837
2070	72	106	178	0	145	145	12,084	174	12,258	12,435
2075	13	36	49	0	24	24	3,608	62	3,670	3,719
2080	2	10	12	0	1	1	622	14	636	647
2085	0	2	2	0	0	0	43	1	45	46
2090	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
2095	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

[1/] Se conforma con los pensionados por jubilación por años de servicio, edad, invalidez e incapacidad permanente.
[2/] Considera a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia.
Fuente: Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2010, Hewitt Associates, S. C.

Resultados financieros

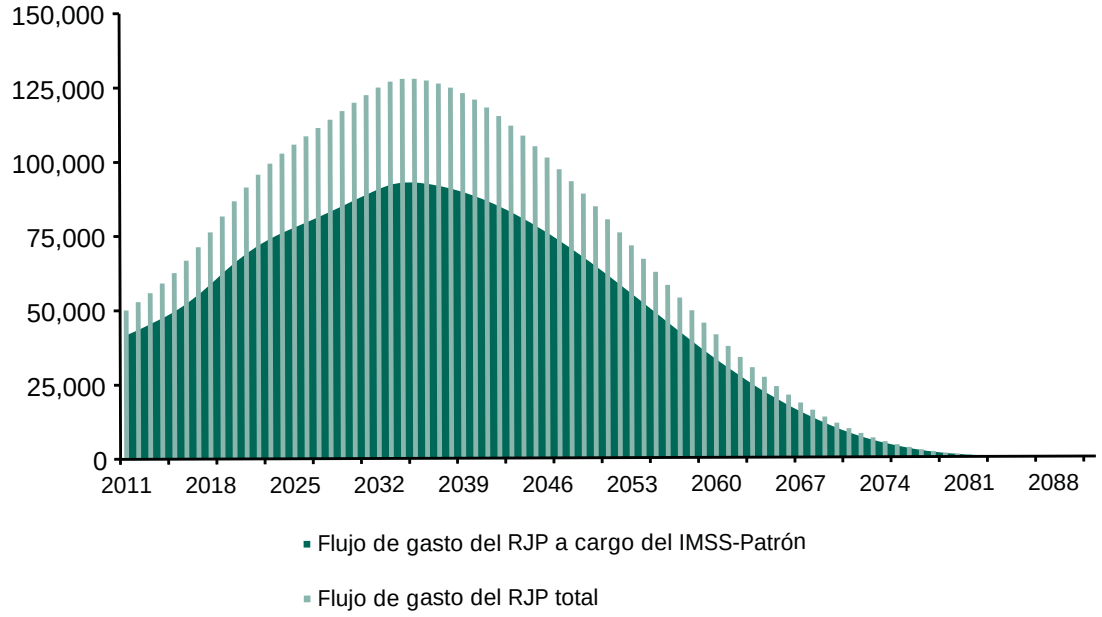
Los resultados financieros que genera la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad e indemnizaciones son: i) el flujo de gasto anual de las pensiones totales; ii) el flujo de gasto anual de las pensiones de la LSS, y iii) el flujo de pagos de prima de antigüedad e indemnizaciones. A partir de estos resultados se calcula el flujo de gasto anual a cargo del IMSS en su carácter de patrón[131], derivado de las pensiones complementarias y prima de antigüedad e indemnizaciones, y con base en este flujo se obtiene el pasivo laboral que representa el valor total de las obligaciones que el IMSS-Patrón debe cubrir a sus trabajadores contratados antes del 12 de agosto de 2004 cuando se jubilen o pensionen.

En la gráfica X.2 se muestra la proyección del flujo de gasto anual total del RJP y prima de antigüedad e indemnizaciones en pesos de 2010. El área verde fuerte representa el flujo de gasto anual a cargo del IMSS-Patrón y las barras en color verde tenue representan el flujo de gasto anual total del RJP.

[131] Flujo de gasto anual de las pensiones a cargo del IMSS-Patrón=(Flujo de gasto anual de las pensiones totales) - (Flujo anual de las pensiones de la LSS) + (Flujo de pagos por prima de antigüedad e indemnizaciones).

En la gráfica se observa que el gasto del RJP complementario alcanzará su máximo en el año 2035 por 92,876 millones de pesos de 2010, mientras que el flujo de gasto a cargo de la seguridad social, con cargo al IMSS-Asegurador, por terminación y retiro, y iii) el VPOT del RJP complementario y prima de antigüedad e indemnizaciones con cargo al IMSS-Patrón, por terminación y retiro.

Gráfica X.2.
Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, total y a cargo del IMSS-Patrón
(pesos de 2010)



Fuente: Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2010 y Proyecciones para 2011, Hewitt Associates, S. C.

representado por la diferencia entre el área verde fuerte y las barras de color verde tenue, llegará en ese mismo año a 34,922 millones de pesos. En total, el gasto del RJP será de 127,798 millones de pesos.

El VPOT se determina a partir de la estimación de los flujos anuales de gasto en pesos de 2010. El VPOT correspondiente al RJP total y prima de antigüedad e indemnizaciones es de 2.3 billones de pesos y el que está a cargo del IMSS-Patrón asciende a 1.8 billones de pesos.

En el cuadro X.5 se muestra el VPOT que corresponde a los jubilados y pensionados y a los trabajadores en activo, indicando para cada uno de estos dos grupos: i) el VPOT total derivado del RJP y de la prima de antigüedad e indemnizaciones, por terminación y retiro; ii) el VPOT derivado de pensiones

Cuadro X.5.
Valor presente de obligaciones totales (VPOT), al 31 de diciembre de 2010
(millones de pesos de 2010)

Concepto	Beneficios valuados		
	Terminación	Retiro	Total
Jubilados y pensionados			
RJP total (1)	71,355	832,195	903,551
IMSS-Asegurador (2)	23,203	184,282	207,485
IMSS-Patrón (3)=(1)-(2)	48,152	647,913	696,066
Trabajadores activos			
RJP total (4)	87,129	1,255,934	1,343,063
IMSS-Asegurador (5)	35,871	311,086	346,957
IMSS-Patrón (6)=(4)-(5)	51,258	944,849	996,107
Prima de antigüedad (7)	15,849	56,645	72,494
VPOT a cargo del IMSS-patrón (8)=(3)+(6)+(7)	**115,259**	**1,649,408**	**1,764,667**

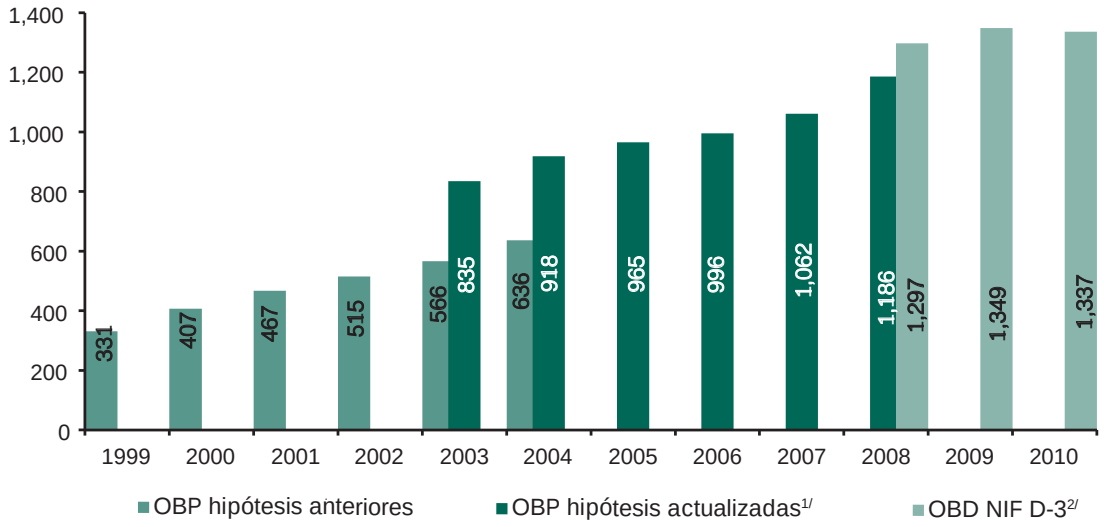
Fuente: Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2010, Hewitt Associates, S. C.

Del cuadro X.5 se desprende que del VPOT a cargo del IMSS-Patrón, 39.4 por ciento corresponde al pago complementario de pensiones del RJP que se otorga actualmente a los pensionados en curso de pago, mientras que 56.4 por ciento corresponde a las futuras pensiones complementarias que se otorgarán a los trabajadores en activo y 4.2 por ciento a las primas de antigüedad e indemnizaciones que se estima serán pagadas en el futuro a los trabajadores.

Cabe señalar que en los últimos 11 años el pasivo laboral a cargo del Instituto, medido en términos de las OBD[132], ha crecido a una tasa real de 13.5 por ciento en promedio anual, pasando de 331 mil millones de pesos en 1999 a 1,337 mil millones de pesos en 2010 (9.7 por ciento del Producto Interno Bruto [PIB] de ese mismo año), como puede observarse en la gráfica X.3.

En relación con ese crecimiento del pasivo laboral, conviene hacer dos precisiones: i) entre 1999 y 2007 el incremento fue de 91,303 millones de pesos en promedio anual, medido en función de las Obligaciones por Beneficios Proyectados (OBP), conforme al Boletín D-3. Sin embargo, dentro de este incremento está considerado un impacto de 282 mil millones de pesos que se tuvo en 2004 a consecuencia de la modificación que se hizo en la valuación actuarial de ese año a las hipótesis y a las bases biométricas utilizadas, y ii) el incremento observado en 2008 obedeció básicamente al cambio de la metodología de medición del pasivo laboral, aplicando la NIF D-3 en lugar del Boletín D-3. Esto implicó incluir la hipótesis de carrera salarial, es decir, el incremento en el salario por retabulación o cambio de categoría, lo cual originó un aumento en el

Gráfica X.3.
Pasivo laboral del IMSS, 1999-2010
(miles de millones de pesos de 2010)



1/ OBP: Obligaciones por Beneficios Proyectados. 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.
2/ En virtud de que la aplicación de la NIF D-3 elimina las OBP, el pasivo a cargo del IMSS-Patrón definido por las OBD se compara con las OBP que se calculaban bajo la metodología previa del Boletín D-3.
Fuente: DF, IMSS.

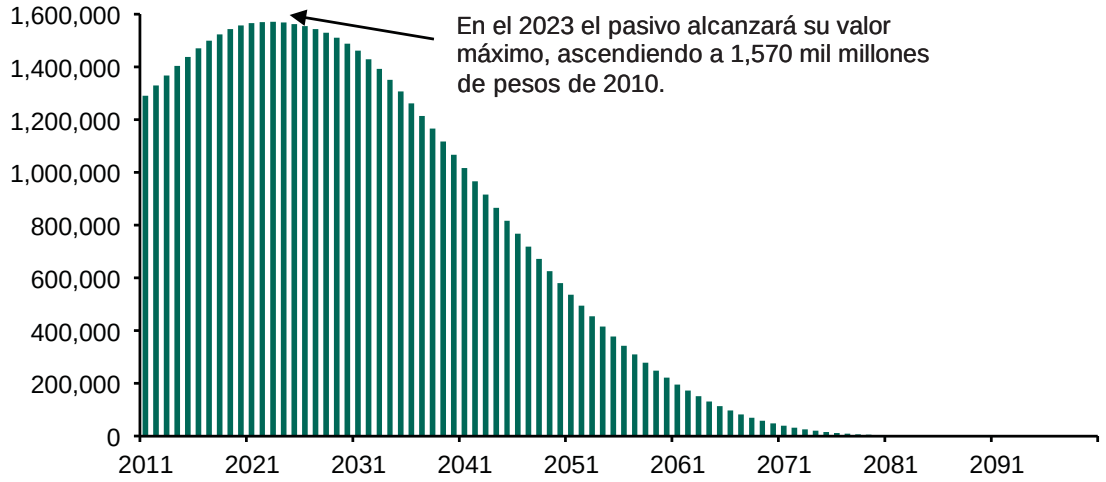
pasivo de 236 mil millones de pesos. De no haberse aplicado la NIF D-3, en 2008 las OBP hubieran aumentado en 124 mil millones de pesos.

En las próximas décadas continuará incrementándose el pasivo laboral a cargo del IMSS, debido básicamente a

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

que cada año que pase irá aumentando la antigüedad de los trabajadores que continúan activos, como se puede observar en la gráfica X.4.

Gráfica X.4.
Pasivo laboral de los trabajadores activos que ingresaron a trabajar en el IMSS antes del 12 de agosto de 2004 y de los jubilados y pensionados actuales
(millones de pesos de 2010)



Fuente: Valuación Actuarial del RJP y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2010 y Proyecciones para 2011, Hewitt Associates, S. C.

Principales resultados de la aplicación de la NIF D-3

La presente sección destaca los principales resultados de la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad e indemnizaciones obtenidos conforme a los lineamientos de la NIF D-3, y a partir de los cuales se cuantifica el pasivo por obligaciones laborales y el CNP, aplicando las hipótesis de cálculo financieras y demográficas señaladas en el cuadro H.3 del Anexo H. El pasivo que se calcula corresponde al que se genera por las pensiones complementarias a las que otorga la LSS.

Los principales resultados de la valuación actuarial se presentan en el cuadro X.6, desglosados para el RJP y la prima de antigüedad e indemnizaciones, y separando en cada caso lo correspondiente a terminación y a retiro. Los resultados más importantes de este cuadro son los siguientes:

- Al 31 de diciembre de 2010 el monto real de las OBD derivado del RJP y prima de antigüedad e indemnizaciones, correspondiente a los servicios pasados, asciende a 1'336,849 millones de pesos (punto 2). De este monto, 602,541 millones de pesos corresponden al personal activo valuado con los beneficios del RJP; 696,066 millones de pesos al personal pensionado y jubilado del RJP, y 38,242 millones de pesos a la prima de antigüedad e indemnizaciones[133].
- El pasivo neto proyectado (provisión adicional en libros) para cubrir los pasivos laborales asciende a 52,769 millones de pesos (punto 6), de los cuales 44,119 millones de pesos se asignan para cubrir obligaciones derivadas del RJP y 8,651 millones de pesos para obligaciones derivadas de la prima de antigüedad e indemnizaciones.
- Al 31 de diciembre de 2010 el saldo de la Subcuenta 1 del FCOLCLC ascendió a 33,706 millones de pesos (punto 13), una vez descontado el retiro de fondos efectuado durante el ejercicio de 2010 por 9,900 millones de pesos y adicionados 2,521 millones

[133] Para los trabajadores de Confianza "A" con fecha de ingreso posterior al 20 de diciembre de 2001, para los cuales aún no se ha emitido el estatuto que definirá su esquema de beneficios por pensiones, se calculó que las OBD ascienden a 3,000 millones de pesos y representan 0.22 por ciento de las OBD totales del Instituto que ascienden a 1,337 miles de millones de pesos.

derivados de los productos financieros generados por el fondo durante ese año, así como 4.2 millones de pesos correspondientes a la devolución por no usar los recursos solicitados en 2009.

- Con base en lo anterior, del total del pasivo por servicios pasados (1'336,849 millones de pesos) se tiene un pasivo reconocido en el balance por 86,476 millones de pesos, que representan 6.5 por ciento de las OBD (punto 14).

Por otra parte, derivado de la relación laboral atribuible al año de valuación se tiene que el CNP (cargo a resultados del ejercicio 2010), bajo la NIF D-3, es de 702,139 millones de pesos (punto 7). Sin embargo, la práctica contable del Instituto se apega a la NIF 08-Bis de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), mediante la cual el registro de las obligaciones laborales se realiza de manera parcial dentro de los Estados Financieros y, por lo tanto, el pasivo no registrado se afecta en ejercicios futuros.

Tomando en cuenta dicha práctica, el Instituto hizo en 2010 un cargo a resultados del ejercicio de 35,457 millones de pesos, integrado de la siguiente forma: i) 26,577 millones de pesos por el pago de la nómina de pensionados del RJP a cargo del IMSS; ii) 3,806 millones de pesos por pagos de prima de antigüedad e indemnizaciones; iii) 676 millones de pesos por aportaciones del Instituto al RJP, y iv) 4,398 millones de pesos por la provisión constituida durante el ejercicio 2010 para la reserva contable del RJP[134]. El importe no reconocido se acumula en una partida de servicios anteriores pendiente de amortizar que deberá reconocerse a partir del ejercicio 2011, de acuerdo con lo establecido en la NIF D-3, según el tipo de beneficio.

En este sentido, es importante apuntar que en el registro pleno de las obligaciones totales el déficit que se genera por la diferencia no reconocida del CNP se reconoce en una cuenta patrimonial, tal y como se muestra en el cuadro X.7.

[134] Los 4,398 millones de pesos resultan de restar al costo de las obligaciones contractuales registradas contablemente durante 2010 por 6,923 millones de pesos, la cantidad correspondiente a 2,521 millones por concepto de intereses de la Subcuenta 1 del FCOLCLC y de 4 millones por concepto de devolución a la inversión por no uso de los recursos solicitados en 2009.

X.1.2. Estudio actuarial sobre la suficiencia financiera del Fondo Laboral para las nuevas contrataciones de base

El 14 de octubre de 2005 el IMSS y el SNTSS firmaron el "Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso", en el cual se contempla un nuevo plan de pensiones para las nuevas contrataciones de Base realizadas por el Instituto a partir del día 16 de octubre de 2005. En ese plan se establece que los recursos necesarios para garantizar el fondeo de las pensiones de la nueva generación de trabajadores provendrán de aportaciones realizadas por los trabajadores con derecho al RJP que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004, así como de aportaciones de los trabajadores contratados bajo las condiciones de dicho convenio. Lo anterior, a efecto de cumplir con las disposiciones establecidas en los Artículos 277 D y 286 K de la LSS.

A partir de la entrada en vigor del convenio, las aportaciones realizadas por los antiguos y los nuevos trabajadores comenzaron a depositarse en una cuenta especial denominada Subcuenta 2 del FCOLCLC, cuyos recursos se mantienen independientes de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, en la que se tienen depositadas las reservas que el IMSS constituyó en el pasado para financiar el plan de pensiones del RJP de los antiguos trabajadores.

Por otra parte, desde 2006 el Instituto ha contratado anualmente los servicios profesionales de un auditor actuarial externo para que realice 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". Este estudio se contrata con los siguientes propósitos:

- Determinar si en términos del Artículo 277 D de la LSS se encuentran plenamente fondeadas las nuevas contrataciones de Base realizadas entre

Cuadro X.6.
Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2010, de acuerdo con la NIF D-3
(millones de pesos de 2010)

	Características principales del plan	Total	Prima de Antigüedad		RJP	
			Terminación	Retiro	Terminación	Retiro
1.	Importe de las obligaciones por derechos adquiridos	764,065	8,001	3,443	48,152	704,469
2.	Importe de las obligaciones por beneficios definidos	1,336,849	8,001	30,241	79,623	1,218,984
3.	Importe de los servicios anteriores y modificaciones al plan de pensiones y prima de antigüedad	1,073,696	224	746	74,115	998,611
4.	Importe del pasivo o activo de transición proveniente de planes de pensiones y prima de antigüedad	0	0	0	0	0
5.	Importe de las pérdidas (ganancias) pendientes de reconocer	176,677	0	19,548	0	157,128
6.	Importe del pasivo o activo neto proyectado (2)-(13)-(3)-(4)-(5)	52,769	5,393	3,258	3,765	40,354
7.	Para el plan de pensiones y prima de antigüedad, el importe del costo neto del periodo	702,139	4,959	4,110	73,270	619,799
8.	Importe de los pagos y contribuciones del plan de pensiones y prima de antigüedad	31,060	457	3,350	2,453	24,800
	Pagos	32,788	457	3,350	2,608	26,374
	Contribución empleados	-1,729	0	0	-156	-1,573
9.	Periodo de amortización de las partidas pendientes de amortizar, para el plan de pensiones y prima de antigüedad		2	15.61	2	11.64
10.	Indicar si los cálculos fueron efectuados por actuarios independientes o por la propia empresa		Independiente (Hewitt Associates, S. C.)			
11.	Las tasas utilizadas en el cálculo de las obligaciones por beneficios y rendimientos de los activos del plan: tasa de descuento, tasa de incremento de salario y tasa estimada a largo plazo de los rendimientos de los activos del plan					
	Tasa de descuento	7.23%				
	Tasa de incremento nominal de salario[1/]	6.1%				
	Tasa estimada a largo plazo de los rendimientos de los activos del plan	7.23%				
12.	El efecto de incrementar un punto la tasa utilizada del costo de otros beneficios, considerando los demás supuestos sin cambio en la suma del costo laboral y el costo financiero.		No aplica			
13.	Activos del plan	33,706	2,384	6,689	1,743	22,890
14.	Reserva de obligaciones contractuales (6+13)	86,476	7,777	9,947	5,508	63,244

[1/] La tasa no incluye el factor de ajuste por antigüedad, pero sí es considerado en la estimación de los salarios futuros.

Fuente: Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2010, Hewitt Associates, S. C.

Cuadro X.7.
Registro pleno de obligaciones totales
(millones de pesos de 2010)

Activo		Pasivo	
Saldo de la Subcuenta 1 del FCOLCLC al 31 de diciembre de 2010	33,706	Cargo al patrimonio	666,682
Saldo de la reserva contable por obligaciones contractuales al 31 de diciembre de 2010	52,769	Pasivo reconocido	86,476
Déficit presupuestal 2010	666,682		
Total activo	**753,157**	**Total pasivo**	**753,157**

Fuente: Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2010 y Proyecciones para 2011, Hewitt Associates, S. C.

el 16 de octubre de 2005 y el 30 de junio de 2008 bajo el "Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso" que firmaron el IMSS y el SNTSS el 14 de octubre de 2005.

- Dar cumplimiento al Artículo Tercero Transitorio de la reforma del 11 de agosto de 2004 a la LSS, en el que se establece que con objeto de atender lo estipulado en el Artículo 277 D, el IMSS 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.
- Evaluar la aplicación del esquema de contribuciones, beneficios y requisitos derivado de dicho convenio, cuyas características se muestran en el cuadro X.8.

Para llevar a cabo el estudio de referencia se utilizaron hipótesis financieras y bases biométricas que se detallan en el Anexo H de este Informe.

Población valuada

Con relación a la población valuada, se consideró un total de 44,520 trabajadores integrados de la siguiente forma: i) 44,074 trabajadores identificados en la nómina de la segunda quincena de diciembre de 2010[135], y ii) 446 trabajadores con categoría de médicos residentes que a diciembre de 2010 ya no estuvieron vigentes en la nómina, pero lo estuvieron en la de diciembre de 2008 (224 trabajadores) y en la de diciembre de 2009 (222 trabajadores). Estos trabajadores fueron incluidos en el estudio actuarial con corte al 31 de diciembre de 2009 como parte de los trabajadores con derecho a los beneficios del convenio de 2005, y se optó por incorporarlos nuevamente en el estudio con corte al 31 de diciembre de 2010 con el objeto de no subestimar las obligaciones derivadas del convenio, toda vez que los residentes tienen la posibilidad de ser contratados por el Instituto una vez que concluyen su residencia y existe la posibilidad de que algunos o todos volverán a aparecer en la nómina.

Asimismo, dentro de la población valuada se consideraron 10 pensionados desglosados de la siguiente manera: i) dos pensionados por invalidez; ii) dos por incapacidad permanente, y iii) seis pensiones derivadas del fallecimiento de trabajadores.

Resultados del estudio actuarial

Tomando en cuenta la población sujeta de valuación, así como los beneficios que establece el convenio adicional, las hipótesis y los supuestos adoptados, se estima que el VPOT por concepto de las prestaciones del RJP asciende a 55,858 millones de pesos.

Por otro lado, al 31 de diciembre de 2010 el saldo de los recursos acumulados en la Subcuenta 2 del FCOLCLC por concepto de las aportaciones realizadas por los trabajadores, incluidos sus rendimientos, asciende a 11,701 millones de pesos, distribuidos como se indica en el cuadro X.9.

[135] En esta cifra se incluyen 1,169 trabajadores que a la fecha de valuación no estaban en activo en el Instituto por alguna causa (licencia o beca, entre otras), pero que no han causado baja.

Cuadro X.8.

Contribuciones y requisitos establecidos para poder otorgar a los trabajadores de Base que se contrataron bajo el Convenio de octubre de 2005 los beneficios de una jubilación por años de servicio o 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 el RJP de la generación futura de trabajadores		
A partir del 16 de octubre de 2005	1% del SB y F	4% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 2006	2% del SB y F	5% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 2007	3% del SB y F	6% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 2008	4% del SB y F	7% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 2009	5% del SB y F	8% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 2010	6% del SB y F	9% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 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 1º de marzo de 2005.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro X.9.

Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2010

(miles de pesos)

Concepto	Saldo a diciembre 2009	Aportaciones	Productos financieros	Saldo a diciembre 2010
Subcuenta 2A Concepto 107 Provisión fondo de jubilación[1/]	6,685.6	2,906.1	649.0	10,240.7
Subcuenta 2B Concepto 108 Provisión RJP[2/]	911.3	458.1	90.9	1,460.3
Total	**7,596.9**	**3,364.2**	**739.9**	**11,701.0**

[1/] Aportación que han realizado los trabajadores 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 y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso.

[2/] Aportación sobre el salario base de los trabajadores contratados a partir del 16 de octubre de 2005, con base en lo estipulado en la Declaración II.4 inciso b) de dicho Convenio.

Fuente: DF, IMSS.

De acuerdo con las aportaciones realizadas hasta el 31 de diciembre de 2010, así como con las expectativas de las aportaciones futuras y con los rendimientos que se generarán, y asumiendo una tasa de interés de 3.7 por ciento real anual, se estima que los recursos que se acumularán para financiar las pensiones de los 44,520 trabajadores y de los 10 pensionados valuados bajo los beneficios del convenio serán en valor presente de 56,372 millones de pesos, los cuales superarán en 514 millones de pesos al valor presente de las obligaciones a cubrir. Estos resultados se presentan en el cuadro X.10 relativo al balance actuarial de la Subcuenta 2 del FCOLCLC, al 31 de diciembre de 2010.

Como puede observarse, el Valor Presente de Futuras Aportaciones (VPFA) que harán los trabajadores en activo contratados con anterioridad al 12 de agosto de 2004 representará 70.8 por ciento[136] de las aportaciones totales, mientras que esa proporción será de 29.2 por ciento[137] en el caso de los trabajadores contratados bajo el convenio.

Con el propósito de ilustrar el comportamiento del pasivo y de las aportaciones de los 44,520 trabajadores valuados, en la gráfica X.5 se presenta el flujo anual esperado de ingresos y egresos correspondientes a ese grupo de trabajadores. Como puede observarse, las aportaciones de los trabajadores con fecha de ingreso anterior al 12 de agosto de 2004 alcanzan su nivel máximo en el año 2012 con un monto de 3,304 millones de pesos de 2010 y después disminuirán hasta extinguirse en el 2037. Por su parte, las aportaciones de los trabajadores cubiertos bajo el convenio alcanzarán su nivel más alto en el 2030 con 1,016 millones de pesos de 2010 y se terminarán en el 2049.

En cuanto al pasivo, se tiene que en el 2055 se alcanzará el nivel máximo con un importe de pensiones y jubilaciones de 9,132 millones de pesos de 2010 y se estima que en el año 2091 se terminará con el pago del pasivo correspondiente a los trabajadores cubiertos bajo los beneficios de dicho convenio.

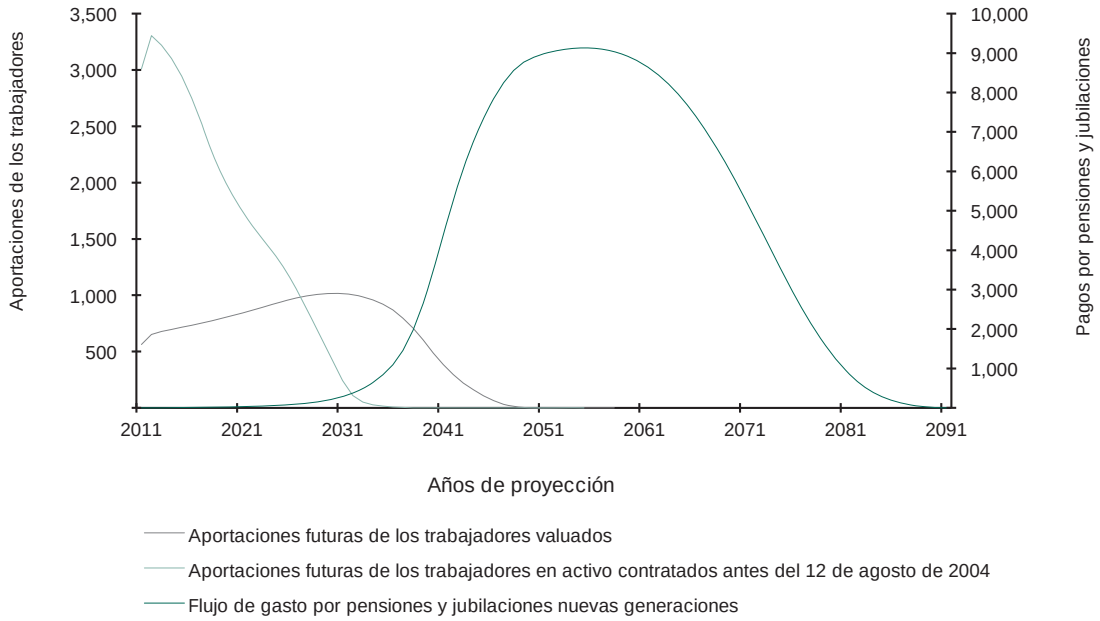
Cuadro X.10.
Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2010
(millones de pesos)

Activo		Pasivo	
Saldo acumulado a diciembre de 2010 de la Subcuenta 2 del FCOLCLC, por el concepto 107	10,241	Subtotal VPOT trabajadores valuados[4/]	55,841
Saldo acumulado a diciembre de 2010 de la Subcuenta 2 del FCOLCLC, por el concepto 108	1,460	Subtotal VPOT pensionados bajo el Convenio Adicional[4/]	16
Subtotal VPFA trabajadores con fecha de ingreso anterior al 12 de agosto de 2004[1/]	29,666		
Subtotal VPFA trabajadores valuados[2/]	15,004		
Producto financiero logrado con la meta fijada por el Instituto, en exceso a 3.67% requerido para garantizar la suficiencia de la Subcuenta 2 del FCOLCLC[3/]	(514)		
Total activo	**55,858**	**Total pasivo**	**55,858**

[1/] Se considera a los trabajadores de Base y de Confianza "A" y "B" con fecha de ingreso anterior al 12 de agosto de 2004. VPFA: Valor presente de futuras aportaciones.
[2/] Son los trabajadores de Base y Confianza "B" contratados bajo el "Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso".
[3/] Tasa de inversión de los recursos de la Subcuenta 2 del FCOLCLC de 3.7 por ciento (meta institucional).
[4/] VPOT: Valor presente de obligaciones totales.
Fuente: Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

[136] Cuadro X.10: (10,241+29,666)/56,372.
[137] Cuadro X.10: (1,470+15,004)/56,372.

Gráfica X.5.
Estimación de las aportaciones anuales de los trabajadores y de los pagos anuales por pensiones y jubilaciones
(millones de pesos de 2010)



Fuente: "Estudio actuarial para medir la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, al 31 de diciembre de 2010", Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A de C. V.

X.2. Contingencias de carácter litigioso

De acuerdo con la LSS, el IMSS tiene el carácter de organismo público descentralizado, así como de organismo fiscal autónomo. También tiene el carácter de patrón, en términos de la Ley Federal del Trabajo (LFT).

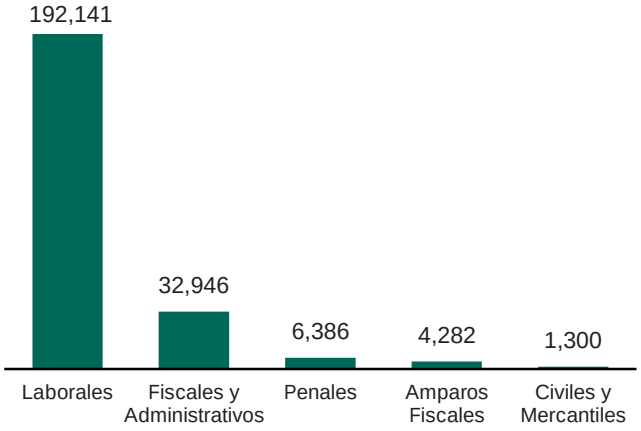
Derivado de lo anterior, en su actuación cotidiana el IMSS realiza actos que pueden ser combatidos por quienes se consideren afectados en su esfera jurídica. Cuando el Instituto es el que estima lesionados sus derechos por la actuación de terceros, ya sea entidades públicas o particulares, tiene el derecho 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 los 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 a nivel central, en el caso de aquellos asuntos que por su importancia y trascendencia son atraídos por la misma.

Al 31 de diciembre de 2010, el Instituto tenía un total de 237,055 asuntos en trámite[138] (gráfica X.6). De estos, 81.1 por ciento son de carácter laboral, 13.9 por ciento de carácter fiscal y administrativo, 2.7 por ciento de carácter penal, 1.8 por ciento son amparos fiscales y el restante 0.5 por ciento son de carácter civil y mercantil.

[138] La definición de lo que se considera juicio en trámite es distinta según la materia de que se trate: En materia laboral es aquel que no ha sido concluido o bien, que la autoridad no ha determinado su envío al archivo como asunto total y definitivamente concluido; en materia fiscal o proceso penal es aquel en el que no se ha dictado sentencia de fondo; en materia civil y mercantil es aquel en que no han concluido las instancias procesales promovidas por las partes o bien, que la autoridad no ha determinado su archivo como asunto total y definitivamente concluido.
El juicio de amparo fiscal en trámite es aquel en el que no se ha dictado sentencia que cause ejecutoria o en el que se interpuso recurso y se encuentra pendiente de resolverse por el Tribunal Colegiado de Circuito que corresponda o por la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Gráfica X.6.
Asuntos en trámite por tipo de proceso, diciembre de 2010



Fuente: Dirección Jurídica (DJ), IMSS.

De los 192,141 juicios de orden laboral, 119,169 (62 por ciento) representan un pasivo contingente. El pasivo contingente en materia litigiosa se define como aquellas cantidades que se considera debe pagar el Instituto, a corto plazo, en razón del resultado del litigio en cuestión. Los importes a pagar son una estimación, ya que las erogaciones a realizar quedan sujetas a la determinación de la autoridad judicial competente.

Del resto de los juicios de orden laboral, 43,194 (22.4 por ciento) se refieren al Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) que manejan las AFORE y 29,778 (15.5 por ciento) están radicados en juntas locales de conciliación y arbitraje. En estas dos últimas situaciones, el Instituto únicamente participa como tercero llamado a juicio y por lo tanto no representan un pasivo contingente[139].

De los 119,169 juicios laborales que sí representan un pasivo contingente y que, por lo tanto, son a los que se presta atención especial durante todo el procedimiento, 57,501 se encuentran en etapa de instrucción[140]; 26,336 en fase de dictamen[141]; 20,131 en laudo[142]; 6,606 en ejecución[143] y 8,595 en amparo[144]. Los juicios que se encuentran en dictamen o en laudo y en los que las acciones para su atención corresponden a la autoridad laboral[145] representan 39 por ciento del total de juicios laborales con pasivo contingente.

En relación con los juicios que promueven ex trabajadores del Instituto, que demandan reinstalación o indemnización en términos de la Cláusula 56 del CCT o bien, de trabajadores que demandan el reconocimiento de accidentes de trabajo o de estado de invalidez en términos del RJP inserto al pacto contractual citado, es relevante señalar que la demora en la resolución de estos juicios por parte de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje está ocasionando que el costo de los mismos se eleve para el Instituto. Conforme más se demore una resolución, es necesario actualizar una serie de prestaciones incluyendo salarios caídos, indemnizaciones, pensiones y reconocimiento de antigüedad laboral, lo que implica un monto mayor de pago si la resolución es en contra del IMSS.

Ante tal situación, se ha solicitado al Presidente de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje su apoyo e intervención a fin de que se agilice la resolución de aquellos asuntos que se encuentran en dictamen y en laudo. En este contexto, los esfuerzos de las áreas

[139] Llamado a juicio como tercero, en materia laboral, es aquel llamamiento que se hace por parte de la autoridad laboral (la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje o las juntas locales de conciliación y arbitraje) a un determinado juicio, en que al tercero no se le demanda alguna prestación por parte del actor, sino únicamente para que manifieste si tiene interés jurídico en dicho litigio.

[140] Juicio en instrucción es aquel en el cual la autoridad laboral no ha declarado el cierre de la etapa de instrucción dentro del procedimiento laboral, es decir, la que inició con la radicación de la demanda y concluye con el envío del expediente a proyecto de resolución, por quedar pendientes etapas o actos procesales por desahogar.

[141] Juicio en dictamen es aquel en el cual la autoridad laboral declaró cerrada la instrucción y, por tanto, se formulará el proyecto de laudo.

[142] Juicio en laudo es aquel en el que el auxiliar de la Junta de Conocimiento formuló el proyecto de laudo y lo entregó a los miembros de la Junta para su discusión, votación y firma o bien, cuyo laudo aprobado no ha sido notificado.

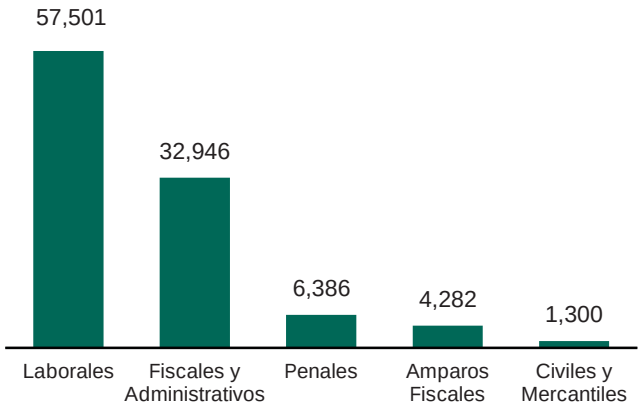
[143] Juicio en ejecución es aquel en el cual el laudo ya quedó firme, pero no se ha dado cumplimiento a la condena en virtud de que no se ha realizado el pago correspondiente o se ha declarado la prescripción del mismo.

[144] Juicio en amparo es el medio de control constitucional que se inicia por la acción que ejercita cualquier persona física o moral, denominada quejoso, ante el Poder Judicial de la Federación para combatir leyes o actos de autoridad cuando se vulneran garantías individuales. Ello con el fin de que se le restituya en el goce pleno de los derechos fundamentales que le hayan sido violados.

[145] La autoridad laboral que conoce, tramita y resuelve los juicios laborales que representan un pasivo contingente es la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, que se integra por Juntas Especiales que tienen competencia en el ámbito federal y que se encuentran en todo el territorio nacional.

jurídicas del Instituto se han centrado en la atención prioritaria de un total de 102,415 asuntos (gráfica X.7). Entre ellos se incluyen 57,501 asuntos laborales que representan un pasivo contingente y se encuentran en fase de instrucción; 32,946 asuntos fiscales, de los cuales 664 implican un pasivo contingente y los 32,282 restantes se refieren a créditos fiscales a favor del Instituto; 6,386 juicios penales; 4,282 amparos fiscales, y 1,300 juicios civiles y mercantiles.

Gráfica X.7.
Asuntos en trámite de atención prioritaria por tipo de proceso, diciembre de 2010



Fuente: DJ, IMSS.

De estos asuntos prioritarios, 18.6 por ciento es atendido por la Dirección Jurídica y el restante 81.4 por ciento se encuentra bajo la responsabilidad de las jefaturas de servicios jurídicos en las delegaciones del Instituto (gráfica X.8).

Para la atención de los juicios fiscales, administrativos, civiles y mercantiles la Dirección Jurídica asesora a las delegaciones, proporcionándoles los argumentos jurídicos para la defensa institucional, respecto de los asuntos con cuantía mayor a 10 millones de pesos o de importancia y trascendencia, dándoles el seguimiento hasta su conclusión total.

En el caso de los asuntos penales a cargo de la Dirección Jurídica se consideran 279 averiguaciones previas y 34 procesos penales. Asimismo, a nivel delegacional se contemplan 5,801 averiguaciones previas y 272 procesos penales (gráfica X.8).

Es factible en un juicio penal, o por efectos de la sentencia en un amparo, que los servidores públicos del Instituto sean considerados penalmente responsables y condenados a la reparación del daño a favor del ofendido o víctima del delito. Cuando se trata de delitos dolosos[146], el IMSS es responsable solidario[147] y cuando se trata de delitos culposos[148], es responsable subsidiario[149]. Los pasivos contingentes en estos casos y ante la inminencia de una resolución desfavorable al IMSS están relacionados al pago por daño moral.

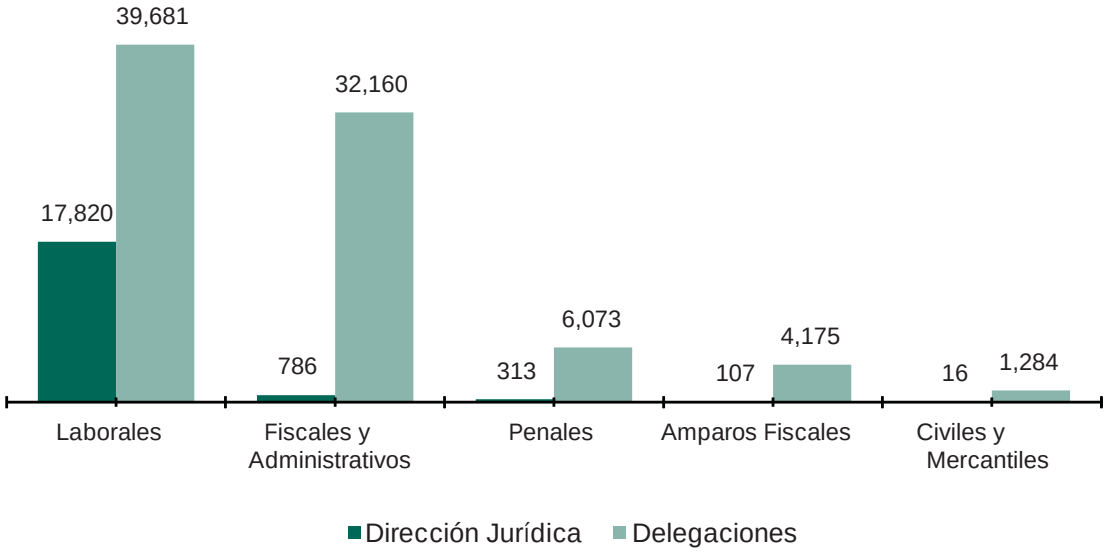
[146] Delito doloso en materia penal es la conducta o comportamiento humano que se lleva a cabo de manera voluntaria e intencional, que viola una disposición legal de orden público que protege un bien o interés valioso para la comunidad, que la ley considera como delito y sanciona con la aplicación de penas y medidas de seguridad; es decir, es aquel en que la persona quiere y acepta el resultado de su conducta ilícita.

[147] Responsable solidario en materia penal: el Estado asume la obligación de satisfacer la reparación del daño por los delitos dolosos de sus servidores públicos, realizados con motivo del ejercicio de sus funciones; es decir, es quien tiene que realizar el pago en favor de otra persona que tiene derecho a exigírselo (acreedor o víctima del delito).

[148] Delito culposo en materia penal es toda conducta o comportamiento humano que viola una disposición legal de orden público, que la ley considera como delito y castiga con la imposición de penas y medidas de seguridad, que se realiza por negligencia, imprevisión, impericia, imprudencia o falta de cuidado.

[149] Responsable subsidiario en materia penal: el Estado asume la obligación de reparar el daño causado por los delitos culposos de sus servidores públicos, realizados con motivo del ejercicio de sus funciones, dada la insolvencia del deudor principal (sentenciado).

Gráfica X.8.
Asuntos en trámite por tipo de proceso, Dirección Jurídica y delegaciones, diciembre de 2010



Fuente: DJ, IMSS.

X.2.1. Contingencias en juicios laborales

La distribución de los pasivos contingentes estimados de 20 juicios laborales cuyo monto asciende a 10 millones de pesos o más se presenta en el cuadro X.11.

Cuadro X.11.
Pasivos contingentes en juicios laborales, diciembre de 2010[1/]
(pesos)

Delegación	Monto estimado[2/]
Chihuahua	113,040,043
Nuevo León	84,654,468
Dirección Jurídica (nivel central)	46,786,377
Sinaloa	44,274,441
Baja California Sur	26,082,770
Veracruz Sur	25,932,315
Sonora	15,000,000
Total	**355,770,415**

[1/] Se incluyen sólo juicios cuya cuantía es igual o superior a 10 millones de pesos.
[2/] Los pagos a realizar, en el caso de laudos condenatorios, quedan sujetos a la determinación de la autoridad competente.
Fuente: DJ, IMSS.

X.2.2. Contingencias en juicios fiscales y administrativos

En materia fiscal y administrativa, de los 32,946 juicios en trámite, en 98.1 por ciento el IMSS tiene el carácter de demandado y en el restante 1.9 por ciento participa como actor (cuadro X.12)[150].

Cuadro X.12.
Distribución de juicios fiscales y administrativos
(casos)

Concepto	IMSS demandado	IMSS actor	Total
Con pasivo contingente	34	630	664
Créditos fiscales a favor del IMSS	32,282	-	32,282
Total	**32,316**	**630**	**32,946**

Fuente: DJ, IMSS.

Por otra parte, del total de juicios únicamente 664 implican un pasivo contingente, 34 por tratarse de controversias en las que se reclama al IMSS la devolución de pagos de COP, el reintegro de gastos médicos e indemnización por responsabilidad patrimonial del Estado, y 630 en que el IMSS es actor,

[150] El IMSS tiene el carácter de actor cuando promueve juicios en defensa de los intereses institucionales ante las determinaciones de créditos y actos de ejecución del Gobierno Federal, del Distrito Federal o de algunos gobiernos estatales.

combatiendo resoluciones dictadas por autoridades federales y locales (cuadro X.12).

Juicios en los que el IMSS es demandado

Los juicios fiscales en que el Instituto es demandado y representan un pasivo contingente son los siguientes: ocho en que los contribuyentes demandan la devolución de COP que consideran pagadas sin justificación legal; 12 en que los patrones solicitan el reintegro de gastos médicos y 14 en que los asegurados reclaman la indemnización por responsabilidad patrimonial del Estado. De obtenerse fallos desfavorables en estos juicios, el IMSS tendrá a su cargo obligaciones de pago, las cuales se describen en el cuadro X.13.

Cuadro X.13.
Pasivos contingentes en juicios administrativos, diciembre de 2010
(pesos)

Concepto	Área a cargo del proceso	Monto estimado
Devoluciones	Delegaciones	16,272,062
Reintegro de gastos médicos	Dirección Jurídica	2,942,250
Reclamaciones	Dirección Jurídica	28,586,299[1/]
Total		**47,800,611**

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 (SMGVDF).
Fuente: DJ, IMSS.

Juicios en los que el IMSS es actor

En términos del Artículo 115, fracción IV, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los bienes del dominio público de la Federación están exentos de las contribuciones sobre la propiedad inmobiliaria, como es el caso de los bienes del Instituto. Asimismo, conforme al Artículo 254 de la LSS, el Instituto no es sujeto de pago de contribuciones federales, estatales y municipales. Sin embargo, esta última disposición ha sido controvertida por diversas autoridades fiscales, haciendo necesaria la defensa de los intereses institucionales en 630 juicios, de los cuales 562 se atienden por la Dirección Jurídica y 68 por las delegaciones.

Entre estos juicios promovidos por el IMSS como actor destacan las determinaciones de créditos y actos de ejecución que el Gobierno Federal, en su oportunidad, y algunos gobiernos estatales y del Distrito Federal han emitido para exigir al Instituto el pago de los gravámenes federales, como es el caso de: i) el Impuesto Sobre las Erogaciones al Trabajo Personal Subordinado Prestado Bajo la Dirección y Dependencia de un Patrón; ii) el Impuesto Sobre la Renta (ISR); iii) multas judiciales y administrativas; iv) Derechos de Agua, y v) en el ámbito local, los impuestos predial, sobre nóminas y derechos por suministro de agua, entre otros.

Bajo este contexto, en el cuadro X.14 se presenta una estimación de los pasivos contingentes de los juicios fiscales en los que el IMSS es actor.

Cuadro X.14.
Pasivos contingentes en juicios fiscales, diciembre de 2010
(pesos)

Área a cargo del proceso	Monto estimado[1/]
Dirección Jurídica	8,371,803,324
Delegaciones	8,114,710,162
Total	**16,486,513,486**

[1/] En estos juicios fiscales no se puede determinar la suma a pagar sino hasta la emisión de la sentencia respectiva. En caso de que la sentencia sea desfavorable a los intereses del Instituto, éste tendría que pagar la contribución con la actualización en los términos de ley, 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.
Fuente: DJ, IMSS.

Entre los juicios a cargo de la Dirección Jurídica sólo dos créditos representan la cantidad de 8,340 millones de pesos, ambos requeridos al Instituto por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) de la SHCP. El primero se establece mediante resolución contenida en el oficio 900-09-05-2009-19326 del 28 de enero de 2009, en la que se determina un crédito fiscal 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 4,041 millones de pesos,

por los ejercicios 1990, 1991 y 1992. Mientras que el segundo se determina en el año 2007 por concepto de ISR, en el ejercicio 2003, por un monto de 4,299 millones de pesos, 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.

Entre los juicios a cargo de las delegaciones sólo uno representa la cantidad de 7,495 millones de pesos por concepto de impuestos sobre erogaciones por remuneraciones al trabajo personal determinado por la Secretaría de Finanzas, notificado a la delegación regional Estado de México Oriente.

X.2.3. Contingencias en juicios civiles y mercantiles

Juicios en los que el IMSS es demandado

Cuando los particulares consideran que se han visto afectados sus intereses con motivo de la prestación de servicios a cargo del Instituto o bien, argumentan que este Instituto ha incumplido los términos pactados en los contratos suscritos en materia de servicios, adquisiciones y obra pública, acuden ante los tribunales competentes para demandar el cumplimiento de las obligaciones o, en su caso, el pago de los daños y perjuicios ocasionados, así como de diversas prestaciones de carácter económico. De obtenerse sentencias desfavorables en dichos juicios, el Instituto estaría obligado a pagar las cantidades determinadas por el tribunal competente.

En el cuadro X.15 se aprecian los pasivos contingentes estimados que pueden derivarse de 77 juicios de carácter civil y mercantil cuyo monto asciende a 10 millones de pesos o más.

Cuadro X.15.
Pasivos contingentes en juicios civiles y mercantiles, diciembre de 2010
(pesos)

Área a cargo del proceso	Monto estimado[1/]
Dirección Jurídica	556,716,552
Delegaciones	3,434,130,523
Total	**3,990,847,075**

[1/] Se incluyen sólo juicios cuya cuantía es igual o superior a 10 millones de pesos. Existen juicios sin cuantificar que por su importancia y trascendencia pueden sentar un precedente desfavorable para los intereses institucionales, por lo que son parte del conjunto de juicios sujetos a atención prioritaria.
Fuente: DJ, IMSS.

Juicios en los que el IMSS es actor

En la celebración de diversos instrumentos jurídicos con particulares, cuando estos no cumplen en los términos en que se obligaron, el Instituto se ve en la necesidad de defender sus intereses ante los tribunales competentes para obtener el pago de lo adeudado e, incluso, el resarcimiento de los daños que le fueron ocasionados. De obtenerse sentencia desfavorable, sólo se podría condenar al Instituto al pago de costas[151] por la tramitación del juicio.

En estos juicios que el Instituto promueve, los particulares, al momento de contestar la demanda, pueden a su vez reclamar el pago de diversas prestaciones, mismas que el IMSS tendría que cubrir en caso de obtenerse sentencia desfavorable.

Cabe señalar que es particularmente difícil estimar el monto de costas que el Instituto estaría condenado a pagar, dado que esas difieren según el tribunal competente y la ley aplicable.

X.2.4. 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 constituyen el problema fundamental que enfrentan las

[151] Costas es la sanción impuesta a los litigantes que hayan actuado de mala fe, con falsedad o sin derecho, consistente en el pago de los gastos ocasionados en el proceso, derivados directamente de él; por ejemplo, el pago de honorarios de abogados y peritos.

áreas jurídicas del Instituto. Para atacar ese problema, se sometió a consideración del H. Consejo Técnico (HCT) 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[152].

Bajo este programa, en material laboral, la Dirección Jurídica ejerció la facultad de atracción[153] 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, y que representaban 42.8 por ciento de los 96,237 juicios a nivel nacional que a esa fecha se encontraban en trámite. Los resultados alcanzados con motivo de la atracción de los juicios laborales han sido positivos tanto a nivel nacional como a nivel central. Entre ellos destaca una disminución del número de demandas notificadas y de juicios en trámite, un aumento en la proporción de los laudos favorables y una disminución en la proporción de las audiencias diferidas por razones imputables al Instituto.

Por otro lado, en material fiscal, ante el gran número de juicios en trámite y el sentido desfavorable para el Instituto de múltiples sentencias dictadas por el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, en marzo de 2008 la Dirección Jurídica determinó implementar un programa específico para prevenir las deficiencias de los actos impugnables del Instituto en materia fiscal, a fin de mejorar las expectativas de su defensa, incrementar las resoluciones favorables a este Instituto y coadyuvar a elevar la recaudación de los ingresos fiscales. Bajo el marco del programa antes mencionado se han obtenido los siguientes resultados a nivel nacional: una disminución en el número de juicios fiscales en trámite y de juicios fiscales concluidos con sentencias desfavorables para el Instituto, así como un aumento de juicios fiscales y juicios de amparo con sentencias favorables para el Instituto.

[152] Ver el Anexo I para una descripción más detallada del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios y sus resultados.

[153] Potestad de la Dirección Jurídica para determinar los asuntos y juicios que por su importancia y trascendencia conocerá y atenderá directamente.

X.3. Sistema Nacional de Tiendas

Como se mencionó en la introducción de este capítulo, la inclusión de un análisis financiero del SNT obedece el principio de que los resultados de operación del SNT pueden generar riesgo financiero cuando la operación es deficitaria. En 2010 el SNT operó con 136 establecimientos, distribuidos en 35 delegaciones del territorio nacional. De ellos, casi la cuarta parte se concentró en cuatro delegaciones: Sonora, Jalisco, Nuevo León y Zacatecas, como se muestra en el cuadro X.16.

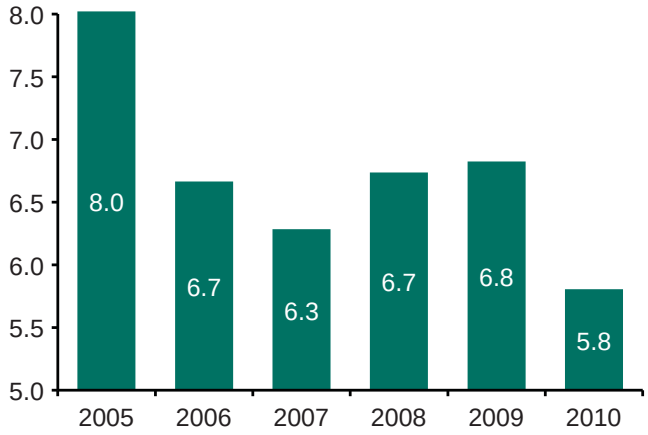
En 2010 un total de 5.8 millones de clientes acudieron a tiendas del SNT, 14.9 por ciento menos que la cifra registrada en 2009. El descenso en el número de clientes reportado en 2010 se explica por el cierre temporal y la reubicación de varias tiendas, así como por la implantación de las terminales punto de venta en 113 tiendas. En la gráfica X.9 se muestra la evolución en el número de clientes atendidos en el SNT en los últimos años.

Cuadro X.16.
Distribución de establecimientos del Sistema Nacional de Tiendas por delegación en 2010

Delegación	Número de tiendas
Sonora	9
Jalisco	8
Nuevo León	7
Zacatecas	7
Chihuahua	6
Coahuila	6
Michoacán	6
Oaxaca	6
Sinaloa	6
Distrito Federal Sur	5
Guanajuato	5
Hidalgo	5
Veracruz Norte	5
Veracruz Sur	5
Baja California Norte	4
Chiapas	4
Guerrero	4
Nayarit	4
Tamaulipas	4
Colima	3
Estado de México Oriente	3
Morelos	3
Puebla	3
Campeche	2
Durango	2
Querétaro	2
San Luis Potosí	2
Tabasco	2
Yucatán	2
Aguascalientes	1
Baja California Sur	1
Distrito Federal Norte	1
Estado de México Poniente	1
Quintana Roo	1
Tlaxcala	1
Total	**136**

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales (DPES), IMSS.

Gráfica X.9.
Número de clientes atendidos en el Sistema Nacional de Tiendas, 2005-2010
(millones de clientes)



Fuente: DF con datos de la DPES, IMSS.

X.3.1. Resultados financieros 2005-2010

En este apartado se hace un análisis de los resultados financieros registrados por el SNT durante el periodo 2005-2010, los cuales se resumen en el cuadro X.17. El cuadro muestra que durante el periodo analizado, el sistema ha operado con un déficit que ha oscilado entre 279 millones de pesos en 2009 y 510 millones de pesos en 2005, el cual representa 12.6 y 20.3 por ciento, respectivamente, de las ventas de esos años. Es importante destacar que en los años previos a 2008 el sistema venía presentando un deterioro financiero sostenido, mismo que comenzó a revertirse a partir de ese año, como consecuencia de la implantación del Programa Estratégico del SNT. No obstante, en 2010 se observó una caída en las ventas de 9.8 por ciento, lo cual repercutió de manera decisiva en el incremento del déficit del sistema, cuyo monto pasó de 279 millones de pesos en 2009 a 310 millones de pesos en 2010.

Cuadro X.17.
Resumen financiero del Sistema Nacional de Tiendas, 2005-2010
(miles de pesos de 2011)

Concepto	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ventas (1)	2,515,562	2,171,259	2,077,149	2,169,959	2,215,460	1,997,695
Otros ingresos (2)[1/]	1,167	725	725	747	587	511
Ingresos totales (3)=(1)+(2)	2,516,730	2,171,984	2,077,874	2,170,706	2,216,047	1,998,205
Costo de ventas y de artículos promocionales (4)	2,150,194	1,854,536	1,781,583	1,875,493	1,925,282	1,726,372
Bonificaciones (5)	-337	-12	-1	-	-	-
Diferencia de inventarios (6)	109,376	24,128	26,987	15,482	20,659	23,415
Utilidad bruta (7)=(3)-(4)-(5)-(6)	257,496	293,331	269,304	279,731	270,107	248,418
Gasto corriente (8)[2/]	618,403	559,069	536,793	535,922	521,974	530,752
Resultado de operación (9)=(7)-(8)	**-360,906**	**-265,738**	**-267,488**	**-256,191**	**-251,867**	**-282,334**
Provisión para RJP (10)	168,735	64,776	153,501	82,687	31,901	36,580
Otros gastos (11)[3/]	-19,616	-4,503	8,575	-3,249	-5,074	-8,954
Resultado total (12)=(9)-(10)-(11)	**-510,025**	**-326,011**	**-429,564**	**-335,629**	**-278,694**	**-309,960**
Variación porcentual respecto al año anterior						
Ventas		-13.7	-4.3	4.5	2.1	-9.8
Otros ingresos		-37.9	0.0	3.0	-21.5	-13.0
Ingresos totales		-13.7	-4.3	4.5	2.1	-9.8
Costo de ventas y de artículos promocionales		-13.8	-3.9	5.3	2.7	-10.3
Bonificaciones		-96.6	-94.4	-100.0	-	-
Diferencia de inventarios		-77.9	11.8	-42.6	33.4	13.3
Utilidad bruta		13.9	-8.2	3.9	-3.4	-8.0
Gasto corriente		-9.6	-4.0	-0.2	-2.6	1.7
Resultado de operación		**-26.4**	**0.7**	**-4.2**	**-1.7**	**12.1**
Provisión para el RJP		-61.6	137.0	-46.1	-61.4	14.7
Otros gastos		-77.0	-290.4	-137.9	56.2	76.5
Resultado total		**-36.1**	**31.8**	**-21.9**	**-17.0**	**11.2**
Porcentaje de ventas						
Costo de ventas y de artículos promocionales	85.5	85.4	85.8	86.4	86.9	86.4
Diferencias de invetarios	4.3	1.1	1.3	0.7	0.9	1.2
Utilidad bruta	10.2	13.5	13.0	12.9	12.2	12.4
Gasto corriente	24.6	25.7	25.8	24.7	23.6	26.6
Resultado de operación	**-14.3**	**-12.2**	**-12.9**	**-11.8**	**-11.4**	**-14.1**
Resultado total	**-20.3**	**-15.0**	**-20.7**	**-15.5**	**-12.6**	**-15.5**

[1/] Incluye venta de desechos y desperdicios, y renta de espacios.
[2/] Incluye los capítulos de: servicios de personal, bienes de consumo, mantenimiento, servicios generales, arrendamiento de inmuebles y cajones de estacionamiento, comisiones por cupones recibidos y servicios bancarios.
[3/] Los otros gastos contemplan los conceptos de: rectificación de resultados de ejercicios anteriores y recuperación de bienes siniestrados.
Fuente: DF, IMSS.

Del cuadro X.17 también se desprende lo siguiente con respecto al comportamiento de los conceptos de ingresos, costos y gastos del SNT:

i) Ingresos: Durante el periodo 2005-2010 los ingresos del sistema fueron del orden de los 2,191 millones de pesos en promedio anual. Entre 2005 y 2007 dichos ingresos observaron una tendencia a la baja, disminuyendo en términos reales en 13.7 por ciento en 2006 y 4.3 por ciento en 2007; sin embargo, en los dos años subsecuentes aumentaron en forma importante, 4.5 por ciento en 2008 y 2.1 por ciento en 2009. En 2010 se observó un descenso del orden de 9.8 por ciento en los ingresos, el cual se atribuye a: el cierre temporal de varias unidades por siniestros ocurridos, la

reubicación de inmuebles y la instalación de las terminales punto de venta en 113 tiendas, lo que implicó que las unidades estuvieran sin operar en los días de instalación.

ii) Costo de ventas y de artículos promocionales: En el periodo de análisis el costo de ventas ascendió a 1,886 millones de pesos en promedio anual y representó 86 por ciento de los ingresos totales del SNT. Debido a que este costo mantiene una relación muy estrecha con las ventas, ambos rubros han registrado un comportamiento similar reduciéndose en el periodo 2006-2007 en 13.8 y 3.9 por ciento, respectivamente, aumentando en 2008-2009 en 5.3 y 2.7 por ciento, y disminuyendo en 10.3 por ciento en 2010.

iii) Bonificaciones: A partir de 2008 se eliminó el costo que se generaba por el otorgamiento de bonificaciones, mismas que estaban integradas por cuatro conceptos: bonificaciones exentas de IVA, bonificaciones gravadas con IVA, bonificaciones sobre ventas y bonificaciones en efectivo.

iv) Diferencias de inventario: Este rubro se redujo significativamente durante el lapso de análisis, pasando de 4.3 por ciento de las ventas en 2005 a 1 por ciento en promedio en 2006-2010, con un mínimo de 0.7 por ciento en 2008.

v) Utilidad bruta: En el periodo analizado, el SNT registró una utilidad bruta de 269.7 millones de pesos en promedio anual, misma que representó 12.3 por ciento de las ventas y casi 49 por ciento del gasto corriente, lo cual explica en parte la insuficiencia financiera del sistema.

vi) Gasto corriente: El gasto corriente registró en el periodo 2005-2009 una tendencia descendente, observándose los mayores decrementos en 2006 y 2007 con 9.6 y 4 por ciento, respectivamente. En cifras absolutas la disminución del gasto corriente fue de 96.4 millones de pesos entre 2005 y 2009, y en términos relativos de 15.6 por ciento. En 2010 se observó un ligero incremento de 8.8 millones de pesos respecto a 2009, el cual representa un crecimiento real de 1.7 por ciento.

vii) Resultado de operación: El resultado de operación de las tiendas del IMSS en el periodo 2005-2010 fue equivalente a 12.8 por ciento de las ventas, lo que significa que para que el sistema tuviera equilibrio financiero en su operación se requeriría que las ventas aumentaran en ese periodo 12.8 por ciento, manteniendo el mismo nivel de los costos, o que el costo de ventas y el gasto corriente disminuyeran en esa magnitud.

viii) Provisión para el RJP: Este rubro observó un comportamiento errático en 2005-2010 y, aunque no depende de la operación del SNT, es importante darle seguimiento, ya que es un gasto atribuido que afecta directamente el resultado financiero del sistema.

ix) Resultado total: El resultado total del SNT muestra en 2008 y 2009 una reducción del alto déficit registrado en los años previos, especialmente en 2005 y 2007. Sin embargo, en 2010 se observó un ligero retroceso a la tendencia observada como consecuencia de la caída en las ventas del sistema.

Con el fin de advertir la situación financiera que observará el SNT en los próximos cinco años, a continuación se presenta una proyección financiera que se realizó considerando las hipótesis que se indican en el cuadro X.18.

Cuadro X.18.
Hipótesis utilizadas en la proyección de los ingresos y gastos del Sistema Nacional de Tiendas, 2011-2015

Concepto	Tasa de crecimiento porcentual				
	2011	2012	2013	2014	2015
Ingresos en tiendas	1.1	1.5	1.2	1.4	1.4
Gasto de servicios de personal	0.9	3.4	2.4	3.7	3.6
Gasto por consumos	-0.3	1.8	1.6	1.7	1.7
Gasto de mantenimiento	3.4	2.2	2.0	2.1	2.1
Gasto por servicios generales	3.4	2.2	2.0	2.1	2.1
Gasto por provisión del RJP	7.8	6.7	6.3	5.8	5.5

Fuente: DF, IMSS.

Los resultados de la proyección se resumen en el cuadro X.19, del cual se concluye que de acuerdo con las hipótesis consideradas el déficit del SNT podría crecer a un ritmo promedio anual de 4 por ciento en el periodo 2011-2015. Es importante destacar que en las proyecciones no se contemplan las mejoras administrativas y operativas, ni las estrategias comerciales que se encuentran en proceso de implantación por parte de la Coordinación de Servicios de Ingreso, cuya inclusión podría cambiar los resultados presentados en este Informe[154].

Cuadro X.19.
Situación financiera del Sistema Nacional de Tiendas en 2010 y proyección 2011-2015
(miles de pesos de 2011)

Concepto	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ventas	1,997,695	2,019,096	2,048,587	2,073,627	2,102,657	2,132,094
Otros ingresos[1/]	511	518	527	536	545	554
Ingreso total	1,998,205	2,019,614	2,049,115	2,074,162	2,103,202	2,132,649
Costos[2/]	1,749,787	1,768,282	1,793,768	1,815,406	1,840,494	1,865,933
Utilidad bruta	248,418	251,332	255,347	258,756	262,708	266,716
Gasto corriente[3/]	530,752	537,108	553,222	565,357	583,952	602,796
Resultado de operación	**-282,334**	**-285,776**	**-297,876**	**-306,601**	**-321,243**	**-336,081**
Provisión para el RJP	36,580	39,435	42,081	44,737	47,314	49,932
Otros gastos	-8,954	-8,954	-8,954	-8,954	-8,954	-8,954
Resultado total	**-309,960**	**-316,257**	**-331,003**	**-342,384**	**-359,603**	**-377,059**

[1/] Incluye venta de desechos y desperdicios, y renta de espacios.
[2/] Incluye costo de ventas, costo por artículos promocionales y diferencias de inventarios.
[3/] Incluye servicios de personal, bienes de consumo, mantenimiento, servicios generales, arrendamiento de inmuebles y cajones de estacionamiento, comisiones por cupones recibidos y servicios bancarios.
Fuente: DF, IMSS.

[154] Las acciones más importantes para el SNT han estado orientadas a apoyar la operación y mejorar la política comercial. Dentro de estas políticas destacan: i) el programa de acumulación de tarjetones de descuento, el cual al cierre de 2010 detonó ventas por 126.4 millones de pesos, cifra que representó un incremento real de 17.9 por ciento con respecto al año anterior y una participación de 6.6 por ciento a ventas totales. Al cierre de 2011 se espera un impacto de 7 por ciento a ventas totales del SNT; ii) el programa de expoventas que tiene como finalidad que las ventas se realicen dentro de las unidades operativas del Instituto o en unidades móviles en temporadas especiales (Día de las Madres, Navidad, etcétera.). En el periodo 2008-2010 esta estrategia comercial generó ingresos al Instituto por 67 millones de pesos, mientras que en el periodo de enero a mayo de 2011 se han detonado ventas por 7.2 millones de pesos; iii) el proyecto de vale especial que consiste en el otorgamiento de un vale para la compra de artículos, con descuento a un mes y por un monto superior al que quincenalmente tramitan los trabajadores activos; esto durante la segunda quincena de julio y la primera de noviembre de cada año que son las fechas en las que se reciben percepciones extraordinarias que hacen que no se ponga en riesgo la recuperación de los créditos otorgados. Se estima que a través de este proyecto habrá un incremento en las ventas durante el mes de diciembre de 2011 de 9.1 por ciento y de 13 por ciento en el mismo periodo de 2012; iv) el sistema de resurtido automático que tiene como propósito la realización eficiente del proceso de compras, abatiendo la discrecionalidad y facilitando la toma de decisiones; v) la política de precios bajos que busca mantener un portafolio de productos ubicados en el *ranking* de los productos líderes más vendidos a nivel nacional, al mismo tiempo que una canasta con precios por abajo de la media del mercado, y vi) la tarjeta de adultos mayores del Gobierno del Distrito Federal como medio de pago. La mayoría de estos programas no representan costo adicional para el Instituto, salvo el de los recursos humanos asignados.

Capítulo

XI

Instalaciones y Equipo del Instituto

Este capítulo presenta la situación en la que se encuentran las instalaciones y el equipo del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica. El capítulo está organizado en dos grandes secciones, la primera relacionada con las instalaciones del Instituto y la segunda con el equipo médico e informático. Dentro de la primera sección se hace referencia a la situación respecto al Régimen Ordinario, al Programa IMSS-Oportunidades y a las unidades no médicas. Asimismo, se presenta el inventario inmobiliario al 31 de diciembre de 2010 y se incluye el estado que guardan las instalaciones, así como la inversión realizada durante ese año. En la segunda sección se analizan los mismos aspectos para equipo médico y equipo informático.

XI.1. Infraestructura inmobiliaria institucional

La infraestructura inmobiliaria del Instituto incluye unidades distribuidas en todo el país. De acuerdo con el inventario inmobiliario institucional, al cierre de 2010 se cuenta con un total de 3,078 unidades del Régimen Ordinario en operación[155]. De éstas, 2,309 (75 por ciento) están asignadas a la prestación de servicios médicos o son apoyo de los mismos, en tanto que 769 (25 por ciento) sirven para realizar funciones relacionadas con las prestaciones económicas y sociales, los servicios de afiliación y cobranza, y los de administración. Por otro lado, el Programa IMSS-Oportunidades, al 31 de diciembre de 2010, cuenta con 3,915 unidades médicas en operación.

[155] Estas unidades corresponden a 1,820 inmuebles.

Este inventario presenta diferencias respecto al Informe precedente, lo cual obedece a movimientos de altas, bajas y reclasificación de inmuebles que se han dado como resultado de avances en el desarrollo de la infraestructura o bien, de ajustes en los procesos operativos que han requerido modificaciones en el tipo y funciones de estos inmuebles. Estos ajustes se describen en los apartados referentes a la inversión realizada durante el año 2010.

XI.1.1. Instalaciones médicas del Régimen Ordinario

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 otorgar 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.

Actualmente, el Instituto cuenta con 1,511 unidades de primer nivel, de las cuales 1,109 son Unidades de Medicina Familiar (UMF) y 402 son unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 39 y 23 años, respectivamente (cuadro XI.1)[156].

En lo que se refiere al segundo nivel de atención, que comprende los servicios de hospitalización general, al 31 de diciembre de 2010 el inventario reporta 261 unidades con una antigüedad promedio de 35 años. Entre éstas, se incluyen 32 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), de las cuales 10 corresponden a unidades autónomas y 22 son unidades anexas a UMF y hospitales. Las UMAA tienen una edad promedio de cuatro años.

En el tercer nivel de atención se tienen 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y 12 unidades médicas complementarias. Como se muestra en el cuadro XI.2, tanto las UMAE como las unidades complementarias ofrecen servicios para la atención de patologías de alta complejidad diagnóstica y terapéutica. La infraestructura de tercer nivel tiene, en promedio, 36 años de antigüedad.

Adicionalmente, se cuenta con 493 unidades que apoyan la atención médica o están dedicadas a la educación e investigación médica (cuadro XI.1). Entre ellas se incluyen 421 bibliotecas, 13 centros de investigación educativa y formación docente, y 50 unidades y centros de investigación en salud. Algunas de estas unidades se encuentran en inmuebles independientes, mientras que otras operan en inmuebles de unidades médicas o administrativas del Instituto.

En el cuadro XI.3 se presenta la distribución por región, delegación y nivel de atención de las unidades del Régimen Ordinario dedicadas a la prestación de servicios médicos.

[156] La información relacionada con la edad de las unidades médicas y no médicas proviene de la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED) del IMSS.

Cuadro XI.1.
Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2010

Tipo de unidad	No. de unidades
Unidades médicas	**1,809**
Primer nivel de atención	**1,511**
Unidades de Medicina Familiar (UMF)	1,109
Unidades auxiliares	402
Segundo nivel de atención	**261**
Hospitales Generales	229
Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	32
Anexa a unidad médica (UMF u Hospital)	22
Autónoma de unidad médica	10
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	**493**
Bibliotecas (Centros de investigación y documentación en salud)	421
Escuelas de enfermería	7
Centros de investigación educativa y formación docente	13
Unidades y centros de investigación en salud	50
Bioterio	2
Total	**2,309**

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

Cuadro XI.2.
Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2010

Delegación/UMAE/Unidad complementaria
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
10. Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes"
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro[1/]
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 Noroeste
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 Cortines"
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"

[1/] Unidad complementaria.

Fuente: DPM, IMSS.

Cuadro XI.3.
Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2010
(número de unidades)

Región/Delegación	Primer nivel		Segundo nivel		Tercer nivel[4/]
	Medicina familiar[1/]	Unidades auxiliares	Hospitales[2/]	UMAA[3/]	
Centro	**183**	**106**	**43**	**9**	**19**
Distrito Federal Norte	21	51	8	1	10
Distrito Federal Sur	22	19	10	3	8
Guerrero	14	9	6	1	-
México Oriente	43	17	10	2	-
México Poniente	42	2	4	1	1
Morelos	21	2	3	-	-
Querétaro	20	5	2	1	-
Oficinas Centrales	-	1	-	-	-
Norte	**276**	**59**	**52**	**10**	**7**
Aguascalientes	10	1	2	1	-
Coahuila	37	13	12	1	1
Chihuahua	47	7	10	2	-
Durango	30	18	4	1	-
Nuevo León	45	7	9	2	6
San Luis Potosí	30	6	6	-	-
Tamaulipas	44	6	7	2	-
Zacatecas	33	1	2	1	-
Occidente	**350**	**138**	**78**	**7**	**7**
Baja California	28	4	8	1	-
Baja California Sur	12	6	6	1	-
Colima	10	6	3	-	-
Guanajuato	35	4	10	1	2
Jalisco	101	58	16	2	4
Michoacán	45	17	9	1	-
Nayarit	21	10	5	1	-
Sinaloa	40	28	8	-	-
Sonora	58	5	13	-	1
Sur	**300**	**99**	**56**	**6**	**4**
Campeche	9	6	2	1	-
Chiapas	27	13	4	-	-
Hidalgo	14	5	6	-	-
Oaxaca	23	6	4	1	-
Puebla	44	1	6	2	2
Quintana Roo	8	8	6	-	-
Tabasco	31	2	3	-	-
Tlaxcala	14	2	3	-	-
Veracruz Norte	47	6	8	1	1
Veracruz Sur	59	23	9	-	-
Yucatán	24	27	5	1	1
Total	**1,109**	**402**	**229**	**32**	**37**

[1/] Incluye UMF, Unidades de Medicina Familiar con Hospitalización (UMFH) y Unidades Médicas Rurales de Esquema Modificado (UMRM).
[2/] Incluye Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM); no incluye Laboratorio de Citología Exfoliativa.
[3/] Incluye UMAA autónomas y anexas a otra unidad médica.
[4/] Incluye UMAE y unidades complementarias.
Fuente: DPM, IMSS.

De manera adicional a las unidades en operación, existen algunas unidades médicas que no están otorgando servicios por diversas razones. Estas unidades se pueden clasificar en dos categorías: i) nuevas unidades recién concluidas que no se han puesto en operación por algún motivo, como puede ser la falta de plantilla completa o equipamiento, y ii) unidades que estaban en operación y actualmente, por alguna causa, en la mayoría de los casos exógena al Instituto, tienen suspendido su servicio, por ejemplo, daños estructurales por fenómenos naturales.

Al 31 de mayo de 2011 el Régimen Ordinario contaba con una unidad de primer nivel y una de segundo nivel que no estaban en operación (cuadro XI.4). Se espera que estas unidades entren en operación en 2011.

Estado físico de unidades médicas

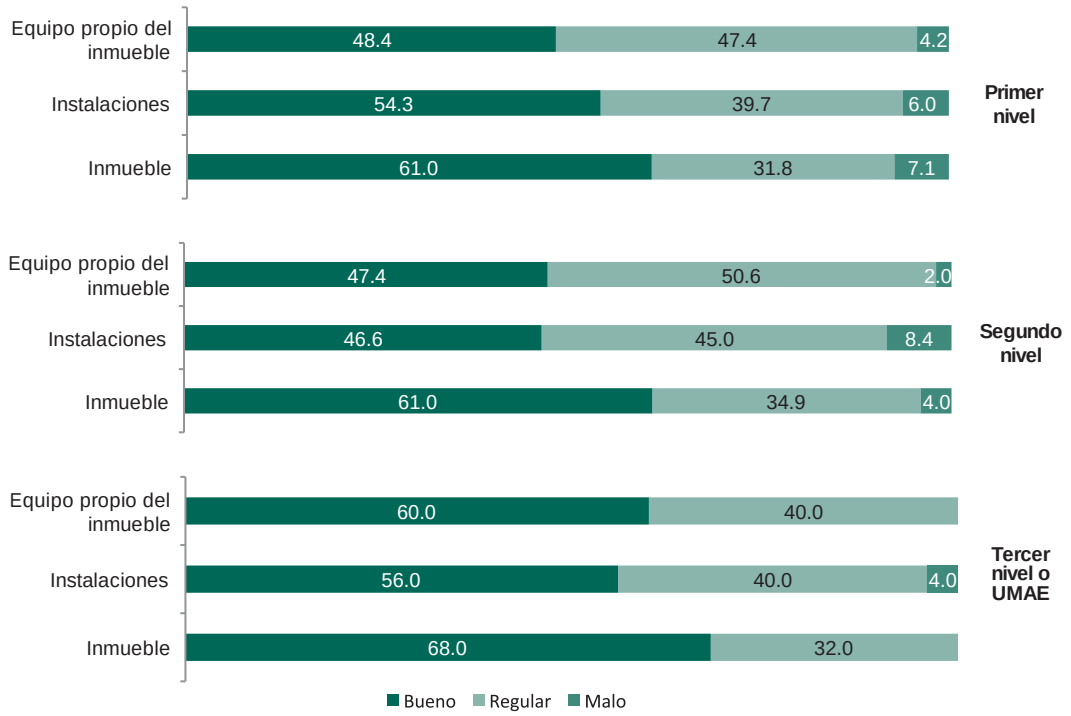
Con objeto de evaluar las condiciones de los inmuebles utilizados para el otorgamiento de los servicios médicos, se valoró el estado físico de los equipos, las instalaciones y del inmueble, que forman parte del inmueble como tal en 1,449 unidades médicas, es decir, 80 por ciento del total de las unidades médicas en operación. Así, el estado del equipo de las unidades (incluye equipo electromecánico como elevadores y escaleras eléctricas, equipo médico y equipo administrativo) se calificó como bueno o regular en 95.8, 98 y 100 por ciento en el primer, segundo y tercer niveles de atención, respectivamente. Los porcentajes de las unidades cuyas instalaciones se calificaron en buenas condiciones o condiciones regulares fueron 94, 91.6, y 96 en el primer, segundo y tercer niveles de atención, respectivamente. Con relación al estado del inmueble al primer y segundo niveles de atención 92.9 y 96 por ciento de las unidades, respectivamente, se calificó en buenas condiciones o condiciones regulares (gráfica XI.1). En las unidades de tercer nivel de atención, el estado del inmueble se calificó como bueno o regular en todas las unidades evaluadas.

Cuadro XI.4.
Unidades médicas del Régimen Ordinario que no se encuentran en operación, mayo de 2011

Nivel de atención/Localidad	No. de unidades	Tipo de unidad	Razón por la que no se encuentra en operación
Primer nivel			
Mexicali, Baja California[1/]	1	UMF-10 consultorios	Revisión y reforzamiento estructural de la unidad por sismo de 4 de abril de 2010.
Segundo nivel			
Miguel Alemán, Tamaulipas	1	Hospital Rural	El área médica decidió que esta obra formará parte del Régimen Ordinario. No se ha puesto en operación por falta de plantilla médica. Se ha adjudicado 89 por ciento del equipamiento.
Total	**2**		

[1/] Está programado que esta unidad entre en operación en el mes de julio de 2011.
Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED), IMSS.

Gráfica XI.1.
Estado físico del inmueble, equipo e instalaciones de las unidades médicas del Régimen Ordinario por nivel de atención, 2010
(porcentajes[1/])



[1/] La suma de los porcentajes para cada nivel puede no ser igual a 100 por ciento por cuestiones de redondeo.
Fuente: DAED, IMSS.

Programa de inversión

Como parte del programa de inversión 2010 para la construcción de nuevas UMF y la remodelación y ampliación de las existentes se incorporaron adecuaciones al diseño funcional de las unidades con la idea de facilitar la integración de acciones que tradicionalmente se habían ofrecido en las áreas de servicio de medicina preventiva al proceso de consulta de médico familiar. Asimismo, se establecieron servicios de rehabilitación física en el primer nivel de atención.

En este contexto, en 2010 se concluyeron ocho nuevas UMF que en su totalidad iniciaron operaciones durante el mismo año. Dos de éstas sustituyeron instalaciones obsoletas. Con estas obras se crearon 55 nuevos consultorios.

Al 31 de mayo de 2011 se habían puesto en operación dos nuevas UMF más en Tijuana, Baja California y en Puerto Vallarta, Jalisco, dando un total de 10 nuevas UMF y 75 nuevos consultorios para el periodo entre enero 2010 y mayo 2011. Para esta misma fecha seguía la construcción de seis UMF. La ubicación y situación de estas unidades se muestra en el cuadro XI.5.

En lo que respecta a las acciones de fortalecimiento, en 2010, en el primer nivel de atención se completaron ampliaciones en cuatro UMF en las localidades de Cuernavaca, Morelos; Mexicali, Baja California (dos unidades), y Puerto Vallarta, Jalisco, y una remodelación de UMF en Ecatepec de Morelos, Estado de México (cuadro XI.6).

Al 31 de mayo de 2011 se habían concluido de manera adicional las acciones de fortalecimiento en las unidades de Aguascalientes, Aguascalientes; Jiménez, Chihuahua; San Luis Potosí, San Luis Potosí, y Veracruz, Veracruz Norte, mientras que en seis UMF estas acciones estaban en proceso.

Cuadro XI.5.
Construcción nueva en el Régimen Ordinario, primer nivel de atención, mayo de 2011[1/]

Región/ Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Estatus de obra	Estatus operativo	Fecha de término de ejecución de la obra[2/]	Carácter de la obra[3/]
Centro						
Estado de México Oriente	Apaxco	UMF-5 consultorios	Concluida	En operación	abril 2010	Adicional
Estado de México Poniente	Toluca	UMF-10 consultorios	Concluida	En operación	marzo 2010	Adicional
Querétaro	El Marqués	UMF-10 consultorios	En proceso*	Sin operar	enero 2012	Adicional
Distrito Federal Sur	Orizaba (Col. Roma)	UMF-10 consultorios	Concluida	En operación	febrero 2010	Adicional
Norte						
Aguascalientes	Aguascalientes	UMF-10 consultorios	En proceso	Sin operar	octubre 2011	Adicional
Chihuahua	Nuevo Casas Grandes	UMF-10 consultorios	Concluida	En operación	septiembre 2010	Adicional
Nuevo León	Guadalupe	UMF-10 consultorios	Concluida	En operación	agosto 2010	Adicional
Tamaulipas	Matamoros	UMF-10 consultorios y UMAA	En proceso	Sin operar	febrero 2012	Adicional
Occidente						
Baja California	Tijuana	UMF-10 consultorios	Concluida	En operación*	octubre 2010	Adicional
	Mexicali	UMF-10 consultorios	Concluida	Sin operar[4/]	marzo 2010	Adicional
Jalisco	Puerto Vallarta	UMF-10 consultorios	Concluida	En operación*	octubre 2010	Adicional
	Careyes	UMF No. 70	Concluida	En operación	enero 2010	Sustitución
	Melaque	UMF No. 162	Concluida	En operación	julio 2010	Sustitución
Sinaloa	Culiacán	UMF-10 consultorios y UMAA	En proceso	Sin operar	julio 2011	Adicional
Sonora	Hermosillo	UMF-10 consultorios y UMAA	En proceso	Sin operar	mayo 2012	Adicional
Sur						
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	UMF-10 consultorios	En proceso	Sin operar	septiembre 2012	Adicional
Veracruz Norte	Poza Rica	UMF-10 consultorios	Concluida	En operación	febrero 2010	Adicional
Yucatán	Mérida	UMF-10 consultorios	En proceso	Sin operar	julio 2011	Adicional

[1/] Todas las acciones del cuadro tuvieron lugar en 2010 con excepción de las acciones con *, que se realizaron en los primeros cinco meses de 2011.
[2/] La fecha programada de término de ejecución de obra es susceptible de modificarse de acuerdo con el proceso de construcción.
[3/] Adicional: se refiere a unidades que se agregan al inventario de infraestructura existente. Sustitución: se refiere a unidades que sustituyen a otras por obsoletas o porque están fuera de operación.
[4/] Está programado que esta unidad entre en operación en el mes de julio de 2011.
Fuente: DAED, IMSS.

Las prioridades de la inversión institucional en el segundo nivel de atención se han concentrado en la construcción de nuevos hospitales para aumentar la disponibilidad de camas en el fortalecimiento de los hospitales regionales y generales en operación para ampliar su capacidad resolutiva, y en la construcción de UMAA para disminuir la demanda de camas de hospital. Como resultado de estas acciones, y a pesar del incremento en la derechohabiencia en los últimos cuatro años, el indicador del número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes de la población adscrita a médico familiar (PAMF) ha revertido su tendencia decreciente de más de 30 años al aumentar 0.83 en 2006 a 0.87 en 2010 (gráfica XI.2).

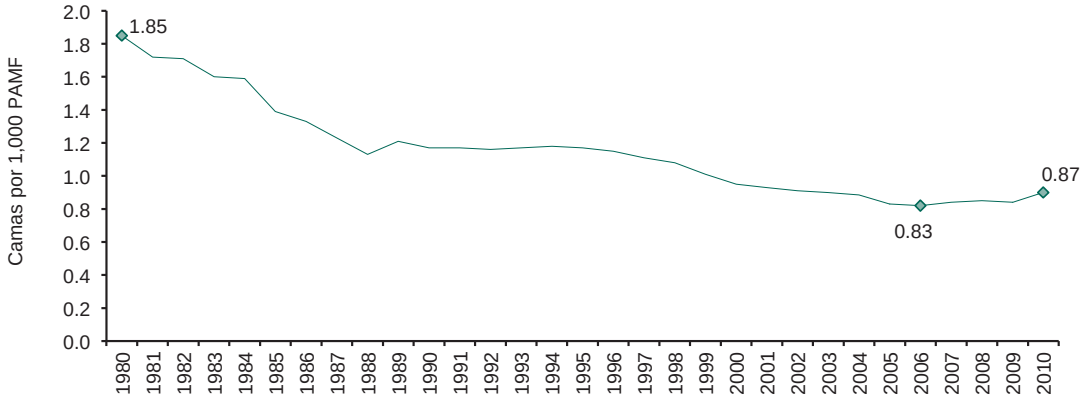
Cabe señalar que el Programa de Inversión Física concluye sus acciones en 2012. Eso significa que para mantener la tendencia creciente del indicador del número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes se debe continuar con un Programa de Inversión Física lo suficientemente agresivo, que permita al Instituto atender el número creciente tanto de

Cuadro XI.6.
Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en el Régimen Ordinario, primer nivel de atención, mayo de 2011[1/]

Región/Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Tipo de acción	Estatus de obra
Centro				
Estado de México Oriente	Ecatepec de Morelos	UMF No. 77	Remodelación	Concluida
Morelos	Cuernavaca	UMF No. 20	Ampliación	Concluida
Norte				
Aguascalientes	Aguascalientes	UMF No. 8	Ampliación	Concluida*
Chihuahua	Jiménez	UMF/H No. 24	Ampliación	Concluida*
San Luis Potosí	San Luis Potosí	UMF No. 45	Remodelación	Concluida*
Occidente				
Baja California	Mexicali	UMF No. 16	Ampliación	En proceso
	Mexicali	UMF No. 28	Ampliación	Concluida
	Mexicali	UMF No. 37	Ampliación	Concluida
	Mexicali	UMF No. 16	Ampliación	En proceso
	Mexicali	UMF No. 4	Ampliación	En proceso
Baja California Sur	Guerrero Negro (Ejido Díaz O.)	Consul. Aux. Med. Fam. No. 19	Ampliación	En proceso
Colima	Manzanillo	UMF No. 2	Remodelación	En proceso
Jalisco	Puerto Vallarta	UMF No. 170	Ampliación	Concluida
	Atotonilco	UMF/H No. 22	Ampliación	En proceso
Sur				
Veracruz Norte	Veracruz	UMF No. 68	Ampliación	Concluida*

[1/] Todas las acciones del cuadro tuvieron lugar en 2010 con excepción de las acciones con *, que se realizaron en los primeros cinco meses de 2011.
Fuente: DAED, IMSS.

Gráfica XI.2.
Número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes de la población adscrita a médico familiar, de segundo y tercer niveles de atención, 1980-2010



Fuente: DPM, IMSS.

derechohabientes en general, así como de pacientes mayores de 65 años con más necesidad de atención hospitalaria. De no lograrse sostener una tendencia favorable en el número de camas disponibles por derechohabiente, el Instituto corre el grave riesgo de caer en una situación de insuficiencia crónica de oferta hospitalaria con el consecuente deterioro en la oportunidad de servicios y el descontento y daño a la salud de la población derechohabiente.

En cuanto al número de hospitales nuevos, en 2010 se concluyeron y se pusieron en operación cuatro hospitales y una UMAA: el Hospital General Regional (HGR) y la UMAA de San Pedro Xalpa, Azcapotzalco, Distrito Federal; el Hospital General de Subzona (HGS) de Nuevo Casas Grandes, Chihuahua; el Hospital General de Zona (HGZ) de Apodaca, Nuevo León; el HGS de Tecate, Baja California y la UMAA de Tepic, Nayarit (cuadro XI.7). En términos de camas, durante ese año se añadieron 425 al total existente en el Instituto.

Al cierre de mayo de 2011 se habían puesto en operación dos UMAA más, la de Chalco, Estado de México Oriente y la de Cuajimalpa de Morelos, Distrito Federal Sur, así como el HGS de San José del Cabo, Baja California Sur, con capacidad de 40 camas.

Actualmente, siguen en proceso de construcción la UMAA de Tuxtla Gutiérrez y cuatro hospitales de segundo nivel que en conjunto añadirán 1,131 camas al Instituto. Adicionalmente, al cierre de mayo de 2011 se había concluido la obra en el HGZ de Tlajomulco

Cuadro XI.7.
Construcción nueva en el Régimen Ordinario, segundo nivel de atención, mayo de 2011[1/]

Región/Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Estatus de obra	Estatus operativo	Fecha de término de ejecución de la obra[2/]
Centro					
Estado de México Oriente	Chalco	UMAA	Concluida*	En operación*	febrero 2011
	Tecamac	HGR-249 camas	En proceso	Sin operar	agosto 2011
Estado de México Poniente	Metepec	HGR-236 camas	En proceso	Sin operar	febrero 2012
Distrito Federal Norte	San Pedro Xalpa, Azcapotzalco	HGZ-196 camas y UMAA	Concluida	En operación	marzo 2010
Distrito Federal Sur	Cuajimalpa de Morelos	UMAA	Concluida	En operación*	octubre 2010
Norte					
Chihuahua	Nuevo Casas Grandes	HGS-40 camas	Concluida	En operación	enero 2009
Nuevo León	Apodaca	HGZ-149 camas	Concluida	En operación	octubre 2010
Tamaulipas	Reynosa	HGZ-216 camas	En proceso	Sin operar	abril 2012
Occidente					
Baja California	Tecate	HGS-40 camas	Concluida	En operación	febrero 2010
Baja California Sur	San José del Cabo	HGS-40 camas	Concluida	En operación*	diciembre 2010
Jalisco	Tlajomulco de Zúñiga	HGR-250 camas	Concluida*	Sin operar[3/]	abril 2011
Michoacán	Charo, Tres Marías	HGR-250 camas	En proceso	Sin operar	febrero 2012
Nayarit	Tepic	UMAA	Concluida	En operación	abril 2010
Sonora	Hermosillo	HGZ-180 camas "Unidad de quemados"	En proceso*	Sin operar	noviembre 2012
Sur					
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	UMAA y Mod. Rehabilitación	En proceso	Sin operar	agosto 2012

[1/] Todas las acciones del cuadro tuvieron lugar en 2010 con excepción de las acciones con *, que se realizaron en los primeros cinco meses de 2011.
[2/] La fecha programada de término de ejecución de obra es susceptible de modificarse de acuerdo con el proceso de construcción.
[3/] Está programado que esta unidad entre en operación en 2011.
Fuente: DAED, IMSS.

de Zuñiga, en Jalisco y había iniciado la construcción del HGZ en Hermosillo, Sonora, con 180 camas proyectadas y una unidad de quemados[157].

Durante 2010 se realizaron 77 acciones de fortalecimiento (ampliación y remodelación) en unidades de segundo nivel, mientras que al cierre de mayo de 2011 se terminaron acciones de fortalecimiento en cuatro unidades más. Eso da un total de 23 acciones terminadas (29.8 por ciento), 36 (46.7 por ciento) en proceso de construcción y 18 (23.3 por ciento) por iniciar.

quedando dos en proceso y tres por iniciar, como se muestra en el cuadro XI.8. Cabe señalar que durante 2010 y principios de 2011 no hubo construcción nueva en el tercer nivel de atención.

Presupuesto de inversión

Como se puede apreciar en el cuadro XI.9, el presupuesto de inversión para 2010 fue de 3,418 millones de pesos, de los cuales 17.9 por ciento se destinó al primer nivel, 80.8 por ciento al segundo nivel y 1.3 por ciento al tercer nivel de atención médica. Con relación al tipo de obra, 66.8 por ciento financió

Cuadro XI.8.
Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en el Régimen Ordinario, tercer nivel de atención, mayo de 2011[1/]

Región/Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Tipo de acción	Estatus de obra
Centro				
Distrito Federal Norte	Centro Médico "La Raza"	UMAE-Hospital General	Remodelación	En proceso
	Magdalena de las Salinas	UMAE-Hospital de Traumatología	Ampliación	Por iniciar[2/]
	Centro Médico "La Raza"	UMAE-Hospital General	Ampliación	Por iniciar[2/]
	Centro Médico "La Raza"	UMAE-Hospital de Especialidades	Remodelación	Por iniciar[2/]
Distrito Federal Sur	Centro Médico "Siglo XXI"	UMAE-Hospital de Cardiología	Ampliación	Concluida
	Tizapán	UMAE-Hospital de Gineco Obstetricia No. 4	Ampliación	En proceso
Norte				
Nuevo León	Monterrey	UMAE-Hospital de Gineco Obstetricia No. 23	Ampliación	Concluida
Occidente				
Guanajuato	León	UMAE-Hospital de Especialidades No. 1	Ampliación	Concluida*
Jalisco	Guadalajara	UMAE-Hospital de Gineco Obstetricia	Ampliación	Concluida
Sur				
Puebla	Puebla	UMAE-Hospital de Especialidades	Ampliación	Concluida

[1/] Todas las acciones del cuadro tuvieron lugar en 2010 con excepción de las acciones con *, que se realizaron en los primeros cinco meses de 2011.
[2/] El término "por iniciar" indica que el proyecto de obra fue adjudicado a una de las empresas licitantes y solamente está a la espera del contrato y/o el arranque del proyecto.
Fuente: DAED, IMSS.

Respecto a los proyectos para el fortalecimiento de la infraestructura física del tercer nivel, al 31 de mayo de 2011 se habían concluido cinco obras de ampliación en UMAE, cuatro de ellas concluidas en el ejercicio 2010 y una más en los primeros cinco meses de 2011,

construcción nueva, mientras el restante 33.2 por ciento fue para acciones de fortalecimiento. Para 2011 se espera invertir 3,996 millones de pesos más en infraestructura médica.

[157] Existen proyectos para seis hospitales generales a los cuales se hizo mención en el Informe al Ejecutivo y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2009-2010 y cuyas obras fueron diferidas por las restricciones presupuestarias que enfrenta el Instituto. Se tenía previsto construir estos hospitales en las ciudades de Aguascalientes, Saltillo, León, Campeche, Tapachula y Xalapa.

Cuadro XI.9.
Presupuesto total de inversión en el Régimen Ordinario, incluyendo obras concluidas en 2010 y por concluir en 2011
(pesos)

Nivel de atención	Presupuesto total			
	2010		2011	
	Construcción nueva	Acciones de fortalecimiento	Construcción nueva	Acciones de fortalecimiento
Primer nivel	542,849,128	67,756,812	442,799,262	75,427,563
Segundo nivel	1,740,483,034	1,023,281,520	1,948,321,106	1,422,039,080
Tercer nivel	-	44,344,318		107,419,750
Total	**2,283,332,163**	**1,135,382,650**	**2,391,120,368**	**1,604,886,393**

Fuente: DAED, IMSS.

XI.1.2. Instalaciones médicas del Programa IMSS-Oportunidades

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. No obstante, también atiende a derechohabientes del IMSS, a familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) y del Sistema de Protección Social en Salud. La infraestructura de este programa es patrimonio del Instituto[158].

La infraestructura inmobiliaria operativa de este programa incluye un total de 3,915 unidades distribuidas en 19 estados del país en el ámbito rural[159] y en 26 entidades federativas en el ámbito urbano[160]. 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 (UMR), Unidades Médicas Auxiliares (UMA) y Unidades Médicas Urbanas (UMU). En ellas 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 y que requieren contar con recursos básicos para su diagnóstico y tratamiento. Las unidades médicas de segundo nivel de atención son los Hospitales Rurales (HR), a los cuales corresponde aproximadamente 15 por ciento de la demanda de atención.

Como se aprecia en el cuadro XI.10, del total de unidades del programa, 3,837 son unidades médicas de primer nivel y de éstas 90.5 por ciento son UMR.

Cuadro XI.10.
Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por nivel de atención y tipo de unidad, 2010

Nivel de atención	Número de unidades
Primer nivel	**3,837**
Unidades médicas rurales	3,472
Unidades médicas auxiliares[1/]	95
Unidades médicas urbanas	270
Segundo nivel	**78**
Total	**3,915**

[1/] Las Unidades Médicas Auxiliares (UMA) se encuentran en proceso de transformación para convertirlas en Unidades Médicas Rurales (UMR).
Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-Oportunidades), IMSS.

[158] Reforma a la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 15 de mayo de 2003.
[159] El Programa IMSS-Oportunidades tiene presencia en el ámbito rural en los siguientes estados: Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Adicionalmente, existe una UMR en el Distrito Federal que de manera histórica se ha clasificado como rural aunque se encuentra en el ámbito semi urbano.
[160] El Programa IMSS-Oportunidades tiene presencia en el ámbito urbano en las siguientes entidades federativas: Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Por otro lado, 78 HR corresponden al segundo nivel de atención. Adicionalmente, existen 226 unidades de apoyo a la atención médica que en su gran mayoría son equipos móviles que otorgan un paquete básico de servicios médico-preventivos.

La distribución por región, delegación y nivel de atención de las unidades médicas con que cuenta el programa se señala en el cuadro XI.11.

Adicionalmente, al 31 de mayo de 2011, el Programa IMSS-Oportunidades cuenta con 25 nuevas UMR construidas en el Estado de México, las cuales están en proceso de inicio de operaciones debido a la regularización del servicio eléctrico y suministro de agua potable. Asimismo, como se señala en el cuadro XI.12, hay cuatro UMR fuera de operación por diversas razones.

Estado físico de unidades médicas

Con el propósito de garantizar la adecuada conservación de los inmuebles de las UMR, existe un equipo de asesoría y supervisión zonal por cada 18 UMR en promedio, con un técnico polivalente que en forma bimestral visita y atiende el mantenimiento de las unidades de su ámbito de responsabilidad. En los HR el jefe de conservación de cada hospital supervisa y da el mantenimiento necesario.

Para conocer el estado físico de los inmuebles, las delegaciones realizan anualmente un diagnóstico situacional de todos los hospitales y las unidades de primer nivel de atención. Como resultado de este diagnóstico, al corte de 2010, en relación con el primer nivel de atención, las unidades manifiestan que el equipo, instalaciones e inmueble, en 98, 95 y 95 por ciento, respectivamente, se encuentran en buen estado o en estado regular. En relación con el segundo nivel de atención, los hospitales reportan que el equipo, instalaciones e inmueble en 71.8, 70.5 y 61.5 por ciento, respectivamente, se encuentra en buen estado de conservación y el restante 28.2, 29.5 y 38.5 por ciento, respectivamente, reportan que el equipo, instalaciones e inmueble se encuentra en estado regular (gráfica XI.3).

En general, los inmuebles se encuentran en buenas condiciones y cumplen con la funcionalidad y seguridad, tanto para los usuarios como para el personal de los equipos de salud, lo anterior, considerando que las unidades de primer nivel cuentan con un promedio de más de 27 años de antigüedad[161], mientras que las unidades de segundo nivel cuentan con 24 años y en su gran mayoría están ubicadas en lugares lejanos y dispersos del territorio nacional.

Programa de inversión

En 2010 se realizó una importante inversión en infraestructura para dar continuidad a la construcción de nuevas unidades médicas iniciada en 2009. Se concluyó la construcción de ocho nuevos HR, de 30 camas cada uno, en Campeche, Estado de México (dos HR), Guerrero, Michoacán (dos HR), Puebla y Veracruz, mismos que iniciaron operaciones en 2010.

En el primer nivel de atención se construyeron 42 nuevas UMR; 17 de ellas (15 en Guerrero y 2 en el Estado de México) ya están en operación, mientras que 25, ubicadas en el Estado de México, está previsto que iniciarán actividades en el segundo semestre de 2011. En áreas urbanas de los estados de Baja California, Coahuila, Durango, Puebla, Oaxaca, Veracruz y el Distrito Federal se instalaron 44 UMU (módulos prefabricados), destinadas a fortalecer la atención proporcionada a familias beneficiarias del PDHO de la Secretaría de Desarrollo Social.

En total, el número de inmuebles de primer y segundo niveles aumentó en 94 unidades, permitiendo acercar los servicios médicos a las zonas de alto rezago social, incluso en regiones en las que el Programa IMSS-Oportunidades había perdido presencia desde la década de los 80 (Estado de México y Guerrero).

[161] El inicio de operaciones de las UMU es a partir del 1° de enero de 2005, ubicándose en inmuebles rentados, en comodato o dentro de unidades médicas y no médicas del IMSS, por lo que su antigüedad como inmueble es muy variada.

Cuadro XI.11.
Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2010
(número de unidades)

Región/Delegación	No. de delegaciones	Primer nivel				Segundo nivel
		UMR	UMA	UMU	Total	HR
Centro	**5**					
Distrito Federal Sur		1	-	21	22	-
México Poniente		-	-	8	8	2
Morelos		-	-	4	4	-
Querétaro		-	-	4	4	-
Guerrero		15	-	22	37	1
Norte	**7**					
Coahuila		70	9	8	87	3
Chihuahua		140	4	4	148	3
Durango		152	11	2	165	3
Nuevo León		-	-	3	3	-
San Luis Potosí		202	-	6	208	4
Tamaulipas		102	2	-	104	3
Zacatecas		141	-	9	150	5
Occidente	**7**					
Baja California		11	-	4	15	1
Guanajuato		-	-	11	11	-
Jalisco		-	-	9	9	-
Michoacán		334	2	15	351	7
Nayarit		79	-	4	83	1
Sinaloa		104	-	5	109	3
Sonora		-	-	5	5	-
Sur	**9**					
Campeche		39	1	4	44	2
Chiapas		509	47	12	568	10
Hidalgo		212	2	6	220	4
Oaxaca		453	17	21	491	9
Puebla		306	-	13	319	7
Tlaxcala		-	-	3	3	-
Veracruz Norte		291	-	19	310	3
Veracruz Sur		228	-	36	264	3
Yucatán		83	-	12	95	4
Total Nacional	**28**	**3,472**	**95**	**270**	**3,837**	**78**

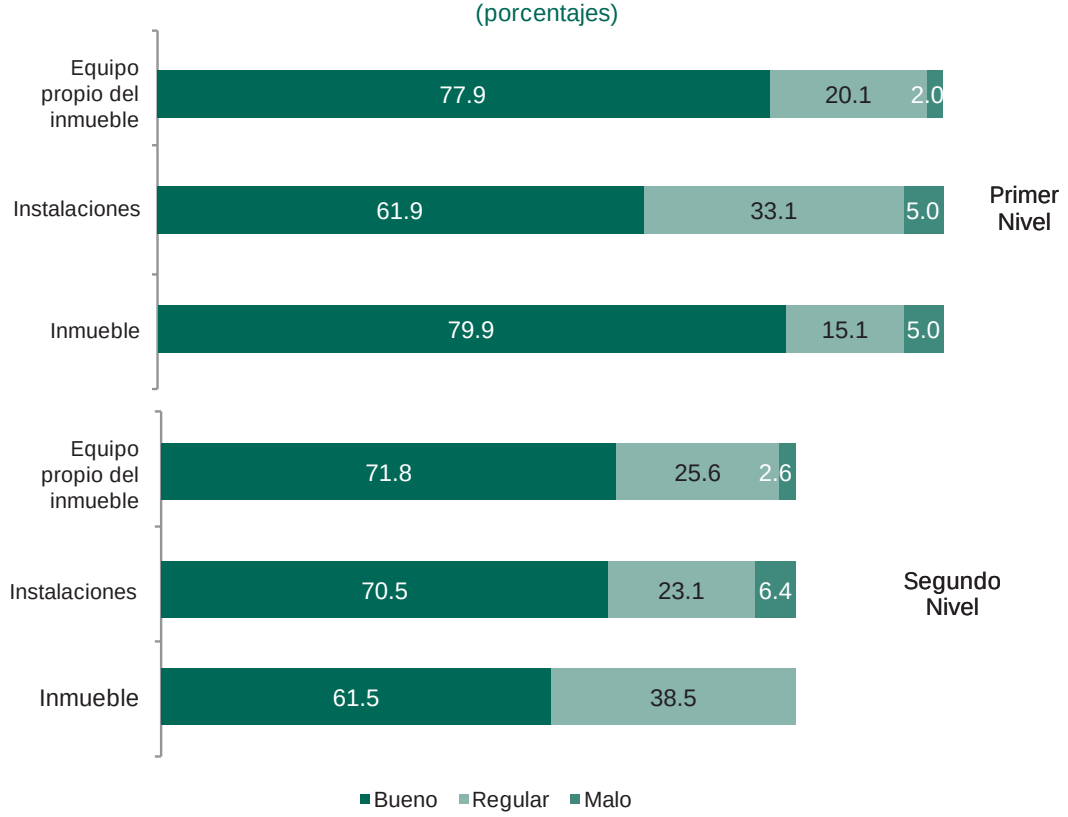
Fuente: IMSS-Oportunidades, IMSS.

Cuadro XI.12.
Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades que no se encuentran en operación, mayo de 2011

Nivel de atención/Localidad	No. de unidades	Tipo de unidad	Razón por la cual no se encuentra en operación
Primer nivel			
El Cable, Chihuahua	1	UMR	Cierre debido a la violencia en la localidad.
El Progreso (Zacarías Mendoza), Coahuila	1	UMR	Cierre debido a que no hay población a atender en esta comunidad. El personal se jubiló y no se han cubierto las plazas por falta de demanda.
Jocuistita, Sinaloa	1	UMR	Debido a la situación de violencia de la región los pobladores han migrado a localidades costeras desde hace tres años. Actualmente no hay población en la comunidad y el equipo de salud se trasladó al HR de Villa Unión.
San Juan Lachao, Oaxaca	1	UMR	El supervisor médico de la Zona 17, Miahuatlán, recibió el 17 de agosto del 2010 comunicación del Abogado Procurador del IMSS, con la indicación de retitrar al personal de la unidad y cerrarla hasta nuevo aviso. Lo anterior, derivado de acuerdos tomados con autoridades municipales de San Juan Lachao el 7 de agosto de 2010, para evitar conflictos con la comunidad, al ser una petición emanada de la Asamblea General de la población.
Estado de México	25	UMR	Se concluyó la fase de construcción, pero se encuentran en proceso de contratación del servicio eléctrico para su puesta en operación.
Total	**29**		

Fuente: IMSS-Oportunidades, IMSS.

Gráfica XI.3.
Estado físico del inmueble, equipo e instalaciones de las unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por tipo de bien y nivel de atención, 2010
(porcentajes)



Fuente: IMSS-Oportunidades, IMSS.

En materia de fortalecimiento del primer nivel de atención, durante 2010 se concluyó la construcción de 12 Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO) en el mismo número de UMR. El objetivo de estos centros es impulsar la atención obstétrica en regiones marginadas del país.

Asimismo, durante los primeros cinco meses de 2011 se concluyó la ampliación de otras cinco UMR, como se muestra en el cuadro XI.13, que incluye la construcción de Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA), así como la construcción de nuevos CARO, referidos anteriormente.

En el segundo nivel de atención la estrategia de fortalecimiento de los HR incluyó las ampliaciones y adecuaciones concluidas durante 2010 en cinco hospitales, en las localidades de Ocozocoautla y Guadalupe Tepeyac, Chiapas; Buenavista Tomatlán, Michoacán; Huajuapan de León, Oaxaca y Villanueva, Zacatecas. En 2011 se concluyeron otras 10 acciones de fortalecimiento en los estados de Chiapas, Hidalgo, Michoacán, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas que incluyeron ampliación de urgencias, cambio de casa de máquinas y drenaje, y adecuación del laboratorio de citología (cuadro XI.14)

Cuadro XI.13.
Acciones de fortalecimiento en IMSS-Oportunidades, primer nivel de atención, mayo de 2011[1/]

Región/ Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Tipo de acción	Estatus de obra
Norte				
Chihuahua	El Vergel	UMR	Ampliación CARO	Concluida
San Luis Potosí	Tamapatz	UMR	Ampliación CARO	Concluida
Occidente				
Nayarit	Lindavista	UMR	Ampliación CARO	Concluida
	Guadalupe Ocotán	UMR	Ampliación CARO	Concluida
Sur				
Campeche	Checubul	UMR	Ampliación UMR	Concluida*
Chiapas	El Limar	UMR	Ampliación CARO	Concluida
	Damasco	UMR	Ampliación CARO	Concluida
Chiapas	Pavencul	UMR	Ampliación CARO	Concluida
Oaxaca	Santiago Ixtayutla	UMR	Ampliación CARO	Concluida
	San Miguel Quetzaltepec	UMR	Ampliación CARO	Concluida
	La Cofradía	UMR	Ampliación CARO	Concluida
	San Baltazar Loxicha	UMR	Ampliación CARO	Concluida
Puebla	Chiconcuautla	UMR	Ampliación CARO	Concluida
	Chila de Juárez	UMR	Ampliación UMR y CARA	Concluida*
Veracruz Norte	Naranjal	UMR	Ampliación CARO	Concluida*
	Texcatepec	UMR	Ampliación CARO	Concluida*
Veracruz Sur	Gustavo Díaz Ordaz	UMR	Ampliación CARA	Concluida*

[1/] Todas las acciones del cuadro tuvieron lugar en 2010 con excepción de las acciones con *, que se realizaron en los primeros cinco meses de 2011.
Fuente: IMSS-Oportunidades, IMSS.

Adicionalmente, se encuentran en proceso las ampliaciones de cinco nuevos laboratorios de citología cervical en los HR de Chiapas, Michoacán, Oaxaca, Veracruz y Zacatecas. Dichos laboratorios iniciarán operaciones en 2011 y estarán destinados al procesamiento e interpretación de las muestras

de citología cervical (papanicolaou), lo que mejorará la oportunidad de los resultados y permitirá iniciar tratamiento contra cáncer cérvico-uterino (CaCu), en caso de ser requerido.

Otras obras de fortalecimiento iniciadas en 2010 y aún en proceso son las ampliaciones de las áreas de urgencias de los HR en los estados de Chiapas, Hidalgo, Michoacán, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas (cuadro XI.14).

en 2010, 90 por ciento fue destinado al segundo nivel de atención, mientras el restante 10 por ciento al primer nivel.

XI.1.3. Unidades no médicas

La infraestructura inmobiliaria no médica del Instituto se integra por: i) unidades donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales, de incorporación y recaudación, de servicios administrativos y de servicios generales, y ii)

Cuadro XI.14.
Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en IMSS-Oportunidades, segundo nivel de atención, mayo de 2011[1/]

Región/Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Tipo de acción	Estatus de obra
Norte				
San Luis Potosí	Zacatipan	Hospital Rural	Ampliación de urgencias	Concluida*
Zacatecas	Concepción del Oro	Hospital Rural	Ampliación de urgencias	Concluida*
	Villanueva	Hospital Rural	Adecuación de laboratorio de citología	Concluida
Occidente				
Michoacán	Ario de Rosales	Hospital Rural	Ampliación de urgencias	Concluida*
	Buenavista	Hospital Rural	Adecuación de laboratorio de citología	Concluida
Sur				
Chiapas	Ocosingo	Hospital Rural	Ampliación de urgencias	Concluida*
	Ocozocoautla	Hospital Rural	Adecuación de laboratorio de citología	Concluida
	Guadalupe Tepeyac	Hospital Rural	Ampliación de residencia médica	Concluida
	San Felipe Ecatepec	Hospital Rural	Cambio de casa de máquinas y drenaje	Concluida*
Hidalgo	Metepec	Hospital Rural	Ampliación de urgencias	Concluida*
Oaxaca	Miahuatlán de Porfirio Díaz	Hospital Rural	Ampliación de urgencias	Concluida*
	Huajuapan de León	Hospital Rural	Adecuación de laboratorio de citología	Concluida
Puebla	Zacapoaxtla	Hospital Rural	Ampliación de urgencias	Concluida*
Veracruz Norte	Chicontepec	Hospital Rural	Ampliación de urgencias	En proceso[2/]
	Papantla	Hospital Rural	Adecuación de laboratorio de citología	Concluida*
Veracruz Sur	Zongolica	Hospital Rural	Ampliación de urgencias	Concluida*

[1/] Todas las acciones del cuadro tuvieron lugar en 2010 con excepción de las acciones con *, que se realizaron en los primeros cinco meses de 2011.
[2/] Existe un avance de 50 por ciento en esta obra.
Fuente: IMSS-Oportunidades, IMSS.

Presupuesto de inversión

El presupuesto de inversión ejercido para la nueva infraestructura ascendió a 1,357.3 millones de pesos, de los cuales 73.8 por ciento se gastó durante el ejercicio 2009 y 26.2 por ciento durante el ejercicio 2010. Del monto de 355.7 millones de pesos invertido

inmuebles desocupados. Con relación al primer grupo el Instituto cuenta tanto con inmuebles propios como con inmuebles rentados.

Actualmente, el Instituto cuenta con 769 inmuebles propios (cuadro XI.15); 418 inmuebles donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas

y sociales con una edad promedio de 32 años; 61 unidades de actividades de incorporación y recaudación con una edad promedio de 24 años; 43 unidades administrativas con una edad promedio de 30 años; 97 unidades de servicios generales con una edad promedio de 12 años; 22 inmuebles que aún no tienen destino específico, y 128 terrenos desocupados.

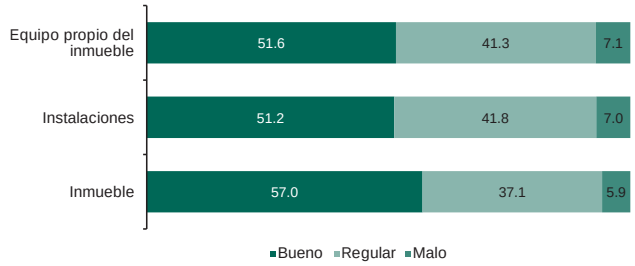
Al mismo tiempo, el Instituto renta 792 inmuebles. En general, la mayoría de las unidades no médicas rentadas albergan actividades relacionadas con servicios generales (71.8 por ciento), seguidas por actividades de prestaciones económicas y sociales (13.6 por ciento).

Cuadro XI.15.
Inmuebles no médicos propiedad del IMSS y rentados por tipo de función del inmueble, 2010

Tipo de función del inmueble	Número de inmuebles	
	Inmuebles propios	Inmuebles rentados
Unidades de Prestaciones Económicas y Sociales	**418**	**108**
Centros de seguridad social para el bienestar familiar	103	-
Teatros	13	-
Deportivos	16	1
Tiendas	21	100
Centros vacacionales	4	-
Velatorios	8	-
Guarderías	248	-
Bibliotecas	1	-
Albergues	3	-
Unidad de congresos	1	-
Unidades de Incorporación y Recaudación	**61**	**55**
Subdelegaciones	61	55
Unidades Administrativas	**43**	**60**
Oficinas delegacionales	22	54
Casas delegados	20	6
Organismo de seguridad social (CIESS)	1	-
Unidades de Servicios Generales	**97**	**569**
Lavanderías regionales	17	-
Centros de capacitación	4	6
Unidades de reproducciones gráficas	1	-
Módulos de ambulancia y transportes	10	-
Estacionamientos	6	501
Centrales de servicio	5	-
Almacenes	42	13
Bodegas	7	10
Bodegas de bienes embargados	5	39
Unidades desocupadas	**150**	**-**
Terrenos	128	-
Inmuebles pendientes de aplicar[1/]	22	-
Total	**769**	**792**

[1/] Inmuebles que a la fecha del corte no tienen destino específico y que están disponibles para darles el uso o destino que se requiera.
Fuente: DAED, IMSS.

Gráfica XI.4.
Estado físico del inmueble, equipo e instalaciones de las unidades no médicas propiedad del IMSS, 2010
(porcentajes)



Fuente: DAED, IMSS.

Estado físico de inmuebles no médicos

El estado que guardan los inmuebles institucionales no médicos se valora mediante su estado físico, instalaciones y equipos propios del inmueble. En lo que se refiere a las calificaciones de los tres rubros (equipo, instalaciones e inmueble), 92.9, 93 y 94.1 por ciento, respectivamente, de las unidades resultaron en condiciones buenas o regulares, como lo resume la gráfica XI.4.

Programa de inversión

La imagen y la funcionalidad de los inmuebles no médicos del Instituto son de primordial importancia para cumplir objetivos relacionados con las prestaciones económicas y sociales, los servicios de incorporación y recaudación, y otros. El cuadro XI.16 resume las acciones de obra nueva para unidades no médicas durante el año 2010 y los primeros cinco meses de 2011, donde destaca la construcción de cuatro subdelegaciones (dos concluidas y dos en proceso de construcción), dos guarderías y dos almacenes. Adicionalmente, se concluyeron 17 ampliaciones y/o remodelaciones, dos más se encuentran en proceso y tres están por iniciar. Cabe mencionar que en el caso de edificios rentados no es factible realizar inversión en obra nueva, sino que sólo se pueden realizar acciones menores de mantenimiento.

Presupuesto de inversión

El presupuesto de inversión ejercido para la nueva infraestructura no médica ascendió a 354.3 millones de pesos hasta el mes de mayo de 2011. Este monto

Cuadro XI.16.
Construcción nueva de unidades no médicas, mayo de 2011

Región/Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Estatus de obra	Estatus operativo
Centro				
Morelos	Cuernavaca	Subdelegación	Concluida	En operación
Norte				
Zacatecas	Zacatecas	Guardería Ordinaria No. 1	En proceso	Sin operar
Occidente				
Colima	Manzanillo	Subdelegación	En proceso*	Sin operar
Guanajuato	San Miguel de Allende	Guardería Ordinaria No. 1	Por iniciar[2/]	Sin operar
Sur				
Hidalgo	Pachuca	Almacén delegacional	En proceso*	Sin operar
Oaxaca	Huatulco	Subdelegación	Concluida*	En operación*
Tabasco	Villahermosa	Almacén	Concluida*	En operación*
Veracruz Norte	San Andrés Tuxtla	Subdelegación	En proceso	Sin operar

[1/] Todas las acciones del cuadro tuvieron lugar en 2010 con excepción de las acciones con *, que se realizaron en los primeros cinco meses de 2011.
[2/] El término "por iniciar" indica que el proyecto de obra fue adjudicado a una de las empresas licitantes y solamente está a la espera del contrato y/o el arranque del proyecto.
Fuente: DAED, IMSS.

incluye la inversión en las siete obras terminadas y en proceso de construcción hasta el mes de mayo de 2011, así como las 19 remodelaciones y/o ampliaciones; en ambos casos sólo se incluyen obras terminadas y en proceso.

XI.2. Equipo institucional

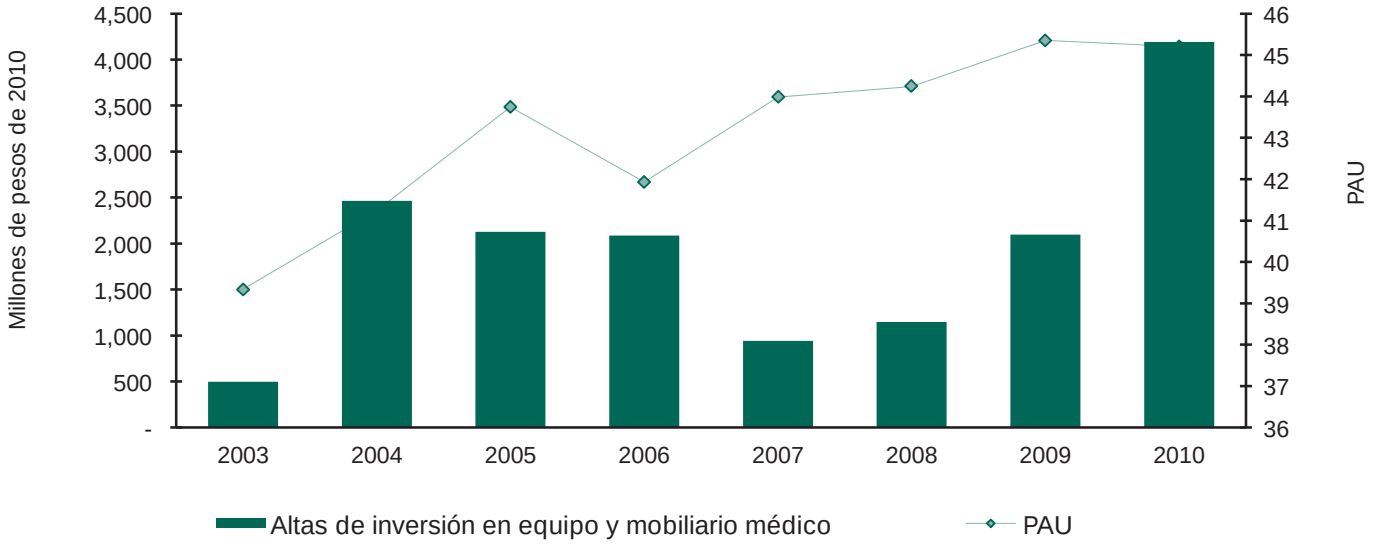
XI.2.1. Equipo médico

El Instituto cuenta con equipo médico distribuido en la red de 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 adquirido y acumulado. La obsolescencia de algunos equipos y el surgimiento de nuevas tecnologías en medicina han hecho indispensable que la institución implemente un programa destinado a mejorar la calidad de la atención médica, a través de la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y terapéuticas que permitan anticipar el daño a la salud y contener el gasto asociado al tratamiento de enfermedades de alto costo.

La administración y planeación de la renovación del equipo médico requiere de la evaluación de la 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.

El momento óptimo para la sustitución de equipos varía, toda vez que su vida promedio está definida por los propios fabricantes y aun para equipos similares es heterogénea. Asimismo, la obsolescencia puede darse por falta de refacciones, accesorios y consumibles o bien, por descomposturas frecuentes que disminuyen la productividad del equipo. La sustitución de equipos que aún con vida útil son rebasados por el surgimiento de nuevas tecnologías menos invasivas, de bajo costo de utilización y que superan las opciones diagnósticas

Gráfica XI.5.
Crecimiento de la población adscrita a la unidad e importe de las altas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2010
(millones de pesos de 2010)



Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

y terapéuticas existentes afecta la toma de decisiones en este rubro.

En 2010 se realizó la inversión en equipo y mobiliario médico más alta de la cual se tiene registro, equivalente a 4,190 millones de pesos (gráfica XI.5). En ese año la inversión por beneficiario de la Población Adscrita a Unidad (PAU) fue siete veces mayor a la inversión correspondiente en 2003. Al importe del Régimen Ordinario se añade la inversión en equipo y mobiliario médico del Programa IMSS-Oportunidades que alcanzó 138.5 millones de pesos, situando la inversión total del Instituto en 4,328.5 millones de pesos.

Al 31 de diciembre de 2010, el Instituto contaba con un inventario de equipo y mobiliario médico de más de 580 mil bienes (cuadro XI.17). De estos bienes, 89.5 por ciento pertenecen al Régimen Ordinario, mientras el restante 10.5 por ciento al Programa IMSS-Oportunidades. Por otro lado, más de 75 por ciento del inventario se clasifica en las categorías de aparato y mobiliario médico.

Programa de inversión

En 2010 se adquirieron 24.3 mil bienes de equipo y mobiliario (4.1 por ciento del total del inventario existente) por un importe de 4,328.7 millones de pesos, como lo señala el cuadro XI.18. La expansión del programa de equipo médico 2010 ha sido resultado de los ahorros en la compra de medicamentos que a la fecha suma 35,475.9 millones de pesos[162]. En particular se compraron, entre otros, 14,064 aparatos médicos, 6,359 bienes de mobiliario médico y 1,791 aparatos e instrumental de laboratorio. También hubo una inversión en aparatos y mobiliario médico contra la pandemia de la influenza A H1N1 de 919 bienes que representaron un monto de 13.4 millones de pesos. Al Régimen Ordinario se destinó 89 por ciento; esta adquisición representó más de 96 por ciento del gasto total de la inversión en equipo y mobiliario médico en este año.

El equipo médico adquirido para el Régimen Ordinario incluyó, entre otros bienes, 150 unidades básicas de anestesia, 161 negatoscopios y 161

Cuadro XI.17.
Número de bienes clasificados por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades, 2010

Categoría funcional	Número de bienes		Total
	Régimen Ordinario	IMSS-Oportunidades	
Aparato médico	222,232	31,666	253,898
Aparato e instrumental de laboratorio	34,031	3,639	37,670
Instrumental de cirugía general	10,758	530	11,288
Instrumental de cirugía y especialidad	65,128	5,550	70,678
Aparato médico Influenza A H1N1	2,417	51	2,468
Mobiliario médico	169,820	19,365	189,185
Mobiliario de laboratorio	18,565	577	19,142
Mobiliario médico Influenza A H1N1	65	-	65
Total	**523,016**	**61,378**	**584,394**

Fuente: DF, IMSS.

[162] Esta cifra resulta del cálculo de la diferencia entre los volúmenes de compra de medicamentos para los años 2007, 2009 y 2010 a los precios observados y el gasto que hubieran representado esos volúmenes si se hubieran comprado a los precios de referencia de 2006.

Cuadro XI.18.
Equipo médico adquirido por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades, 2010
(número de bienes e importe en pesos)

Categoría funcional	Régimen Ordinario		IMSS-Oportunidades		Total	
	No. de bienes	Importe (pesos)	No. de bienes	Importe (pesos)	No. de bienes	Importe (pesos)
Aparato médico	12,726	3,940,355,344	1,338	98,996,912	14,064	4,039,352,256
Aparato e instrumental de laboratorio	980	58,015,642	811	34,545,969	1,791	92,561,611
Instrumental de cirugía general	227	7,027,668	-	-	227	7,027,668
Instrumental de cirugía y especialidad	578	14,927,949	-	-	578	14,927,949
Aparato médico Influenza A H1N1	870	12,861,310	-	-	870	12,861,310
Mobiliario médico	5,842	153,903,762	517	4,958,635	6,359	158,862,397
Mobiliario de laboratorio	352	2,573,172	-	-	352	2,573,172
Mobiliario médico Influenza A H1N1	49	547,810	-	-	49	547,810
Total	**21,624**	**4,190,212,657**	**2,666**	**138,501,516**	**24,290**	**4,328,714,174**

Fuente: DF, IMSS.

reveladores del Programa de Cáncer de Mama[163]. Adicionalmente, se adquirieron 15 unidades de tomografía de 64 cortes para las UMAE. Con respecto al equipo médico asociado a los distintos programas nacionales, se adquirieron 38 microscopios quirúrgicos, 430 refrigeradores para vacunas, 1,460 oxímetros, 341 unidades radiológicas, 322 unidades de anestesia intermedia, 2 resonancias magnéticas, 14 cámaras de centelleo y 2 pletismógrafos, 1 tomógrafo de 16 cortes, 16 mastógrafos, 6 equipos para laboratorio de virología, 762 para clínicas de colposcopia, 526 para laboratorios de citología, 3 para fortalecimiento de fisiología pulmonar, 5 de ablación por radiofrecuencia y 938 equipos solicitados en el Programa Proforma de Alto Costo[164].

Por otro lado, el equipo médico del Programa IMSS-Oportunidades fue adquirido en el marco de cinco programas específicos: área de urgencias, laboratorios de citología, reforzamiento de hospitales rurales, CARO y reforzamiento de unidades médicas[165]. Entre otros bienes, vale la pena señalar que se adquirieron 24 ultrasonógrafos, 4 unidades radiológicas, 79 cardiotocógrafos, 527 refrigeradores para vacunas, 10 ventiladores de traslado, 9 electrocardiógrafos, 10 incubadoras para recién nacido, 9 ventiladores volumétricos y 44 unidades estomatológicas.

XI.2.2. Equipo de informática y de comunicaciones

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 sus distintas funciones, así como desarrollar una red de comunicación de voz y datos para la interconexión de todo el Instituto. El acervo del equipo de informática y de comunicaciones sirve como base para una serie de plataformas y sistemas de información que apuntalan las labores cotidianas del IMSS. Entre éstas destacan las siguientes:

[163] Fuente: DAED, IMSS.
[164] El Proforma Alto Costo es un programa en el que se adquirieron diversos bienes de grupos específicos (imagen y radiaciones, electrónica médica, mecánica y fluidos, quirófano, laboratorio, óptica y oftalmología, medicina física y rehabilitación) cuyo costo es mayor a 250 mil pesos.
[165] Fuente: IMSS-Oportunidades, IMSS.

Expediente Clínico Electrónico

Actualmente, el Instituto cuenta con un sistema de información que incorpora elementos de medicina familiar, consulta externa hospitalaria, hospitalización, imagenología, laboratorios, bancos de sangre, hemodiálisis y otros auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Este conjunto de información conocido como Expediente Clínico Electrónico (ECE) permite, entre otras cosas, recopilar datos de cada paciente y contar con registros médicos en línea, evaluar la calidad de la atención médica a través de la explotación de datos sobre la práctica clínica, mantener el historial de la atención médica de los derechohabientes del Instituto a lo largo de sus vidas, y optimizar la comunicación entre las diversas áreas médicas y no médicas del Instituto. Con objeto de mejorar la operación y sustentabilidad del sistema de información del Seguro Social, se ha emprendido el proyecto del Nuevo Expediente Clínico Electrónico (NECE), el cual integrará las funcionalidades de los sistemas de medicina familiar, consulta externa hospitalaria y hospitalización, en una sola plataforma tecnológica consistente con el modelo de atención a la salud del Instituto.

Programa de Acreditación de Derechohabientes

En un esfuerzo por vincular al derechohabiente de forma rápida y segura con las prestaciones a las que tiene derecho y fortalecer el proceso actual de incorporación con el fin de contar con un registro confiable de derechohabientes, el Instituto ha puesto en marcha su programa de Acreditación como Derechohabiente (ADIMSS). Durante el 2010 se dio continuidad a este programa en su fase II, a través del cual se logró el otorgamiento de 7.3 millones de credenciales a los derechohabientes del IMSS que sumadas a las 7.5 millones generadas en la fase I (2009), permite contar con 14.8 millones de derechohabientes "credencializados". Se tiene planeado continuar el proceso de acreditación hasta cubrir a todos los derechohabientes del IMSS.

Sistema de Planeación de Recursos Institucionales

Adicionalmente, en el Instituto se maneja el Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI), mediante el cual se administran los procesos financieros del Instituto (tesorería, contabilidad, presupuesto, cuentas por pagar y otros). Durante 2009 y 2010 se actualizaron los procesos de negocio y la versión del módulo de inversiones financieras de este sistema, lo que permite que la Unidad de Inversiones Financieras del Instituto opere de forma más eficiente el proceso integral de inversión de las reservas y fondos del IMSS. Se espera que durante el 2011 se incorporen en este sistema los procesos de abasto institucional.

Nueva Red Privada Virtual

Asimismo, el Instituto mantiene su operación con la red de servicios de telecomunicaciones para voz y datos más grande del país. Actualmente, el servicio de la Nueva Red Privada Virtual (NRPV) se encuentra en operación interconectando unidades médicas del Régimen Ordinario, delegaciones y subdelegaciones, oficinas administrativas, centros vacacionales, tiendas, guarderías y centros de capacitación y seguridad social. La NRPV ofrece transporte de datos a todas las aplicaciones sustantivas y de apoyo del Instituto. Aunado a esto se tienen servicios de voz

Cuadro XI.19.
Equipo informático por tipo de bien, 2010[1/]

Tipo de bien	Número de bienes		Total
	Régimen Ordinario	IMSS-Oportunidades	
Impresoras	74,189	6,363	80,552
Computadoras portátiles	9,237	8	9,245
Computadoras de escritorio	219,215	7,273	226,488
Total	**302,641**	**13,644**	**316,285**

[1/] Se presentan de manera selectiva algunos de los bienes incluidos en el inventario de equipo informático. Otros bienes incluidos en el inventario son: fotocopiadoras, reguladores, sistemas de corriente ininterrumpida, videoproyectores, escáneres, etcétera.
Fuente: DF, IMSS.

para usuarios a nivel nacional y la red de funcionarios, videoconferencias, acceso a Internet con la respectiva solución de seguridad, con crecimientos en ancho de banda y administración del tráfico.

Para desarrollar los programas y sistemas antes mencionados, el Instituto contaba, al cierre de 2010, con equipos informáticos que incluyen: 226,488 computadoras de escritorio, 80,552 impresoras y 9,254 computadoras portátiles, distribuidos entre el Régimen Ordinario (95.6 por ciento) y el Programa IMSS-Oportunidades (4.4 por ciento), como señala el cuadro XI.19. De este universo, 30 por ciento del equipo no se encontraba en condiciones técnicas funcionales por razones de obsolescencia.

Cuadro XI.20.
Equipo informático adquirido por tipo de bien, 2010

Tipo de bien	Régimen Ordinario	
	No. de bienes	Importe (pesos)
Impresoras	12,642	123,523,476.39
Computadoras portátiles	3,810	63,561,269.41
Computadoras de escritorio	58,559	827,793,980.89
Total	**75,011**	**1,014,878,726.69**

Fuente: DF, IMSS.

Programa de inversión

Para la operación de los sistemas de información y comunicación del Instituto, en 2010 se realizó un esfuerzo para dotar de equipo de cómputo adecuado al personal del IMSS. Se definió que los equipos no deberán tener más de cinco años de uso para evitar la obsolescencia y garantizar óptimos niveles de desempeño, por lo que desde 2008 inició el proceso de sustituir alrededor de 46,000 equipos, mientras que en el año 2010 se sustituyeron 75,011 equipos (cuadro XI.20). El presupuesto de inversión para 2010 en equipo informático ascendió a 1,014 millones de pesos.

Capítulo

XII

Acciones y Logros del Instituto en Materia de Salud, Bienestar Social y Transparencia, 2009-2010

Este capítulo presenta algunas de las principales acciones del Instituto en el ámbito de los servicios médicos y de guarderías. Entre las acciones que realiza el IMSS para satisfacer la creciente demanda de atención médica por parte de sus derechohabientes destacan los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) y el Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético (DIABETIMSS) con un enfoque preventivo, así como acciones relacionadas con la medicina curativa, entre ellos, la disminución del diferimiento en cirugía programada, acciones para abatir la mortalidad materna, el Programa de Consulta de Medicina Familiar en el 6º y 7º día, mejoras en la atención de urgencias y garantizar el abasto de medicamentos. Adicionalmente, el Instituto ha desarrollado una estrategia de compras y contratación de servicios que le ha permitido lograr ahorros importantes que a su vez se han usado para incrementar y mejorar su infraestructura y equipo médicos, como se detalla en el Capítulo XI. El servicio de guarderías se enfoca a temas de calidad, seguridad integral, participación social y transparencia.

XII.1. PREVENIMSS

PREVENIMSS da respuesta a la acelerada transición epidemiológica y demográfica de la población derechohabiente y consolida la protección a la salud de mujeres y hombres, desde el nacimiento hasta la vejez, al otorgar un conjunto de acciones de promoción y protección a la salud por grupo de edad, sexo y factores de riesgo. Con las acciones que se desarrollan se pretende, además de lograr un impacto favorable en la salud de los derechohabientes, disminuir el costo

económico y social que se genera por la atención de las enfermedades prevalentes, entre las que destacan las crónico-degenerativas y los diferentes tipos de cáncer.

Cabe destacar que el análisis preliminar de los ahorros generados por la iniciativa PREVENIMSS permite identificar impactos en salud que constituyen la base de estimación de gastos no realizados por atención curativa asociados a:

- Casos nuevos evitados de diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HA) mediante vigilancia nutricional, así como la promoción de la alimentación correcta y la actividad física.
- Embarazos, partos y abortos evitados mediante el mantenimiento de métodos de planificación familiar con usuarias activas.
- Casos evitados de CaCu en estadios avanzados mediante la detección de lesiones precursoras y casos en etapas tempranas.

Se estima que tan solo durante 2010 PREVENIMSS generó ahorros de más de 2,932.9 millones de pesos, los cuales se sustentan en una cobertura cada vez mayor de acciones integrales de prevención y protección a la salud, así como en la promoción de estilos de vida saludables. Al cierre de 2010, 56 por ciento de la población adscrita a médico familiar regresó a recibir el conjunto de acciones educativas, de nutrición, prevención, protección específica, detección oportuna y salud reproductiva que conforman el programa de salud de cada grupo de edad. Esta cifra es superior a la meta para ese año, de 52.5 por ciento, y a la alcanzada el año anterior, la cual fue de 53.9 por ciento.

XII.2. DIABETIMSS

Durante los años 2009 y 2010 la diabetes ocupó el segundo lugar de demanda de consulta en medicina familiar y el quinto lugar en la consulta de especialidades en el IMSS. Es la primera causa de muerte con 22,082 defunciones en 2010. La prevalencia actual es de 10.5 por ciento, 2.9 puntos porcentuales más que en 2009, y a nivel nacional se espera que haya 11 millones de enfermos para el año 2025. Con el propósito de alcanzar el adecuado control metabólico y la identificación temprana de las complicaciones para evitar o retrasar su aparición, mejorando la calidad de vida del derechohabiente, así como disminuir los costos de atención, se elaboró e implementó el programa DIABETIMSS.

Se estima que el gasto total de un día para la atención de pacientes diabéticos que reciben atención en el IMSS es de 45’123,738 pesos, correspondiendo a la atención ambulatoria 31’374,410 pesos (69.5 por ciento); a la hospitalaria, 10’916,041 pesos (24.2 por ciento); a las sesiones de hemodiálisis ambulatoria, 850,592 pesos (1.9 por ciento); a las sesiones de diálisis peritoneal, 1’254,740 pesos (2.8 por ciento), y a la rehabilitación de pacientes amputados, 727,955 pesos (1.6 por ciento). Los impactos económicos esperados entre los cinco y siete años se relacionan con la disminución de 15 por ciento en los costos, 20 por ciento en complicaciones, 18 por ciento en invalidez y 14 por ciento en mortalidad.

De octubre de 2008, fecha en que comenzó el programa, a abril de 2011 se han instalado 92 módulos DIABETIMSS. Con el propósito de fortalecer el programa se otorgaron 195 nuevas plazas, mismas que se asignaron a los módulos de nueva operación. En el mes de agosto de 2009 se publicó en Intranet la Guía de Práctica Clínica, “Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2”, misma que fue difundida a todas las Unidades de Medicina Familiar (UMF), en conjunto con otros documentos normativos que complementan la buena práctica para la atención del paciente diabético. Se realizaron dos cursos para formar capacitadores en DIABETIMSS, con la participación de 326 trabajadores entre directivos delegacionales, locales y personal de Base.

Por otra parte, con el fin de automatizar las actividades de salud desarrolladas en el programa se activó la aplicación DIABETIMSS en el Expediente

Clínico Electrónico (ECE) de todas las UMF. Se incluyó en el Cuadro Básico Sectorial e Institucional la cámara no midriática de retina, recurso tecnológico necesario para identificar oportunamente las lesiones oculares en los pacientes diabéticos; mientras que el *software* de autointerpretación se encuentra en proceso de inclusión.

De octubre de 2008 a abril de 2011 se han otorgado en los módulos DIABETIMSS 571,888 consultas; con un promedio hora-médico a nivel nacional de 3.63 pacientes en el último mes reportado.

XII.3. Diferimiento en cirugía programada

A pesar de realizar cerca de 1.5 millones de cirugías cada año, el Instituto se enfrentó en marzo de 2009 a una lista de espera de 32,905 procedimientos quirúrgicos electivos rezagados, con casos de diferimiento extremo que alcanzaban hasta 741 días. En este contexto, se planteó una estrategia para utilizar un importante número de salas de cirugía no utilizadas en unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención, en los turnos vespertinos y fines de semana, con el objetivo de realizar jornadas quirúrgicas extraordinarias de carácter temporal. Además, se inició una estrategia de mejora de la gestión del proceso de cirugías, complementado con la realización de Encuentros Médico-Quirúrgicos. Lo anterior, con el propósito de resolver 100 por ciento del rezago antes del 20 de octubre de 2010.

Como resultado de la aplicación del programa para el abatimiento del diferimiento quirúrgico, entre abril de 2009 y diciembre de 2010 se realizaron un total de 2'509,573 procedimientos quirúrgicos (2'061,538 en segundo nivel y 448,035 en Unidades Médicas de Alta Especialidad [UMAE]). De este modo, al cierre de abril de 2011 se había logrado una reducción de 99.5 por ciento de pacientes en lista de espera respecto a lo registrado en abril de 2009.

XII.4. Acciones para abatir la mortalidad materna

Desde sus inicios, la atención materna ha sido una prioridad en el Instituto. En este sentido, los esfuerzos han permitido disminuir la muerte materna. Sin embargo, se tiene el compromiso de llevarla a los niveles mínimos posibles. Acorde con el Programa Nacional de Salud 2007-2012, en correspondencia con el Plan Nacional de Desarrollo y en acato al compromiso del Ejecutivo Federal de cumplir con el 5° Objetivo de Desarrollo del Milenio: Mejorar la Salud Materna, el IMSS estableció líneas de acción específicas dirigidas a prevenir los embarazos de alto riesgo, incrementar la vigilancia prenatal y asegurar la atención oportuna, integral e interdisciplinaria de la emergencia obstétrica.

En los últimos 10 años, la tasa de mortalidad materna se ha reducido de 38 por cada 100 mil nacidos vivos en 2000 a 29.9 en 2010 (22.8 por ciento). La tasa preliminar de muerte materna en el IMSS, a marzo de 2011, fue de 29.3 por cada 100 mil nacidos vivos. Al cierre de 2010, la Secretaría de Salud (SS) reportó una tasa preliminar de 49.1, mientras que el IMSS registró una tasa de 29.9 por cada 100 mil nacidos vivos. Al 31 de diciembre de 2011, se rebasó la meta estimada de vacunación a pacientes embarazadas de 254,057, con un total de 255,404 inmunizaciones, como una de las acciones preventivas de mayor impacto.

Con el propósito de avanzar hacia la universalidad de los servicios médicos como se señala en el Apartado 3.2, Estrategia 7.1 del Plan Nacional de Desarrollo, el 29 de mayo de 2009 la SS, el IMSS y el ISSSTE suscribieron ante el Ejecutivo Federal el "Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica".Al cierre de marzo de 2011, en el IMSS se ha proporcionado atención a 3,150 mujeres no derechohabientes en estado grávido-puerperal, de las cuales 1,024 fueron catalogadas como emergencia obstétrica.

Con el propósito de fortalecer la estrategia, y como medida adicional, se identificaron las necesidades de infraestructura para la atención de la mujer gestante en riesgo de muerte; para ello se planteó el incremento de Unidades de Cuidados Intensivos del Adulto.

XII.5. Programa de consulta familiar en el 6º y 7º día

Ante la creciente demanda de atención y el déficit de consultorios de medicina familiar, el Instituto determinó implantar una estrategia que permitiera hacer un uso más eficiente de la infraestructura instalada y que no es utilizada en fin de semana; esta estrategia se denominó Consulta de Medicina Familiar en 6º y 7º día. Ésta se aplica en aquellas UMF que presentan sobreadscripción y sobredemanda.

El programa comenzó a operar en 2008, con 98 UMF participando en 26 delegaciones; al cierre de 2010 eran 193 las UMF participantes distribuidas en 33 de 35 delegaciones. En los 986 consultorios que brindan servicio de medicina familiar en fin de semana, se otorgaron 1'690,830 consultas, de las cuales 93.1 por ciento fueron a través de cita previa, con un promedio hora-médico de 4.1 pacientes, privilegiando la atención a asegurados trabajadores en 38.8 por ciento del total de las consultas y a embarazadas en 4.5 por ciento.

Asimismo, en el marco de la estrategia presidencial "Todos somos Juárez", relacionado con el fortalecimiento de los servicios públicos, desde el 13 de febrero de 2010 se comenzó a dar consulta de medicina familiar en 6° y 7° día en 10 UMF adicionales de esta ciudad.

XII.6. Mejoras en la atención de urgencias

Diariamente, en el Instituto se otorgan en promedio 48,811 consultas de urgencias, de las cuales más de la mitad corresponden a urgencias sentidas o de baja gravedad. En este contexto, el Instituto ha emprendido un programa para mejorar la calidad de estos servicios mediante tres estrategias fundamentales: i) la integración de una amplia red de organización zonal para hacer uso eficiente de la infraestructura disponible en el primer nivel de atención y la aplicación permanente de un sistema para la identificación rápida de la urgencia grave (triage). La meta es: i) la conformación de 147 redes zonales de servicios de urgencias al término de 2012; ii) la ampliación y remodelación de 36 servicios de urgencias prioritarios en unidades médicas de segundo y tercer niveles. Con estas dos medidas se busca reducir la demora en la atención, y iii) la puesta en marcha de un sistema de comunicación que permita informar el estado de salud de los pacientes en áreas de urgencias. Con esta acción se busca atender la falta de información que tanto inconforma a los usuarios de este servicio.

Como resultado del diagnóstico situacional, se identificaron 147 hospitales de segundo nivel con servicios de urgencias saturados y tiempos de espera no satisfactorios para otorgar la primera atención, así como 219 UMF dotadas con servicios de atención médica continua y/o servicios de urgencias potencialmente utilizables. A abril de 2011 se encuentran funcionando 93 redes zonales, con la participación de 93 hospitales y 169 UMF en todo el país, beneficiando a una población de 26'143,621 derechohabientes. Desde que empezaron a operar las redes zonales (febrero de 2010) a febrero de 2011 han sido referidos un total de 9,543 derechohabientes de hospitales a UMF, recibiendo una atención inmediata. Para fortalecer el esquema, se han autorizado 207 plazas, distribuidas en las UMF de las redes zonales en operación. Asimismo, se capacitará a 3,128 personas para manejar las 747 pantallas instaladas en hospitales de todo el país, mediante las cuales se informará constantemente a los familiares el estado de salud de los pacientes.

XII.7. Abasto de medicamentos

Cada mes se lleva a cabo el levantamiento de la Encuesta Nacional de Surtimiento de Medicamentos en primer, segundo y tercer niveles de atención médica. Para lograrlo, se monitorea mensualmente el surtimiento de medicamentos de alrededor de 23,000 derechohabientes en las unidades de los tres niveles de atención. De este modo se cuenta con información mensual con un alto grado de confiabilidad, sobre el nivel de surtimiento de recetas. De abril de 2010 a abril de 2011, se mantuvo un promedio de surtimiento completo de recetas de 98.8 por ciento.

XII.8. Encuesta de satisfacción a derechohabientes usuarios de servicios médicos

Una de las principales herramientas adoptadas por el IMSS para evaluar su desempeño en el área médica, es la Encuesta de Satisfacción de Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos (ENSAT). Ésta tiene la finalidad de evaluar los índices de satisfacción de los usuarios de los diferentes servicios que brinda el Instituto, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud, así como el nivel de satisfacción. Para fortalecer su objetividad y transparencia, el Instituto le solicitó a Transparencia Mexicana A. C. que participara en este ejercicio desde el diseño, levantamiento, análisis y publicación de los resultados. De este modo, desde 2009 dichas encuestas han contado con el aval de esta organización.

La ENSAT levantada en el mes de julio de 2010 se integró por 18,717 entrevistas, de las cuales 11,938 fueron de primer nivel, 4,141 de segundo nivel y 2,638 de tercer nivel. Los principales resultados obtenidos nos indican que 82 por ciento de los derechohabientes que usan los servicios médicos del IMSS declararon estar muy satisfechos o algo satisfechos con la atención recibida, porcentaje superior al registrado en la medición previa (diciembre de 2009) que reportó 77 por ciento. Asimismo, en los últimos seis meses 57 por ciento de la población ha notado una mejor disposición para atender al derechohabiente, por parte del personal que labora en la unidad médica.

Por otro lado, 87 por ciento de los derechohabientes recomendarían las unidades médicas, porcentaje superior al reportado en la encuesta anterior de 85 por ciento; mientras que 12 por ciento no la recomendaría debido al mal trato, espera prolongada y falta de medicamentos, entre otras causas. Asimismo, a 80 por ciento de la población el IMSS le inspira mucha o algo de confianza, cifra superior a la reportada en el levantamiento anterior de 77 por ciento.

XII.9. Estrategias de compras y contratación de servicios

Ante la necesidad del Instituto de obtener mayores ahorros en su operación y la búsqueda de áreas de oportunidad en los procesos de compra del Instituto, se inició una renovación en los esquemas de adquisición de bienes, buscando aprovechar al máximo las modalidades de compra previstas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP).

El Instituto aplicó el esquema denominado Precios Máximos de Referencia, el cual implica publicar en la convocatoria precios tope para los bienes a adquirir, respecto de los cuales los oferentes deben proponer precios menores. En el mes de julio de 2008 se publicó una reforma a la LAASSP, que incluye el esquema de licitaciones bajo la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD). El IMSS innovó en el sector salud, al implementar esta modalidad, en el mes de abril de 2009, en las licitaciones de equipo médico y medicamentos, con la autorización de la Secretaría de la Función Pública (SFP).

Adicionalmente, se han realizado una serie de políticas de mejora, las cuales buscan fortalecer la presencia de los organismos fiscalizadores, mejorar el marco regulatorio de los procesos de adquisiciones,

capacitar al personal e incrementar la información pública en materia de transparencia.

Bajo este contexto, el IMSS, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Comisión Federal de Competencia (CFC) firmaron un acuerdo, el 13 de enero de 2011, que consiste en la adopción de los "Lineamientos de la OCDE para Combatir la Colusión entre Oferentes". Este convenio le permitirá al Instituto adquirir bienes y servicios de mayor calidad y a un mejor precio, así como fortalecer, complementar y enriquecer con las mejores prácticas internacionales la integridad de los procesos de adquisiciones. De esta forma, el Instituto acordó trabajar de manera conjunta con la OCDE y la CFC en una revisión detallada de sus procesos de adquisición pública, para identificar áreas de oportunidad y acompañar al IMSS en la instrumentación de las medidas correspondientes.

XII.9.1. Bienes terapéuticos

Hasta 2006 las licitaciones de medicamentos y material de curación se llevaron a cabo de manera desconcentrada. En tales condiciones, el parámetro para determinar que un precio era conveniente consideraba un incremento no mayor a 10 por ciento respecto del precio del ejercicio fiscal previo, atendiendo lo establecido en la LAASSP y su reglamento.

Las estrategias implementadas por el Instituto en las licitaciones de bienes terapéuticos, consideran la consolidación de los requerimientos, el establecimiento de precios máximos de referencia y la implementación de ofertas subsecuentes de descuento que han permitido ahorros sustanciales en ese periodo. Dichos ahorros se calculan comparando el costo en que se habría incurrido al adquirir los insumos terapéuticos a precios de 2006 más la inflación acumulada correspondiente. En este sentido, de no haberse aplicado las estrategias mencionadas, el Instituto habría tenido que gastar más de 45,411.2 millones de pesos adicionales para cubrir sus requerimientos de bienes terapéuticos entre 2007 y 2010.

En particular, al cierre del ejercicio 2010 se contrataron bienes y servicios terapéuticos por 12,999.4 millones de pesos, generando ahorros por 1,132.9 millones. Estas economías se derivan de la comparación de los precios asignados contra los precios de referencia, es decir, los precios en los que el Instituto adquirió los mismos bienes en el ejercicio anterior, actualizados por la inflación que se registró en el año.

XII.9.2. Bienes de inversión

Los ahorros obtenidos en las adquisiciones de bienes de inversión, al cierre del ejercicio 2010, fueron por 214.5 millones de pesos, lo cual representa 12 por ciento del monto adjudicado. En los procedimientos de compra realizados bajo los nuevos esquemas de compra se contó con la participación de un testigo social para certificar la transparencia del evento. La participación de testigos sociales se realiza en cumplimiento al Artículo 26 Ter de la LAASSP, en donde se estipula que en todas las licitaciones públicas cuyo monto rebase el equivalente a cinco millones de días del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF), deberán participar testigos sociales. La participación de testigos sociales ocurre no sólo en las licitaciones que excedan el monto previsto por la Ley, sino también en eventos licitatorios cuyo impacto es de relevancia para los programas del Instituto.

Como se mencionó anteriormente, los ahorros obtenidos a través de la estrategia de compras y contratación de servicios se han usado para incrementar y ampliar la infraestructura y equipo médicos del Instituto. Las acciones relacionadas con estas dos áreas se detallan en el Capítulo XI de este Informe.

XII.10. Guarderías

El servicio de guarderías contribuye a la integración de la mujer trabajadora, del trabajador viudo o divorciado, o de aquél al que judicialmente se le hubiera confiado la custodia de sus hijos; también contribuye al mercado laboral, al proporcionar atención y cuidados al menor durante la jornada de trabajo de la madre o padre.

Por esta razón, la estrategia del servicio de guarderías busca, por una parte, incrementar la cobertura de la demanda del servicio mediante nuevas unidades operativas o bien, el incrementar los lugares disponibles en las ya existentes. Por otro lado, está enfocada a fortalecer la prestación del servicio mediante la mejora en los procesos, la normatividad y la supervisión.

XII.10.1. Calidad

Con el propósito de mejorar la calidad en la prestación del servicio, se llevó a cabo un diagnóstico integral del modelo de guarderías, que incluyó el análisis de prácticas de referencia nacional e internacional y la situación actual de las guarderías del Instituto, a fin de identificar las mejores prácticas aplicables.

En este sentido, durante 2009 y 2010 se trabajó en la expansión del sistema y en la actualización de la normatividad con base en el diagnóstico realizado, pero además se establecieron como ejes estratégicos de la operación de guarderías: i) la seguridad integral de los menores que reciben el servicio de guardería; ii) la mejora del servicio, medida a través de la satisfacción de los derechohabientes usuarios y el establecimiento de niveles mínimos de calidad requeridos, y iii) la transparencia en la contratación y en la operación de las guarderías, aspecto al que se le da especial atención. Se establecieron así medidas de control para asegurar que en todas las guarderías del Sistema se dé cumplimiento puntual de la normatividad.

Los proyectos que se consideraron de alto impacto y factibles de realizar en el corto plazo, que ya han sido desarrollados son:

- El expediente electrónico, cuyo objetivo es concentrar la documentación de todas las guarderías del IMSS, tanto de prestación directa como indirecta, para verificar que el expediente de cada guardería cuente con la documentación necesaria para su operación y alerte con oportunidad el vencimiento o falta de algún documento. La fase I de este desarrollo se encuentra concluida. Ésta consiste en la carga de documentos asociados al contrato o convenio de prestación del servicio vigente para las guarderías de prestación indirecta y la carga de la información básica de las guarderías de prestación directa.
- El indicador de asistencia de menores y de personal, mediante la utilización de un lector de huella dactilar, cuyo objetivo es controlar el registro de la asistencia del menor mediante la lectura de la huella dactilar de las personas autorizadas para entregarlo o recogerlo. Asimismo, registra la presencia del personal en las guarderías para la generación de indicadores de verificación del cumplimiento de la normatividad y garantizar que en todo tiempo la guardería cuente con el personal necesario para su correcto funcionamiento. Se ha concluido el desarrollo de este sistema y se lleva a cabo la prueba piloto en 11 guarderías.
- Un módulo de seguimiento de indicadores de supervisión, capacitación, quejas y satisfacción del servicio, con el que se pretende llevar un mejor control del seguimiento de las supervisiones realizadas y de los resultados obtenidos en las mismas. Además, se podrá llevar la programación y control de la capacitación al personal, tanto a nivel de la guardería como de la delegación, monitorear la atención a las quejas del servicio que se presenten y conocer de manera oportuna los resultados de las encuestas de satisfacción del servicio que se

aplican durante las visitas de supervisión. Al respecto, se ha concluido con el desarrollo de la primera fase.

Con el fin de actualizar el marco normativo que regula la operación de guarderías y orientarlo al cumplimiento de las obligaciones que se establecen en el Sistema de Mejora Regulatoria Interna, se realizó un análisis situacional a partir de la revisión de los servicios de administración, pedagogía, fomento de la salud y alimentación en las guarderías, la alineación de los procesos y la normatividad. Actualmente, está en revisión la totalidad de la normatividad de guarderías, a fin de contar con los más altos niveles de servicio.

XII.10.2. Seguridad integral

La seguridad de los inmuebles se convirtió en una de las prioridades durante 2009 y 2010. Personal de las delegaciones del IMSS realizó más de 6,000 visitas a los inmuebles de guarderías, tanto de prestación directa como de prestación indirecta (3,744 a finales de 2009 y 2,640 de enero de 2010 a mayo de 2011), a fin de constatar que éstas contaran con medidas de seguridad que permitieran una operación segura. Derivado de que algunas guarderías no pudieron cumplir con las medidas de seguridad, 156 guarderías dejaron de prestar el servicio, respecto de las que operaban en junio de 2009.

XII.10.3. Participación social

La principal característica de la estrategia de seguridad y calidad consiste en incorporar a los padres de los niños que asisten a las guarderías IMSS en la labor de supervisión. En este sentido, se solicitó a Transparencia Mexicana A. C. el diseño de un mecanismo de participación social en guarderías en el que los padres de familia podrán participar voluntariamente y aportar su visión sobre la seguridad integral de sus hijos. Tanto los padres de familia como las guarderías serán seleccionados aleatoriamente, mes con mes, por Transparencia Mexicana.

Cada mes se llevarán a cabo visitas en cerca de 150 guarderías, en las que participarán siete padres de familia por guardería, de tal forma que en diez meses se haya cubierto la totalidad de las guarderías del país. Derivado de estas visitas, Transparencia Mexicana hará recomendaciones al IMSS, mismas que habrán de atenderse y reportarse.

El mecanismo facilitará el involucramiento de los padres de familia, al activar su participación de manera directa, efectiva y organizada en los esfuerzos que lleva a cabo el Instituto para preservar la integridad de los niños en las guarderías. Asimismo, permitirá contar con la participación de los padres de familia en la observación de las medidas implementadas que garantizan la seguridad integral del menor.

XII.10.4. Transparencia en la contratación y operación de guarderías

A partir del 8 de julio de 2009, como respuesta a una exigencia social de conocer la situación de las guarderías, se habilitó un espacio en el portal del IMSS en el que se publicó toda la documentación relativa a cada una de las mismas (*http://aplicaciones.imss.gob.mx/guarderias/principal.htm*). Los documentos que se pueden consultar son los siguientes:

- Cédula de Seguridad y Protección Civil.
- Currículum Vitae de la Directora de la Guardería.
- Contrato o Convenio.
- Escritura Constitutiva de la Persona Moral.
- Convenios modificatorios.

Asimismo, se publicaron más de 10,400 documentos que permiten conocer el grado de cumplimiento de las guarderías en materia de seguridad. Dicha información se mantiene en actualización permanente por parte de las delegaciones del IMSS. Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).

Capítulo

XIII

Conclusiones y Propuestas

El 2010 fue un año de recuperación económica. El número de asegurados trabajadores del Instituto aumentó de manera consistente durante los cuatro trimestres y el número de trabajadores permanentes y eventuales urbanos ascendió a 14.6 millones de personas, nivel superior en 5.3 por ciento al registrado a finales de 2009. El número de cotizantes del Instituto también aumentó 5.7 por ciento en comparación con 2009, registrando 14.7 millones de personas. Sin embargo, a pesar de la recuperación de la economía mexicana y de la actividad productiva, el salario base de cotización (SBC) promedio se mantuvo, en términos reales, a niveles más bajos que el de 2008 (año en el que empezó la crisis económica y financiera). Como resultado de la interacción entre las variables del número de los trabajadores asegurados y cotizantes, y el SBC, los ingresos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por cuotas obrero-patronales (COP) aumentaron de manera modesta (2.9 por ciento).

Al mismo tiempo y de manera similar al resto del país y del mundo, el IMSS enfrenta hoy una doble transición: la demográfica y la epidemiológica. Esta transición se caracteriza, por un lado, por el envejecimiento de la población derechohabiente del Instituto y, por otro, por la mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas de alto costo tanto en adultos mayores, como en el resto de la población derechohabiente. Entre 2000 y 2010 el grupo de 65 años y más creció a una tasa de 53 por ciento, mientras que el grupo de 15 a 44 años a una tasa de 4.3 por ciento.

Adicionalmente, se observa una reducción drástica de las defunciones registradas por afecciones en el

periodo perinatal y por enfermedades infecciosas intestinales, que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en la década de los 70, y un aumento de defunciones por una combinación de enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas y neoplasias malignas, que ocuparon los primeros lugares en 2010. La combinación de estos dos factores ejerce una presión creciente sobre el gasto de los seguros relacionados con la prestación de servicios médicos.

Dicha presión financiera aumenta en el corto y mediano plazos por incrementos en el costo de cada intervención o procedimiento. El costo de la atención médica puede aumentar como resultado de presiones puramente inflacionarias; también se puede incrementar porque la forma de realizar la intervención o procedimiento ha sido modificada debido al cambio tecnológico. La disponibilidad de equipo médico de reciente desarrollo, de nuevos medicamentos y otros insumos terapéuticos, de nuevos procedimientos o protocolos clínicos, o simplemente de un mayor conocimiento sobre la ciencia médica son distintas formas en las que se presenta el cambio tecnológico. Aunque en algunos casos estos avances pueden reducir costos, en el corto y mediano plazos, es más común observar que en conjunto los costos de la atención médica se incrementen.

El análisis de la situación financiera global del Instituto señala de manera clara e inequívoca que el IMSS se encuentra en una situación financiera complicada. Se observa un desequilibrio estructural (déficit) entre los ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), así como del Seguro de Salud para la Familia (SSFAM). El resto de los seguros –Riesgos de Trabajo (SRT), Invalidez y Vida (SIV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS)– presentan superávit para el 2010.

Sin embargo, al registrar el total de las obligaciones laborales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) de los propios trabajadores del Instituto, el SEM y el SSFAM arrojan un mayor déficit, mientras que el SRT y el SGPS se vuelven deficitarios, y el SIV disminuye su excedente de ingresos sobre gastos. El pasivo laboral del IMSS como patrón tiene un valor presente de obligaciones totales (VPOT) de 1.8 billones de pesos de 2010. Esto se traduce en un costo neto del periodo (CNP) del RJP (con cargo a resultados del ejercicio 2010) de 702,139 millones de pesos. En los últimos 11 años el pasivo laboral a cargo del Instituto, medido en términos de las obligaciones por beneficios definidos (OBD)[166], ha crecido a una tasa real de 13.5 por ciento en promedio anual, pasando de 331 mil millones de pesos en 1999 a 1,337 mil millones de pesos en 2010.

Al 31 de diciembre de 2010 la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) tenía un saldo de 33,706 millones de pesos, provenientes de las aportaciones tripartitas. Desde que comenzó a constituirse este fondo no se habían retirado recursos. Sin embargo, en 2009 y 2010 se utilizaron 4,403 y 9,900 millones de pesos, respectivamente, para el pago de la nómina de jubilaciones y pensiones de esos años. Se estima que dicho fondo se agotará en 2012.

En este contexto, las proyecciones del flujo de efectivo de ingresos y gastos para 2011-2016 muestran la misma tendencia que en 2010, es decir, que los gastos serán superiores a los ingresos. Las perspectivas de corto plazo son desfavorables debido a que se espera que el crecimiento de los ingresos, como resultado del aumento en el número de asegurados y en los salarios, sea menor al crecimiento del pasivo laboral y del gasto en servicios de personal.

Se tiene contemplada la transferencia de recursos de los seguros superavitarios –del SRT y SIV– a la Reserva Financiera y Actuarial (RFA) del SEM (de acuerdo con la Ley de Ingresos de la Federación [LIF] para el ejercicio fiscal de 2011), recursos que eventualmente se podrían utilizar para cubrir la diferencia entre los ingresos y

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

los gastos proyectados. Se espera que el uso de las reservas y fondos dé un respiro financiero al Instituto. Sin embargo, éste será temporal y finalizará entre 2014-2016 dependiendo de la evolución de los ingresos y la presión de gasto del Instituto.

Dadas las circunstancias descritas, es indispensable la adopción de reformas estructurales, incluyendo cambios al marco legal, que permitan aumentar los ingresos del Instituto y distribuirlos de acuerdo con las necesidades de cada ramo de aseguramiento. A continuación se proponen cinco opciones:

1. **Rebalanceo de primas entre el SIV y la cobertura de GMP del SEM.** Los resultados de la valuación actuarial del SIV al 31 de diciembre de 2010 muestran que el SIV presenta suficiencia financiera para los periodos de proyección de 50 y 100 años. Con base en estos resultados se propone un rebalanceo de la prima del SIV, de tal manera que ésta quede en 1.75 por ciento del SBC, y la diferencia entre ese porcentaje y el de 2.5 por ciento del SBC –que es la prima de contribución actual del SIV, de acuerdo con la Ley– se transfiera a la cobertura de GMP del SEM, el cual presenta una situación financiera crítica. De esa forma, la prima de contribución de GMP aumentaría de 1.5 por ciento del SBC actual a 2.25 por ciento del SBC.

   El rebalanceo de primas SIV-GMP no implica ninguna carga adicional para los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal; sólo implica un reacomodo de sus contribuciones (cuadro XIII.1). Aunque la medida tampoco tendría repercusión en la situación financiera global del IMSS, ya que las cuotas que dejarían de recibirse en el SIV se recibirían en la cobertura de GMP, los recursos se canalizarían desde un principio al ramo de aseguramiento donde están más requeridos y se evitaría la necesidad de futuras transferencias entre las reservas de los distintos seguros.

2. **Ajuste de cuotas al SSFAM.** El SSFAM se encuentra desfinanciado porque sus costos son mayores a los ingresos que actualmente se obtienen. Por lo anterior, se considera que una opción de política que posibilitaría el equilibrio financiero del SSFAM y ampliaría su cobertura sin demérito en la calidad y la oportunidad de los servicios que se proporcionan a los afiliados, es reformar el Artículo 242 de la Ley del Seguro Social (LSS), de forma que sea el H. Consejo Técnico del Instituto el que determine el importe de las cuotas a aplicar, previa realización de los análisis y estudios actuariales pertinentes. Esta política permitirá mayor flexibilidad por parte del Instituto para determinar los recursos requeridos para el financiamiento de este seguro, de acuerdo con las necesidades médicas de sus afiliados.

3. **Aportación del Gobierno Federal para estudiantes.** Se propone fortalecer el financiamiento del Seguro de Salud para Estudiantes (SSE) a través de una aportación del Gobierno Federal equivalente a una cuota de 7.485 por ciento de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF) para cada estudiante. La cuota propuesta es superior en 5.762 puntos porcentuales a la que viene aportando el Gobierno Federal hasta ahora.

   Esto con el fin de cubrir el creciente déficit estimado que presentará el SSE en los próximos 20 años; se estima que los ingresos que recibirá el IMSS en 2011 para financiar el SSE serán equivalentes a 26.7 por ciento de los gastos esperados para ese año, y que tal situación se agravará en los años subsecuentes, ya que para 2030 los ingresos proyectados cubrirían aproximadamente 19.1 por ciento de los gastos, aun bajo el supuesto de que la morbilidad descienda. Se espera que dicho déficit, medido en pesos constantes de 2011, aumente de 4,810 millones de pesos en 2011 a 6,641 millones de pesos en 2030. Con esta medida se logrará financiar el SSE en su totalidad a través de un subsidio del Gobierno Federal, para evitar disponer de los recursos de las COP.

4. **Fortalecimiento del financiamiento de GMP del SEM.** Se propone la introducción, a través de una aportación adicional del Gobierno Federal, de una cuota fija diaria por pensionado para el financiamiento de GMP equivalente a 13.9 por ciento del SMGVDF de julio de 1997, actualizada trimestralmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). La cuota propuesta es similar a la cuota que paga el Gobierno Federal para los asegurados trabajadores del SEM, la cual se destina al financiamiento de las prestaciones en especie de ese seguro.

5. **Aportación del Gobierno Federal de 50 por ciento del costo estimado para seis padecimientos de alto impacto financiero.** Se propone fortalecer el financiamiento para la antención de los siguientes seis padecimientos: diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HA), insuficiencia renal (IR), cáncer cérvico-uterino (CaCu), cáncer de mama (CaMa) y virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/ SIDA). Aunque existan muchas más enfermedades crónico-degenerativas que también son atendidas en el IMSS, estos seis padecimientos concentran una proporción significativa de los recursos financieros que el Instituto invierte en servicios médicos. El gasto total estimado en 2010 para la atención médica de los seis padecimientos asciende a 53,392 millones de pesos, que equivale a 26.5 por ciento del gasto corriente del SEM para ese año.

   En términos financieros, esta medida tendría un efecto altamente positivo en las finanzas del Instituto dado que el valor presente del déficit global para el periodo 2012-2050 pasaría de representar 13.3 por ciento del PIB de 2011 a solamente 3.3 por ciento. Por otra parte, significaría el uso de recursos públicos adicionales provenientes del presupuesto federal. Adicionalmente, el que el IMSS asuma 50 por ciento de la responsabilidad para el financiamiento de estas enfermedades implica que el Instituto seguirá sus esfuerzos para revertir los efectos de las transiciones demográfica y epidemiológica, a través de medidas preventivas y el uso de tecnologías costo-efectivas.

En su conjunto, estas cinco propuestas de política están destinadas a disminuir la presión que ejercen los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales y económicos sobre el gasto del Instituto. Particularmente, una de estas políticas, la aportación adicional del Gobierno Federal de 50 por ciento del costo estimado para seis padecimientos de alto impacto financiero para el IMSS, se propone como solución principal a los problemas financieros del SEM en su totalidad, mientras que las propuestas relativas a la cuota fija adicional por pensionado y el rebalanceo de la prima del SIV se enfocan únicamente a GMP. La política relacionada con el ajuste de las cuotas de afiliación del SSFAM tiene como propósito disminuir la problemática financiera específica de este seguro, y lo mismo aplica con el aumento en el subsidio del Gobierno Federal para el SSE.

Cuatro de estas medidas requieren cambios en la LSS y una de ellas, la de estudiantes, requiere actualización de un decreto presidencial. Dos de ellas, el rebalanceo de primas SIV-GMP y el ajuste de las cuotas de afiliación para el financiamiento del SSFAM no implican recursos fiscales adicionales.

Si las cinco políticas fueran adoptadas al mismo tiempo, el valor presente de sus beneficios sería equivalente a 15.9 por ciento del PIB de 2011 y como resultado se eliminaría prácticamente el déficit global del Instituto que asciende a 13.3 por ciento del PIB de 2011.

En resumen, los principales problemas que enfrenta el IMSS están relacionados con el financiamiento de los servicios médicos del SEM y del SSFAM, así como del RJP de sus propios trabajadores. Por su naturaleza y magnitud dichos problemas necesitan soluciones que van más allá de los esfuerzos para lograr mayor eficiencia en la prestación de servicios de salud, guarderías y prestaciones sociales, y para mejorar el proceso de recaudación, estas últimas también

necesarias y que se están gestionando ya por parte del IMSS.

De acuerdo con las proyecciones y los resultados presentados en este Informe, se concluye que estas políticas son indispensables para la viabilidad financiera del Instituto e implican cambios legislativos, que requieren dialogar y llegar a acuerdos con el Ejecutivo Federal, el Congreso de la Unión, los trabajadores, los patrones, el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y la ciudadanía en general.

Cabe señalar que el diagnóstico de este Informe, así como las propuestas de politica pública fueron presentadas por el Director General del Instituto en comparecencia ante el Senado de la Republica el pasado 2 de marzo de 2011. Asimismo, parte de las propuestas se enviaron a través de un escrito, el pasado 31 de marzo de 2011, a los presidentes de las siguientes comisiones de la Cámara de Senadores: Comisión de Hacienda y Crédito Público, Comisión de Seguridad Social, Comisión de Trabajo y Previsión Social, Comisión de Estudios Legislativos Primera, así como a las Secretarías de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y de Gobernación (ver oficio en el Anexo J).

Cuadro XIII.1.
Estimación del impacto financiero de las políticas consideradas para dar mayor viabilidad financiera al IMSS
(millones de pesos de 2011)

Descripción de la política	Flujo anual promedio derivado de la medida 2012-2016	2012-2050[1/]					
		Beneficios de la medida, en valor presente	% PIB 2011[2/]	Valor presente del déficit global			
				Sin la medida	% PIB 2011[2/]	Con la medida	% PIB 2011[2/]
1. Rebalanceo de la prima entre el Seguro de Invalidez y Vida y la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad[3/, 4/]	0	0	0	1,881,650	13.3	1,881,650	13.3
2. Ajuste de las cuotas de afiliación para el financiamiento del Seguro de Salud para la Familia[5/]	5,103	168,309	1.2	1,881,650	13.3	1,713,341	12.1
3. Aportación del Gobierno Federal de una cuota que permita equilibrar los ingresos y gastos del Seguro de Salud para Estudiantes[6/]	5,978	117,312	0.83	1,881,650	13.3	1,764,338	12.5
4. Aportación estatal de una cuota fija diaria por pensionado para Gastos Médicos de Pensionados, equivalente a 13.9 del SMGDF de julio de 1997, actualizada trimestralmente con el INPC[7/]	12,507	503,161	3.6	1,881,650	13.3	1,378,489	9.7
5. Aportación del Gobierno Federal de 50 por ciento del costo estimado para seis padecimientos de alto impacto financiero para el IMSS[8/]	33,362	1,410,904	10.0	1,881,650	13.3	470,745	3.3

[1/] Se asume que los cambios legislativos que implican estas medidas tendrán lugar durante 2011 y por eso el impacto financiero se estima para el periodo 2012-2050.
[2/] Corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica 2011 (14'140,600 millones de pesos).
[3/] Considera una prima de suficiencia financiera estimada para el SIV de 1.75 por ciento del volumen de salarios, la cual es inferior en 0.75 puntos porcentuales a la establecida en la LSS, por lo que esa diferencia de 0.75 puntos podría transferirse a la cobertura de GMP para su financiamiento.
[4/] Si bien el efecto global es nulo, para el ramo de GMP representa un flujo promedio anual de 10,439 millones de pesos y un valor presente de 297,682 millones de pesos, que equivalen a 2.1 por ciento del PIB.
[5/] Considera un ajuste suficiente en las cuotas anuales que se pagan actualmente para afiliarse a este seguro, a efecto de lograr el equilibrio financiero del mismo.
[6/] Se considera una aportación del Gobierno Federal equivalente a 7.485 por ciento de un SMGVDF para cada estudiante. Los flujos corresponden a los ingresos adicionales que generaría esta medida, pues el Gobierno Federal ya aporta 1.723 por ciento de un SMGVDF.
[7/] Considera a los pensionados de la LSS de 1973, así como a los pensionados de la LSS de 1997 y a los jubilados y pensionados ex trabajadores del IMSS.
[8/] Estos padecimientos son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
Fuente: DF, IMSS.

Anexo

A

Prestaciones y Fuentes de Financiamiento de los Regímenes de Aseguramiento del IMSS

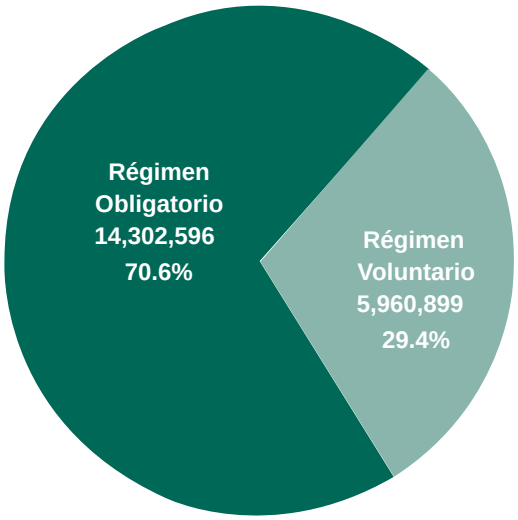
A.1. Regímenes y modalidades de aseguramiento del Instituto Mexicano del Seguro Social

El Seguro Social comprende el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario[167]. 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 por su patrón por tener una relación laboral subordinada y remunerada, lo que, de conformidad con la Ley del Seguro Social (LSS), obliga a su aseguramiento. En esta categoría se encuentra 70.6 por ciento de los asegurados (gráfica A.1). Por otra parte, la afiliación al Régimen Voluntario es producto de una decisión individual o colectiva; en este caso se encuentran los afiliados al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y los afiliados al Seguro Facultativo, entre otros. En el Régimen Voluntario se encuentra el restante 29.4 por ciento de los asegurados.

Cada régimen está compuesto de distintas modalidades de aseguramiento. En el cuadro A.1 se presenta el tipo de modalidades por régimen, así como el número de asegurados por modalidad.

[167] LSS, Artículo 6.

Gráfica A.1.
Distribución de afiliados por régimen de aseguramiento, 2010[1/]



[1/] Asegurados totales 20'263,495 (diciembre de 2010).
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), IMSS.

A.2. Cobertura poblacional y prestaciones

A.2.1. Cobertura poblacional y prestaciones del 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 (SRCV)[168], y v) Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS).

El tipo de seguro que incluye cada una de las modalidades del Régimen Obligatorio se muestra en el cuadro A.1, mientras que en el cuadro A.2 se presenta un resumen de la cobertura poblacional y las prestaciones por ramo de aseguramiento del mismo régimen.

[168] Como se mencionó en la Introducción, con la LSS que entró en vigor en julio de 1997, el SRCV 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.

A.2.2. Cobertura poblacional y prestaciones del Régimen Voluntario

En el Régimen Voluntario, 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. En el cuadro A.1 se presentan las modalidades incluidas en el Régimen Voluntario, así como el tipo de seguros que se ofrecen por modalidad.

Cabe señalar que en conjunto el SSFAM y el Seguro Facultativo cubren más de 91 por ciento de los asegurados del Régimen Voluntario (cuadro A.1).

El SSFAM ofrece cobertura a todas las familias de México que tienen la voluntad de celebrar un convenio con el IMSS para el otorgamiento de las prestaciones en especie del SEM[169] . Por su parte, el Seguro Facultativo, compuesto en su gran mayoría por estudiantes de instituciones públicas de nivel medio y superior que no cuentan con cobertura de ninguna institución de seguridad social, también otorga las prestaciones en especie del SEM.

A.3. Fuentes de financiamiento

En el cuadro A.3 se presenta la estructura de tasas de contribución y aportaciones por ramo de aseguramiento y sujeto obligado del Régimen Obligatorio. Como se aprecia en el cuadro, los seguros del IMSS se financian a partir de aportaciones de los patrones, de los trabajadores y del Gobierno Federal.

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

[169] LSS, Artículo 240.

Cuadro A.1.
Modalidades de aseguramiento, número de asegurados y tipo de seguro

Modalidad	Descripción	Asegurados	Seguro[1/]					Derecho a subsidio[2/]
			SRT	SEM	SIV	SRCV	SGPS	
Régimen Obligatorio		**14,302,596**						
10	Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad	13,853,182	x	x	x	x	x	SEM, SRT
13	Trabajadores permanentes y eventuales del campo	185,998	x	x	x	x	x	SEM, SRT
14	Trabajadores eventuales del campo cañero	36,948	x	x	x	x	x	SEM, SRT
17	Reversión de cuotas por subrogación de servicios	131,215	x	x	x	x	x	SEM, SRT
30	Productores de caña de azúcar	95,253	x	x	x	x		SEM, SRT
Régimen Voluntario		**5,960,899**						
32	Seguro Facultativo[3/]	4,966,875		x				No
33	Seguro de Salud para la Familia	485,490		x				No
34	Trabajadores domésticos	1,959	x	x	x	x		No
35	Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio	5,698	x	x	x	x[5/]		SRT
36	Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados[4/]	139,067		x				No
38	Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados[4/]	235,169	x	x				No
40	Continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio	72,347			x	x		No
42	Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados[4/]	9,613	x	x	x	x		SRT
43	Incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio	29,783		x	x	x[5/]		No
44	Trabajadores independientes	14,898		x	x	x[5/]		No
Total		**20,263,495**						

[1/] SRT: Seguro de Riesgos de Trabajo; SEM: Seguro de Enfermedades y Maternidad; SIV: Seguro de Invalidez y Vida; SRCV: Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, y SGPS: Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales.

[2/] Se refiere al derecho de recibir una prestación en dinero que se otorgará al asegurado en caso de una enfermedad laboral o no laboral que lo incapacite para el trabajo.

[3/] Seguro para estudiantes y familiares de los trabajadores del IMSS y de la Comisión Federal de Electricidad (CFE).

[4/] En las tres modalidades los asegurados son trabajadores al servicio de la administración pública estatal o municipal; la diferencia entre las tres modalidades se relaciona con el tipo de seguros a los cuales se tiene derecho.

[5/] Sólo tienen la cobertura de retiro y vejez, mas no la de cesantía.

Fuente: DIR, IMSS.

Cuadro A.2.
Cobertura poblacional y prestaciones por ramo de aseguramiento del Régimen Obligatorio

Cobertura	Prestaciones
Enfermedades y Maternidad	
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.	**Enfermedad** En especie: asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria. En dinero: subsidio equivalente a 60 por ciento del último salario diario de cotización a partir del cuarto día de la incapacidad mientras dure ésta y hasta por 52 semanas. Ayuda para gastos de funeral por un monto equivalente a dos meses del salario mínimo general en el Distrito Federal (SMGDF) que rija a la fecha del fallecimiento. **Maternidad** En especie: asistencia obstétrica, ayuda en especie por seis meses de lactancia y canastilla al nacer el hijo. En dinero: subsidio de 100 por ciento del último salario diario de cotización por 42 días antes y después del parto.
Riesgos de Trabajo	
Trabajadores asegurados que se accidentan o se enferman en ejercicio o con motivo de su trabajo.	En especie: asistencia médico quirúrgica y farmacéutica, servicio de hospitalización, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación. Servicios de carácter preventivo. En dinero: Incapacidad temporal: subsidio equivalente a 100 por ciento del salario registrado en el IMSS al inicio de la incapacidad, desde un día hasta el término de 52 semanas, según lo determinen los servicios médicos del IMSS. Incapacidad permanente (parcial o total): pensión con carácter provisional, por un periodo de adaptación de dos años. Transcurrido dicho periodo, se otorgará la pensión definitiva o indemnización global, en los términos del Artículo 58, fracciones II y III de la LSS (ver gráfica D.1 del Anexo D). Fallecimiento (del trabajador o pensionado): pensiones de viudez, orfandad o ascendientes, ayuda asistencial y asistencia médica. Ayuda para gastos de funeral.
Invalidez y Vida	
Invalidez 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.	**Invalidez** En especie: asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria. En dinero: pensiones temporales o definitivas (con una pensión mínima garantizada por el Gobierno Federal), asignaciones familiares y ayuda asistencial.
Vida Beneficiarios del asegurado o del pensionado, a la muerte de estos.	**Vida** En especie: asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria. En dinero: pensiones de viudez, orfandad o ascendientes, ayuda asistencial.
Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez[1/]	
Cesantía en edad avanzada Asegurados, a partir de los 60 años de edad que queden privados de trabajos remunerados. **Vejez** Asegurados, a partir de los 65 años de edad.	En especie: asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria. En dinero: pensión, asignaciones familiares y ayuda asistencial; retiros programados con cargo a la cuenta individual en las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE), 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 mínimo 1,250 semanas. Ayuda para gastos de matrimonio.
Guarderías y Prestaciones Sociales	
Guarderías Mujeres trabajadoras aseguradas que tienen hijos de entre 45 días y cuatro años de edad, y hombres trabajadores asegurados viudos o divorciados que mantienen la custodia de sus hijos de esas edades.	**Guarderías** Proporcionar cuidados y atención a los menores cubiertos.
Prestaciones Sociales Trabajadores asegurados y sus familiares.	**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.

[1/] Los asegurados inscritos con anterioridad al 1º de julio de 1997, pero que se pensionen con posterioridad al 30 de junio de ese año, así como sus beneficiarios, al momento que esto ocurra, podrán elegir pensionarse en los términos de la Ley de 1973 o de la Ley de 1997 (Ley actual).

De acuerdo con la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (SAR), los recursos acumulados en el ramo de Retiro de la subcuenta del ramo de Cesantía en Edad Avanzada y Vejez previsto en la actual LSS de aquellos trabajadores o beneficiarios que a partir del 1º de julio de 1997 hubieren elegido pensionarse con los beneficios de la Ley de 1973, deberán ser entregados a los mismos.

Fuente: LSS.

Cuadro A.3.
Esquema de financiamiento de los seguros del Régimen Obligatorio, 2010
(aportación diaria por trabajador asegurado)

Seguro	Base de cotización	Aportación			
		Patrón	Trabajador	Gobierno Federal	Total
Riesgos de Trabajo	SBC[1/]	1.81%[2/]			1.81%
Enfermedades y Maternidad					
Asegurados					
Prestaciones en especie					
Cuota fija	SMGDF[3/]	20.40%		$8.60	
Cuota adicional	Total del SBC menos 3 SMGDF	1.100%	0.400%		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	SBC	1.750%	0.625%	0.125%	2.500%
Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez[4/]	**SBC**	**5.150%**	**1.125%**	**0.225%**	**6.500%**
Retiro	SBC	2.000%			2.000%
Cesantía y Vejez	SBC	3.150%	1.125%	0.225%	4.500%
Cuota social	1-15 SMGDF			$3.76[5/]	
Guarderías y Prestaciones Sociales	SBC	1.000%			1.000%

[1/] Salario base de cotización.
[2/] La prima de este seguro depende de la siniestralidad de cada empresa. El porcentaje reportado se refiere al promedio de los ingresos por cuotas del SRT reportados en los estados financieros del Instituto de los últimos tres años.
[3/] Salario mínimo general en el Distrito Federal.
[4/] El 1º de julio de 1997, el tope del salario base de cotización en veces del SMGDF para el SIV, así como para los ramos de Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, se fijó en 15 veces el SMGDF, aumentando un salario mínimo por año. Desde 2007 se ubica en 25 veces el SMGDF.
[5/] Cantidad por cada día de salario cotizado para los trabajadores que ganen hasta 15 veces el SMGDF, de acuerdo con lo dispuesto en la fracción IV del Artículo 168 de la LSS reformado en el decreto del 26 de mayo de 2009. El importe corresponde al promedio de las cuotas sociales vigentes por rangos del salario mínimo a diciembre de 2010.
Fuente: LSS; Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

En el cuadro A.4 se muestran las cuotas por asegurado y familiar, por grupo de edad, para 2010 y 2011.

Las aportaciones correspondientes al Gobierno Federal se realizan por familia asegurada, independientemente de su tamaño, y consisten en una cuota fija diaria equivalente a 13.9 por ciento de un salario mínimo general en el Distrito Federal (SMGDF) en julio de 1997, y es ajustada trimestralmente conforme a la variación del INPC. Para diciembre de 2010 fue de 8.60 pesos diarios.

En cuanto a los gastos originados por el aseguramiento de los estudiantes a través del Seguro Facultativo, el Gobierno Federal cubre en forma integral el monto de las cuotas. Éstas se determinan tomando como base el monto del salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF) en el momento de la inscripción, elevado al año. Sobre este monto se aplica un factor de 1.723 por ciento multiplicado por el número de estudiantes asegurados.

Cuadro A.4.
Esquema de financiamiento del Seguro de Salud para la Familia, 2010 y 2011
(pesos corrientes)

Edad del miembro de la familia en años cumplidos	Cuota anual	
	2010	2011
0 a 19	1,265.10	1,320.80
20 a 39	1,478.60	1,543.70
40 a 59	2,210.10	2,307.30
60 o más	3,325.70	3,472.10

Fuente: LSS; DF, IMSS.

Como se observa en el cuadro A.3, las tasas de contribución del SIV, del SGPS, de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) del SEM y del SRCV están establecidas como porcentaje del 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) o variables (de acuerdo con la siniestralidad de cada empresa en el caso del SRT). Sin embargo, se pueden aproximar las tasas de contribución totales como porcentaje del SBC, como se observa en el cuadro A.5.

En general, el Régimen Obligatorio se financia con contribuciones tripartitas que equivalen a 24.8 por ciento de la base gravable constituida por el SBC. De este porcentaje, 8.1 puntos porcentuales corresponden al SRCV, y 16.7 al financiamiento de los cuatro seguros administrados por el IMSS (SRT, SIV, SEM, que incluye el rubro de GMP, y SGPS).

Del total de las contribuciones, los patrones aportan 16.7 por ciento de la nómina, los trabajadores 2.5 y el Gobierno Federal 5.6 por ciento.

Cuadro A.5.
Tasa de contribución por ramo de seguro en 2010
(porcentaje del salario base de cotización)

Tipo de seguro	Patrones	Trabajadores	Gobierno Federal	Total
Enfermedades y Maternidad				
Asegurados[1/]	5.908	0.362	3.621	9.891
Pensionados	1.050	0.375	0.075	1.500
Invalidez y Vida	1.750	0.625	0.125	2.500
Riesgos de Trabajo[2/]	1.810	0.000	0.000	1.810
Guarderías y Prestaciones Sociales	1.000	0.000	0.000	1.000
Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez[3/]	5.150	1.125	1.786	8.061
Total	**16.668**	**2.487**	**5.607**	**24.762**

[1/] Considera el SBC promedio mensual de 2010. Otras metodologías podrían generar valores diferentes.
[2/] Corresponde al promedio de los ingresos por cuotas reportados en los estados financieros del Instituto de los últimos tres años.
[3/] Se incluye el SRCV por ser parte del Régimen Obligatorio, aunque no es administrado por el IMSS.
Fuente: LSS; DF, IMSS.

Anexo

B

Acciones para Combatir la Evasión Fiscal y Promover el Cumplimiento de las Obligaciones en Materia de Seguridad Social

Durante la presente administración el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha reforzado la efectividad de sus acciones para combatir la evasión fiscal y ha promovido, entre los patrones y demás sujetos obligados, la cultura de cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social. La estrategia desarrollada por el IMSS ha permitido incrementar la recaudación de los ingresos obrero-patronales y ha posibilitado la mejora de los niveles de cobertura de los cotizantes.

B.1. Combate a la evasión fiscal

El combate a la evasión fiscal ha sido uno de los ejes rectores de la actuación del Instituto en su carácter de organismo fiscal, no sólo para asegurar la debida protección social de los trabajadores y sus familias y para lograr el financiamiento de los servicios que se proporcionan por parte del IMSS a la población, sino también porque la evasión genera distorsiones en la asignación de los recursos públicos y privados, lo que atenta contra la eficiencia y sostenibilidad del sistema de seguridad social.

Entre las acciones desarrolladas se encuentra la consolidación de la operación de los convenios de intercambio de información que se han establecido con otras autoridades fiscales y administrativas, el combate efectivo a sectores como el de *outsourcing*, el fortalecimiento de las áreas de auditoría a patrones, y la mejora de la programación de los actos de fiscalización.

B.1.1. Combate a la evasión de las empresas prestadoras de servicios de personal (*outsourcing*)

La reforma al Artículo 15-A de la Ley del Seguro Social (LSS), publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 9 de julio de 2009, permitió establecer la responsabilidad solidaria de las empresas, dependencias y entidades de la administración pública federal que se benefician de los servicios que prestan trabajadores de empresas denominadas *outsourcing* (prestadoras de servicios de personal), en sus instalaciones y bajo su dirección, mediante un contrato de prestación de servicios de personal[170].

Para implementar lo dispuesto en el Artículo 15-A de la LSS, el H. Consejo Técnico (HCT) del IMSS aprobó la emisión de dos instrumentos. Primero, el 8 de octubre de 2009 se publicó un "Acuerdo relativo a la aprobación de las Reglas Generales para el cumplimiento de la obligación establecida en el quinto párrafo del Artículo 15-A de la LSS". Segundo, se puso a disposición de las empresas de *outsourcing* (patrones) y beneficiarios un sistema mediante el cual informan al Instituto de los contratos de prestación de servicios de personal celebrados con posterioridad al inicio de la vigencia de la reforma.

Con la reforma en materia de *outsourcing* se ha avanzado en la salvaguarda de los derechos de los trabajadores al permitir, con la información que se reporta al Instituto, la detección de las empresas que operan bajo dicha figura, y el inicio del ejercicio de las facultades de comprobación del Instituto sobre las mismas en los casos en que se presume el incumplimiento del marco legal. De manera adicional a la vigilancia que ejerce el IMSS para asegurar el cumplimiento del Artículo 15-A de la LSS, se llevan a cabo acciones permanentes para prevenir que las empresas prestadoras de servicios de personal y sus beneficiarios eludan el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social.

Para combatir las prácticas de los despachos de asesoría en materia fiscal, laboral y de seguridad social que ofrecen a sus clientes esquemas de sustitución laboral a través de distintos esquemas de suministro de personal, en el mes de julio de 2010 se inició el envío de oficios a los clientes de dichos despachos, para promover su regularización fiscal. Asimismo, durante el transcurso de 2010 se iniciaron 261 auditorías a despachos de servicios de personal y clientes de esquemas de *outsourcing*, con lo que al mes de diciembre de dicho año se encontraban en investigación más de 150 casos.

B.1.2. Combate a la evasión de otros sectores de actividad

El Instituto ha desplegado una estrategia integral de combate a la evasión fiscal, y ha enfocado su actuación en los sectores y patrones que presentan los mayores riesgos en términos fiscales, como son las prestadoras de servicios de personal, contratistas de PEMEX, empresas con incumplimientos en dictamen para efectos del Seguro Social, instituciones educativas, compañías transportistas y equipos profesionales deportivos, entre otros.

Mediante la definición de sectores estratégicos y la selección de patrones con las mayores probabilidades de presentar comportamientos irregulares, se ha logrado mejorar la efectividad de la programación de los actos de fiscalización.

En el ejercicio de las facultades de comprobación del Instituto, durante 2010 se notificaron 6,092 actos de fiscalización (visita domiciliaria, revisión de gabinete y en construcciones), con lo que al 31 de diciembre de 2010 un total de 2,715 actos se encontraban en proceso y 3,362 fueron concluidos[171]. Asimismo,

[170] Las reformas a la LSS publicadas en el DOF el 9 de julio de 2009 incluyeron la adición de un segundo párrafo al Artículo 75 de la Ley, por el cual se estableció que para efectos de la clasificación en el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), tratándose de los patrones a los que se refiere el Artículo 15-A, y a solicitud del patrón, el Instituto le asignará un registro patronal por cada una de las clases señaladas en el Artículo 73 de la Ley, que así se requiera, con el que realizará la inscripción de sus trabajadores a nivel nacional.

[171] Se incluyen prestadores y beneficiarios de servicios de personal.

se recibieron 9,847 denuncias y 904 solicitudes de investigación, emitiendo para su atención 10,252 revisiones conforme al Artículo 17 de la LSS y 1,876 visitas específicas.

B.2. Mejora de la coordinación institucional

Para asegurar una adecuada articulación institucional entre los organismos responsables de recaudar los impuestos y contribuciones en materia de seguridad social, el Instituto ha mejorado sustantivamente la coordinación, comunicación e intercambio de información con otras instituciones fiscales.

El 7 de septiembre de 2010 se firmó un convenio de colaboración entre el Servicio de Administración Tributaria (SAT) y el IMSS, por medio del cual se establecen las bases de colaboración de intercambio de información administrativa y fiscal que obtengan en la realización de sus funciones, contenida en las bases de datos con las que cuenten como resultado del ejercicio de las mismas. La firma de este convenio permitirá incrementar la presencia fiscal del Instituto.

Para mejorar la colaboración con los Estados de la Federación, en 2010 se elaboró, con la intermediación del SAT, un proyecto de convenio de intercambio de información con más de 20 entidades federativas, por conducto de sus secretarías de Finanzas. La suscripción de dicho convenio tiene el propósito de establecer las bases generales y mecanismos para el intercambio de información en materia fiscal con que cuenten las partes, a fin de que ello sirva para la verificación del cumplimiento de las obligaciones fiscales y administrativas a cargo de los sujetos obligados respectivos. La firma de dichos convenios fortalecerá las posibilidades del Instituto para programar y auditar a patrones con conductas que presuman la contravención del marco legal.

Como parte del fortalecimiento de la colaboración del Instituto con otras autoridades fiscales y administrativas, durante 2010 se iniciaron, por primera vez, actos de fiscalización de manera concatenada y simultánea con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) y el SAT, enfocados principalmente a los patrones prestadores de servicios de personal. Con el SAT se realizaron cinco auditorías a prestadores de servicios de personal, cinco auditorías a clientes de *outsourcing* y dos auditorías a despachos de asesoría en materia fiscal, laboral y de seguridad social que ofrecen a sus clientes esquemas que contravienen el marco legal y atentan contra los derechos de los trabajadores.

Asimismo, en los meses de abril y mayo de 2010 se llevaron a cabo operativos conjuntos STPS-IMSS-SAT en los que, con base en la participación en inspecciones ordenadas por la STPS, se han visitado 63 empresas, tanto prestadoras de servicios de personal como beneficiarias de estos servicios.

Cabe destacar que dentro de las actividades que se han realizado de manera conjunta con el SAT, el Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT) y la STPS, en 2010 se participó en la elaboración de un estudio denominado “Evasión en el pago del Impuesto Sobre la Renta sobre nóminas a través de terceros,” realizado por la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el cual se analizaron las conductas de “terciarización” en la prestación de servicios de personal. De acuerdo con el estudio, a partir de 2009 se observó un decremento en los índices de evasión sobre la nómina a través de terceros por tres razones: a) efecto de la crisis global 2008 que se reflejó en la caída de los salarios; b) reformas legales, y c) políticas de fiscalización que combaten de manera directa a la elusión y evasión fiscales.

Con el propósito de fortalecer la estructura de las áreas de auditoría a patrones del Instituto, durante el periodo que se informa se iniciaron los trabajos para conformar un equipo de expertos en materia fiscal, el cual permitirá

identificar mayores nichos de oportunidad recaudatoria y generar estrategias para aumentar la presencia fiscal del Instituto, así como un equipo de auditores élite que se integren en los esfuerzos de detección de irregularidades en los actos de fiscalización, con el fin de inhibir el incumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social.

B.3. Incentivos al cumplimiento voluntario

Facilitar el cumplimiento voluntario de las obligaciones obrero-patronales es uno de los objetivos prioritarios del Instituto para reducir la brecha recaudatoria. Por ello, durante 2010 el Instituto continuó promoviendo mecanismos destinados a facilitar la realización de trámites y servicios, disminuir la carga administrativa de las empresas y reducir los costos de cumplimiento de la legislación de seguridad social.

El 30 de junio de 2010 se publicó en el DOF el "Decreto por el que se otorgan facilidades administrativas en materia de simplificación tributaria", entre las cuales se encuentra la eliminación de la obligatoriedad de presentar el dictamen de cumplimiento de las obligaciones de seguridad social ante el IMSS. Posteriormente, el 3 de diciembre de 2010 se publicaron las disposiciones específicas que deben observar los patrones a fin de aprovechar los beneficios del decreto.

Estas facilidades tienen como objetivo coadyuvar a reducir la carga administrativa de un número importante de empresas y a generar mayores incentivos para el cumplimiento de sus obligaciones con el Instituto. Adicionalmente se ha promovido el correcto cumplimiento de las obligaciones de seguridad social mediante la corrección fiscal. Cabe señalar que durante 2010 un total de 13,234 empresas se dictaminaron en materia de seguridad social, de las cuales 7,793 lo hicieron de manera voluntaria y 1,102 patrones corrigieron su situación fiscal ante el Instituto.

Por otra parte, en el marco del Convenio de Colaboración Administrativa firmado el 7 de septiembre de 2010 entre el SAT y el IMSS, el Instituto se comprometió a reconocer la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) expedida por el SAT, como medio de autenticación en las transacciones llevadas a cabo por los patrones. El reconocimiento de la FIEL por parte del Instituto, en vigor a partir de enero de 2011, simplifica los trámites que tienen que realizar los patrones ante distintas instancias administrativas. Ello, aunado a la ampliación de la vigencia de la FIEL a un periodo de cuatro años[172], ha permitido reducir los costos administrativos de las empresas y promover un mayor nivel de cumplimiento de las obligaciones patronales en materia de seguridad social.

La dispensa de garantía del interés fiscal para la autorización de solicitudes de pago en parcialidades, establecida mediante acuerdos del HCT del IMSS, ha sido una herramienta eficaz para promover la regularización de la situación fiscal de los patrones que desean regularizar sus adeudos, pero que no cuentan con los recursos para cumplir el requisito que establece el Artículo 141 del Código Fiscal de la Federación. Por ello, durante 2010 se continuó beneficiando a los patrones con esta facilidad administrativa.

En este mismo sentido, mediante la publicación del Artículo 16 apartado C de la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) para el ejercicio fiscal de 2011, en el DOF del 15 de noviembre de 2010, y del acuerdo ACDO.SA3.HCT.081210/383.P.DIR del HCT del Instituto, publicado en el DOF el 14 de diciembre del mismo año, por el que se aprobaron los lineamientos aplicables a dicho artículo, se posibilitó la aplicación de condonaciones a favor de los patrones que regularicen sus adeudos fiscales ante el Instituto. Los porcentajes de condonación dependen de la fecha en que se realice el pago del adeudo, pudiendo llegar hasta 100 por ciento del monto de los recargos y multas causados.

[172] Esta disposición administrativa se establece en el "Decreto por el que se otorgan facilidades administrativas en materia de simplificación tributaria" del 30 de junio de 2010.

Finalmente, como parte de su quehacer permanente, el Instituto ha continuado simplificando los trámites y servicios patronales, para reducir la carga administrativa que enfrentan las empresas del país y disminuir los costos de cumplimiento de la legislación en materia de seguridad social.

Para simplificar el proceso de alta ante el IMSS, el 18 de marzo de 2010 entró en vigor el trámite de Alta Patronal e Inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con el cual se unificaron en uno solo los trámites que presentaban los patrones al darse de alta en el IMSS. Asimismo, se continuó impulsando la operación del portal *tuempresa.gob.mx*, a través del cual los empresarios pueden dar inicio al trámite del registro patronal ante el Instituto.

Adicionalmente, se sigue incentivando la utilización de herramientas tecnológicas para la realización de transacciones electrónicas con el Instituto. A través del sistema IMSS Desde Su Empresa (IDSE) se ha facilitado a los patrones la administración de la información requerida para el pago de las contribuciones de seguridad social y por medio del Sistema Único de Autodeterminación (SUA) se ha posibilitado el pago electrónico de las mismas.

Cabe destacar que 92.9 por ciento del total de los movimientos afiliatorios presentados ante el Instituto durante 2010 se realizaron a través de IDSE. Asimismo, en dicho año, un promedio de 141,079 patrones realizaron a través de portal bancario pagos correspondientes a 8.1 millones de cotizantes. El importe pagado ascendió a 74.8 miles de millones de pesos, lo que significó 47.1 por ciento de la recaudación por ingresos obrero-patronales. La utilización de IDSE y del SUA ha permitido a las empresas reducir sus costos de operación, al utilizar medios electrónicos y contar con mayor seguridad para la realización de sus transacciones en materia de seguridad social.

Anexo

C

Avances del Presupuesto Basado en Resultados y Sistema de Evaluación del Desempeño

C.1. Antecedentes

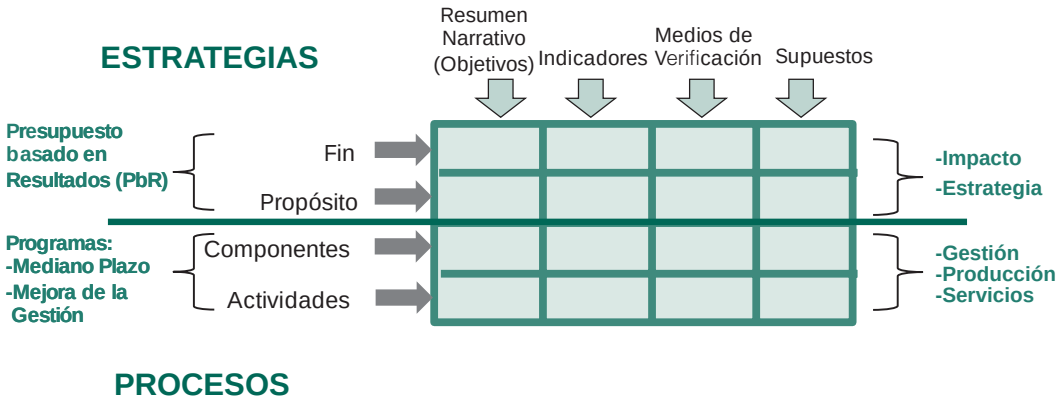
Como parte de la reforma hacendaria promovida por la actual administración, a partir de la formulación del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio 2008 y en cumplimiento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el Ejecutivo Federal inició los trabajos para la implantación del Presupuesto basado en Resultados (PbR) y el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED), en la cual intervinieron las Secretarías de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y de la Función Pública (SFP), el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

Con el fin de armonizar la fracción II del Artículo 275 de la Ley del Seguro Social (LSS) con esta normatividad federal, el Instituto utiliza la clasificación programática emitida por la SHCP, la cual servirá para dar cumplimiento al Artículo 276 del mismo ordenamiento e incorporar el presupuesto por programas al PEF que aprueba la H. Cámara de Diputados, además de ser necesario para la integración de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

El PbR-SED tiene como herramienta metodológica la Matriz de Marco Lógico (MML) que facilita el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de los programas presupuestarios a través de *"… una sencilla tabla (matriz) de cuatro filas por cuatro columnas en la cual se registra en forma resumida información sobre un proyecto"*[173] (ver gráfica C.1).

[173] Fuente: Curso-Taller Metodología de Marco Lógico para la Construcción de la Matriz de Indicadores para Resultados, CONEVAL-CEPAL, junio de 2010.

Gráfica C.1.
Matriz de Marco Lógico del Presupuesto basado en Resultados: esquema global de reforma presupuestaria



Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS, con base en la *Guía para la construcción de la matriz de indicadores para resultados*, SHCP, 2010.

Las filas se refieren a los cuatro objetivos o niveles que debe tener un programa: fin (a qué contribuye), propósito (qué resuelve), componente (qué bienes o servicios produce) y actividad (qué hace para producir esos bienes o servicios).

Las columnas registran la información requerida para cada uno de los niveles mencionados: resumen narrativo, indicadores, medios de verificación y supuestos.

Las primeras dos filas de la matriz (fin y propósito) ubican la medición de los resultados de los objetivos de las políticas públicas, el fortalecimiento de las estrategias y la orientación de los recursos, que impactan directamente a la población o área de enfoque. Esta es la parte orientada a la estrategia.

Las dos últimas filas (componentes y actividades) se refieren al ámbito de los procesos, es decir, la medición de los avances sobre la forma en que los bienes y/o servicios públicos son generados y entregados. Incluyen la medición de actividades y componentes que entregan bienes y/o servicios que son utilizados por otras instancias. Esta es la parte orientada a la gestión institucional.

La MML ha sido utilizada por las direcciones normativas del Instituto en la determinación de sus programas, objetivos, metas e indicadores, alineando estos elementos programáticos con la estrategia institucional.

C.2. Incorporación del PbR-SED en el Instituto, 2008-2009

Para el ejercicio 2008, la incorporación al SED de los programas, objetivos, metas e indicadores aprobados por el H. Consejo Técnico (HCT) en el Anteproyecto de Presupuesto del IMSS, se realizó cubriendo la nueva metodología federal con la información disponible.

Para el ejercicio 2009, la aplicación de la metodología de la MML arrojó un universo de 81 indicadores estratégicos y de gestión que valoraron 13 programas sustantivos. En este ciclo, las direcciones normativas en conjunto con la SHCP seleccionaron 18 indicadores para su seguimiento por parte de la H. Cámara de Diputados y del HCT.

C.3. PbR-SED en el Instituto, 2010-2011

Los programas presupuestarios registrados por las normativas en el Anteproyecto de Presupuesto 2010 y aprobados por el HCT fueron los que se muestran en el cuadro C.1.

Para valorar estos programas, las normativas consideraron un universo de 87 indicadores estratégicos y de gestión, de los cuales 17 se eligieron para seguimiento de la H. Cámara de Diputados y del HCT (cuadro C.2). Estos últimos tuvieron los siguientes cambios con respecto al ejercicio anterior, derivados de los procesos de mejora que se mencionan más adelante:

Cuadro C.1.
Programas presupuestarios, 2010

Clave[1/]	Denominación	Normativa responsable
E001	Atención a la Salud Pública	Dirección de Prestaciones Médicas
E002	Atención Curativa Eficiente	Dirección de Prestaciones Médicas
E003	Atención a la Salud en el Trabajo	Dirección de Prestaciones Médicas
E004	Investigación en Salud en el IMSS	Dirección de Prestaciones Médicas
E006	Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales	Dirección de Incorporación y Recaudación
E007	Servicios de Guarderías	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
E008	Atención a la Salud Reproductiva	Dirección de Prestaciones Médicas
E009	Prestaciones Sociales Eficientes	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
E010	Mejoramiento de Unidades Operativas de Servicio de Ingreso	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
J001	Pensiones en Curso de Pago, Ley de 1973	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
J002	Rentas Vitalicias, Ley de 1997	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
J004	Pagar Oportunamente los Subsidios a los Asegurados con Derecho	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

[1/] Los programas presupuestarios con modalidad “E” son aquellos que generan bienes y servicios; con modalidad “J” aquellos relacionados con pensiones y jubilaciones.
Fuente: DF, IMSS.

a) El indicador "tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino” cambió de nivel de “propósito” a “componente” (indicador 1)[174].
b) El indicador "derechohabientes con cobertura de atención integral del PREVENIMSS" cambió de nivel de “componente” a “propósito” (indicador 2).
c) El indicador "incremento porcentual en el número de cotizantes del Seguro Social" sustituyó al de 2009 denominado "incremento porcentual anual en los ingresos obrero-patronales del Seguro Social” (indicador 7).
d) El indicador "porcentaje de las cuotas obrero-patronales pagadas al segundo mes de la emisión" fue excluido del seguimiento.
e) La frecuencia de medición del indicador "variación porcentual en el número de cotizantes del Seguro Social" cambió de trimestral a mensual (indicador 8).
f) El indicador "incremento de la capacidad instalada del servicio de guarderías" fue excluido del seguimiento.
g) El indicador "tasa de mortalidad materna" fue incluido para seguimiento (indicador 12).
h) El indicador "afluencia de usuarios a los servicios de fomento a la salud" sustituye al de 2009 denominado "atención de usuarios de los servicios de fomento a la salud, cultura, deporte y capacitación técnica" (indicador 13).
i) El indicador "clientes atendidos en tiendas" sustituye al de 2009 denominado "incremento en la atención de usuarios de los servicios de velatorios, centros vacacionales y tiendas" (indicador 14).

Para la programación 2011, las normativas responsables realizaron una revisión de sus elementos programáticos, con base en la experiencia observada en 2010, por lo que el universo de indicadores se determinó en 83, con 17 para seguimiento de la H. Cámara de Diputados y del HCT.

[174] Los indicadores se clasifican de acuerdo con el nivel de programa al que pertenecen en indicadores de fin, propósito, componente y actividad.

C.4. Resultados y avances de los programas presupuestarios 2010

El cumplimiento de los principales indicadores estratégicos para resultados comprometidos por las normativas responsables de los programas presupuestarios del IMSS para el ejercicio 2010 ha tenido efectos positivos.

Se logró y se superó la meta establecida de nueve indicadores (52.9 por ciento del total) resultando, entre otros, en una disminución de la tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino, una mayor cobertura de derechohabientes por parte del programa de PREVENIMSS, un surtimiento adecuado de medicamentos, un incremento en el número de los cotizantes del IMSS y de los ingresos por cuotas obrero-patronales, un aumento de la tasa de atención de partos, un mayor uso de los servicios de fomento a la salud y una mayor oportunidad en el trámite de las rentas vitalicias de la LSS de 1973.

En el caso de seis indicadores (35.3 por ciento del total) el porcentaje de cumplimiento de la meta fue de más de 90 por ciento, logrando una disminución de la tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel y de la tasa de la mortalidad materna, así como de la tasa de incapacidad permanente inicial por cada 1,000 trabajadores. Al mismo tiempo se aumentó la cobertura de los servicios de guarderías y se mejoró la oportunidad, tanto en los trámites de rentas vitalicias de la LSS de 1997, como en el pago de las capacidades nominativas con pago.

Hubo solamente dos indicadores para los cuales se alcanzó un porcentaje de cumplimiento de la meta inferior a 90 por ciento: el incremento porcentual anual en el salario base de cotización (SBC) registrado en el Seguro Social (67.5 por ciento de la meta cumplida) y la variación al número de clientes atendidos por el Sistema Nacional de Tiendas del Instituto con relación al año pasado (89.8 por ciento de la meta cumplida).

C.5. Procesos de mejora del PbR-SED en el IMSS

El primer antecedente de estos procesos se dio para el ejercicio 2008, con las observaciones de la SHCP y el CONEVAL a la información incorporada en el Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH).

A partir de entonces, las diferentes dependencias gubernamentales involucradas en el PbR-SED han efectuado evaluaciones, observaciones y recomendaciones a los programas presupuestarios institucionales, cinco de las cuales tomaron lugar durante el año 2010 y se detallan a continuación[175].

C.5.1. Recomendaciones a programas presupuestarios Cuenta Pública 2008 por parte de la ASF

La revisión de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal del ejercicio 2008, realizada por la Auditoría Superior de la Federación (ASF) en enero de 2010, incluyó las siguientes auditorías de desempeño a indicadores y programas presupuestarios del IMSS:

- Auditoría número 419 denominada "Porcentaje de oportunidad en consulta de especialidades en unidades de segundo nivel" (1 recomendación relacionada).
- Auditoría número 483 denominada "Auditoría de desempeño a las actividades institucionales relacionadas con la prestación de servicios de salud a la persona" (5 recomendaciones relacionadas).

De estas revisiones resultaron 6 recomendaciones al desempeño que fueron atendidas en su totalidad por las normativas responsables de los programas. Las observaciones se orientaron al mejoramiento en el seguimiento de programas y metas a través de indicadores y establecimiento de estándares para indicadores estratégicos.

[175] En 2009 se realizaron dos procesos de mejora: i) un análisis de cambios en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) por parte de la SHCP, y ii) un diagnóstico sobre igualdad de género por parte de INMUJERES. Sobre la MIR ver sección C.5.2 de este anexo.

Cuadro C.2.
Principales indicadores que evalúan los programas aprobados, avances al mes de diciembre de 2010

Programa presupuestario		Indicador	Unidad de medida	Frecuencia	Nivel y tipo de indicador[1/, 2/]	Meta del periodo	Logro del periodo	Porcentaje de cumplimiento
E001	Atención a la Salud Pública	1. Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino	Tasa	Anual	Componente estratégico	Reducir a 7.1 las defunciones por cáncer cérvico-uterino por cada 100 mil mujeres de 25 años y más adscritas a médico familiar.	6.9	102.8
		2. Derechohabientes con cobertura de atención integral PREVENIMSS	Porcentaje	Trimestral	Propósito estratégico	Lograr que 52.5% de los derechohabientes adscritos a médico familiar reciban atención preventiva integrada.	56.0	106.7
		3. Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje	Trimestral	Actividad gestión	Lograr que 28.5% de mujeres de 25 a 64 años de edad adscritas a médico familiar (menos estimación de histerectomizadas) tengan estudio de citología cervical para detección de cáncer cérvico-uterino.	29.1	102.1
E002	Atención Curativa Eficiente	4. Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel	Tasa	Trimestral	Propósito estratégico	Reducir a 3.7% los egresos hospitalarios por defunción en unidades de segundo nivel de atención.	3.9	94.1
		5. Porcentaje de surtimiento de medicamentos	Porcentaje	Trimestral	Propósito estratégico	Lograr que 96% de las recetas de medicamentos sean atendidas a 100% en farmacias.	96.9	100.9
E003	Atención a la Salud en el Trabajo	6. Tasa de incapacidad permanente inicial por cada 1,000 trabajadores asegurados de empresas afiliadas según delegación de origen	Tasa	Trimestral	Componente estratégico	Disminuir a 1.15 dictámenes de incapacidad permanente inicial por riesgos de trabajo por cada 1,000 trabajadores inscritos en el Seguro de Riesgos de Trabajo.	1.17	98.3
E006	Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales	7. Incremento porcentual anual en los ingresos obrero-patronales del Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Propósito estratégico	Aumentar en 3.6% los ingresos obrero-patronales del Seguro Social respecto al mismo mes del año anterior.	7.50	208.3
		8. Incremento porcentual en el número de cotizantes al Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Componente estratégico	Variar en -0.6% el número de cotizantes respecto al mismo mes del año anterior.	4.01	104.6
		9. Incremento porcentual anual en el salario base de cotización registrado en el Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Componente estratégico	Aumentar en 4.7% el salario base de cotización nominal respecto al mismo mes del año anterior.	3.20	67.4

[1/] Los indicadores se clasifican de acuerdo con el nivel de programa en indicadores de fin, propósito, componente y actividad.

[2/] Los indicadores se clasifican en dos tipos: estratégicos (miden el logro de objetivos de las políticas públicas y de los programas presupuestarios) y de gestión (miden el avance y logro de los procesos y actividades en que los bienes y servicios públicos son generados y entregados).

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro C.2. (continuación)

Programa presupuestario		Indicador	Unidad de medida	Frecuencia	Nivel y tipo de indicador[1/, 2/]	Meta del periodo	Logro del periodo	Porcentaje de cumplimiento
E007	Servicio de Guarderías	10. Cobertura de la demanda del servicio de guarderías	Porcentaje	Mensual	Propósito estratégico	Alcanzar a cubrir 24.5% de lugares que se demandan para el servicio de guarderías.	23.87	97.4
E008	Atención a la Salud Reproductiva	11. Tasa de atención de partos	Tasa	Anual	Componente estratégico	Lograr atender 51.1 partos por cada 1,000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años).	45.4	111.2
		12. Tasa de mortalidad materna	Tasa	Anual	Propósito estratégico	Descender a una tasa de 29.5 en mortalidad materna.	29.9	98.6
E009	Prestaciones Sociales Eficientes	13. Afluencia de usuarios a los servicios de fomento a la salud	Porcentaje	Trimestral	Componente estratégico	Lograr la atención de 93% de los usuarios previstos en los servicios de prestaciones sociales.	99.3	106.9
E010	Mejoramiento de Unidades Operativas de Servicios de Ingreso	14. Clientes atendidos en tiendas	Porcentaje	Mensual	Componente gestión	Variar en -5.3% de los clientes atendidos en tiendas respecto al año anterior.	-14.9	89.8
J001	Pensiones en Curso de Pago Ley de 1973	15. Oportunidad en el trámite de las pensiones nuevas en la Ley de 1973	Porcentaje	Mensual	Componente gestión	Tramitar 88% de los casos presentados para nuevas pensiones, en 21 y 30 días naturales.	84.4	95.9
J002	Rentas Vitalicias Ley de 1997	16. Oportunidad en el trámite de las rentas vitalicias de la Ley del Seguro Social de 1997	Porcentaje	Mensual	Componente gestión	Tramitar 80% de los casos presentados, en 21 y 30 días naturales.	80.3	100.4
J004	Pagar oportunamente los Subsidios a los Asegurados con Derecho	17. Oportunidad en el trámite para el pago de las incapacidades nominativas con pago	Porcentaje	Mensual	Componente gestión	Tramitar 98% de los casos nominativos para subsidio, en 7 días naturales.	97.60	99.6

[1/] Los indicadores se clasifican de acuerdo con el nivel de programa en indicadores de fin, propósito, componente y actividad.

[2/] Los indicadores se clasifican en dos tipos: estratégicos (miden el logro de objetivos de las políticas públicas y de los programas presupuestarios) y de gestión (miden el avance y logro de los procesos y actividades en que los bienes y servicios públicos son generados y entregados).

Fuente: DF, IMSS.

C.5.2. Recomendaciones a programas presupuestarios 2010 por parte del CONEVAL y de la SHCP

En México la metodología de MML ha sido sintetizada en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) siendo ella el instrumento de gestión "…*que en forma resumida, sencilla y armónica*:

1. *Establece con claridad el objetivo de los programas y su alineación con los objetivos de la planeación nacional;*
2. *Describe los bienes y servicios que entrega el programa a la sociedad, para cumplir su objetivo, así como las actividades para producirlos;*
3. *Incorpora los indicadores que miden la consecución de los objetivos y resultados esperados, y que son referente para el seguimiento y evaluación;*
4. *Identifica los medios para obtener y verificar la información de los indicadores, y*
5. *Considera riesgos y contingencias que podrían afectar el desempeño del programa*"[176].

Como parte del proceso de mejora de la MIR, en marzo de 2010 el CONEVAL, la SFP y la SHCP

[176] Fuente: Taller de Construcción de Matriz de Indicadores para Resultados con base en la Metodología de Marco Lógico, SHCP, 2009.

elaboraron y comunicaron al Instituto recomendaciones para actualización o adecuación de sus programas presupuestarios y los indicadores registrados.

En total se emitieron 203 recomendaciones, atendiéndose 81 por ciento de las mismas por parte de las normativas responsables y registrando los cambios en el PASH. Las observaciones se dirigieron principalmente a mejorar la lógica horizontal y vertical de las matrices, verificación de redacción, revisión e inclusión de supuestos y, en su caso, creación de nuevos indicadores. El cuadro C.3 resume las recomendaciones y su atención.

C.5.3. Evaluación específica de desempeño 2009 por parte del CONEVAL

El Programa Anual de Evaluación 2009, emitido por la SHCP, la SFP y el CONEVAL, incorporó la evaluación de desempeño del ejercicio 2009 de los programas presupuestarios E001 Atención a la Salud Pública, E002 Atención Curativa Eficiente y E007 Servicios de Guarderías.

El número de hallazgos y conclusiones ascendió a 11 por los tres programas presupuestarios, los cuales se orientan a la mejora e inclusión de indicadores de desempeño, precisiones de la población objetivo, incorporación de información detallada y uso de evaluaciones externas. La atención de las recomendaciones, que fueron recibidas en agosto de 2010, se dará una vez concluido el proceso de elaboración del mecanismo de seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora que instrumenta actualmente el CONEVAL con el IMSS.

C.5.4. Fortalecimiento del SED por parte de la SFP y del OIC

En junio y julio de 2010, la Unidad de Evaluación de la Gestión y el Desempeño Gubernamental de la SFP coordinó un grupo de trabajo con el Órgano Interno de Control (OIC) en el IMSS, para revisar las MIR de los programas presupuestarios institucionales, orientándose a verificar su diseño y construcción, y del que surgieron recomendaciones y acciones de mejora. En este periodo se trabajó con los responsables de los programas presupuestarios E001 Atención a la Salud Pública y E002 Atención Curativa Eficiente, previamente a su modificación dentro del proceso presupuestario para 2011.

El universo de recomendaciones fue de 107, de las cuales 34 por ciento fueron catalogadas como procedentes y atendidas por las normativas responsables. Se observaron principalmente los aspectos metodológicos en la construcción de las matrices, y se centró el análisis en la lógica horizontal, es decir, en los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos.

C.5.5. Recomendaciones específicas para la mejora de las MIR por parte de la SHCP y de la CEPAL

Para el proceso de actualización y registro de las MIR[177], la SHCP en colaboración con el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), elaboró recomendaciones específicas a los programas presupuestarios del Instituto, las cuales fueron atendidas en el sistema PASH.

En total se emitieron 203 recomendaciones, de las cuales 66 por ciento fueron atendidas por las normativas responsables, involucrando principalmente aspectos metodológicos en la construcción de las matrices (objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos) (cuadro C.4).

Cabe señalar que durante los primeros meses de 2011 se realizó una revisión de la Cuenta Pública 2009 por parte de la ASF, la cual arrojó 21 recomendaciones que se encuentran actualmente en proceso de resolución por parte del órgano fiscalizador. Asimismo, tuvo lugar en el IMSS un taller de asesoría en el diseño e integración de la MIR para resultados conforme

[177] En el marco de formulación del proyecto de PEF para el ejercicio 2011.

Cuadro C.3.
Resumen de recomendaciones SHCP-CONEVAL, marzo de 2010

Programa presupuestario	Total	Principales recomendaciones	Atendidas	Porcentaje de atención
E001 Atención a la Salud Pública	15	Recomendaciones relacionadas con la lógica horizontal de la MIR, ya que presenta dos objetivos a nivel de propósito. Sugiere la revisión de supuestos y la inclusión de indicadores en los ámbitos de dimensión de eficiencia, economía y calidad. A todos los niveles sugiere revisión del resumen narrativo, medios de verificación, supuestos e indicadores.	13	87%
	16	Se refieren a recomendaciones generales a los indicadores para la mejora de la MIR 2010.	12	75%
E002 Atención Curativa Eficiente	15	Referentes a la existencia de tres objetivos a nivel de propósito, lo cual metodológicamente no está correcto dado que afecta la evaluación global de la MIR. Sugiere la revisión de supuestos, así como de los indicadores a nivel de actividad, ya que no presentan correspondencia entre su método de cálculo y la dimensión del desempeño definida.	12	80%
	18	Se refieren a recomendaciones generales a los indicadores para la mejora de la MIR 2010.	12	67%
E003 Salud en el Trabajo	16	Recomendaciones relacionadas a identificar adecuadamente el objetivo por cada nivel, ya que la matriz presenta el mismo objetivo para todos los niveles. Asimismo, recomienda revisar los supuestos, ya que no corresponden a factores ajenos a la capacidad de gerencia del programa. A todos los niveles sugiere revisión del resumen narrativo, indicadores, medios de verificación y supuestos.	11	69%
	21	Se refieren a recomendaciones generales a los indicadores para la mejora de la MIR 2010.	19	90%
E004 Investigación en Salud	18	Recomendaciones relacionadas a que el fin y propósito tienen redacciones similares, pero con lógica inversa. Se recomienda incluir todos los indicadores necesarios y suficientes que hablen sobre el desempeño del programa. Sugiere la inclusión de indicadores relevantes de impacto, de resultados y a nivel de componente y de actividad. Existen indicadores similares a nivel de fin y de propósito. Informan que faltan indicadores de calidad a nivel de componente y actividad. A todos los niveles sugiere revisión del resumen narrativo, indicadores, medios de verificación y supuestos.	10	56%
E006 Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales	1	Se refiere a recomendaciones relacionadas con la integración del indicador de fin.	1	100%
	19	Recomendaciones relacionadas a que los objetivos de propósito y componente son muy similares. Se sugiere analizar el nivel apropiado. Los supuestos propuestos se repiten en las diversas categorías de la matriz. También recomienda especificar de manera precisa los medios de verificación.	19	100%
E007 Servicios de Guarderías	15	Recomendaciones relacionadas a mejorar la lógica vertical de la MIR. Revisar si una sola actividad es necesaria y suficiente para la producción del componente, al igual que en la lógica componente-propósito, ya que sólo existe un solo elemento en estos dos niveles.	15	100%
E008 Atención a la Salud Reproductiva	12	Recomendaciones relacionadas a que los medios de verificación no son específicos y no permiten identificar dónde es posible acceder a las fuentes de información que permitan corroborar los indicadores y sus variables. Se recomienda revisar los supuestos. Existe insuficiencia de indicadores, mismos que se requieren para todas las dimensiones del desempeño, eficiencia, economía y calidad. Se recomienda revisar la sintaxis de los niveles de componente y actividad, así como revisar la lógica vertical de la MIR. A todos los niveles sugiere revisión del resumen narrativo, indicadores, medios de verificación y supuestos.	4	80%

Cuadro C.3. (continuación)

Programa presupuestario	Total	Principales recomendaciones	Atendidas	Porcentaje de atención
E009 Prestaciones Sociales Eficientes	1	Se refiere a recomendaciones relacionadas con la integración del indicador de fin.	1	100%
	16	Recomendaciones relacionadas a que se perciben similitudes entre los objetivos planteados en el resumen narrativo por lo que se sugiere analizarlos para mejorar la coherencia lógica. Se recomendó plantear supuestos que sean reflejo de situaciones que representen riesgos externos a la gerencia del programa, así como la vinculación de la denominación de los indicadores con su fórmula de cálculo y revisar la dimensión de algunos de ellos. Es necesario que se planteen medios de verificación precisos.	16	100%
E010 Mejoramiento de las Unidades Operativas de Servicios de Ingreso	1	Se refiere a recomendaciones generales relacionadas con la integración del indicador de fin.	0	0%
	16	Recomendaciones relacionadas a que la matriz carece de indicadores, fuentes de verificación y supuestos y es necesario que se planteen. Las fuentes de información debieran ser propuestas con mayor precisión; se sugirió revisar y mejorar la identificación y descripción de supuestos, así como la incorporación de indicadores de calidad, eficiencia y economía.	16	100%
J001 Pensiones en Curso de Pago Ley de1973 J002 Rentas Vitalicias Ley de 1997 J004 Pagar Oportunamente los Subsidios a los Asegurados con Derecho	3	Se refieren a recomendaciones generales relacionadas con la integración del indicador de fin.	0	0%
Total	**203**		**161**	**79%**

Fuente: DF, IMSS.

a la MML, en el que se revisó la construcción de las matrices de los programas presupuestarios E004 Investigación en Salud en el IMSS, E006 Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales, E009 Prestaciones Sociales Eficientes y E010 Mejoramiento de las Unidades Operativas de Servicios de Ingreso, en el cual participaron la SFP y el OIC.

C.6. Actividades inmediatas de evaluación de programas

C.6.1. Evaluación específica de desempeño 2010-2011

El Programa Anual de Evaluación emitido para este año 2011 no consideró programas presupuestarios a cargo del IMSS para las evaluaciones específicas de desempeño. Sin embargo, con las facultades conferidas al CONEVAL, su Comisión Ejecutiva aprobó incluir en la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011 los programas presupuestarios E001 Atención a la Salud Pública, E002 Atención Curativa Eficiente y E007 Servicios de Guarderías. A la fecha de elaboración de este documento ha iniciado el proceso de evaluación, el cual se espera concluya el 30 de junio de 2011. El programa mencionado considera que el CONEVAL realice una revisión y aprobación de las MIR de los nueve programas presupuestarios del Instituto registrados como proveedores de bienes y servicios, es decir, en la modalidad tipo “E”.

C.6.2. Mecanismo de seguimiento de aspectos susceptibles de mejora

El mecanismo de seguimiento de aspectos susceptibles de mejora es el proceso por el que las dependencias y entidades de la administración pública federal determinan los hallazgos, observaciones

Cuadro C.4.
Resumen de recomendaciones SHCP-CEPAL, agosto de 2010

Programa presupuestario	Total	Principales recomendaciones	Atendidas	Porcentaje de cumplimiento
E001 Atención a la Salud Pública	14	Se realizaron observaciones sobre el resumen narrativo, indicadores, medios de verificación y supuestos.	8	57%
E002 Atención Curativa Eficiente	14	Se realizaron observaciones sobre el resumen narrativo, indicadores, medios de verificación y supuestos.	6	43%
E003 Salud en el Trabajo	17	Se realizaron observaciones sobre el resumen narrativo, indicadores, medios de verificación y supuestos.	3	18%
E004 Investigación en Salud	19	Se realizaron observaciones sobre el resumen narrativo, indicadores, medios de verificación y supuestos.	0	0%
E006 Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales	11	Se realizaron observaciones sobre los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos.	11	100%
E007 Servicios de Guarderías	16	Se realizaron observaciones sobre los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos.	16	100%
E008 Atención a la Salud Reproductiva	12	Se realizaron observaciones sobre el resumen narrativo, indicadores, medios de verificación y supuestos.	-	0%
E009 Prestaciones Sociales Eficientes	25	Se realizaron observaciones sobre los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos.	25	100%
E010 Mejoramiento de las Unidades Operativas de Servicios de Ingreso	27	Se realizaron observaciones sobre los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos.	27	100%
J001 Pensiones en Curso de Pago	48	Se realizaron observaciones sobre los objetivos, indicadores, medios de verificación y supuestos.	39	81%
J002 Rentas Vitalicias Ley de1997				
J004 Pagar Oportunamente los Subsidios a los Asegurados con Derech				
Total	**203**		**135**	**67%**

Fuente: DF, IMSS.

o recomendaciones derivados de informes y evaluaciones a los cuales se les dará atención, bajo ciertos criterios de elegibilidad, comprometiéndose a reportar avances e informar sobre su conclusión. Por primera vez el Instituto ha iniciado este proceso tomando como base los hallazgos y recomendaciones derivadas de la evaluación específica de desempeño, realizada por el CONEVAL en 2010. Se tiene previsto concluir en septiembre de 2011.

C.7. Conclusiones

El proceso de implantación del PbR-SED ha tenido un avance significativo en los tres años reseñados. Los programas presupuestarios institucionales han estado sujetos a nueve procesos[178] de mejora por parte de la SHCP, Función Pública, CONEVAL, CEPAL, ASF, INSP y COLMEX, con 901 recomendaciones que han modificado y enriquecido las matrices de indicadores para resultados e involucrado cada vez más a las normativas responsables en el proceso de implantación y adopción del PbR-SED.

El IMSS continuará con la implantación del PbR-SED y participando en los futuros procesos de mejora, consciente de que es la mejor herramienta para elevar la calidad del gasto y rendir cuentas a los sectores social, privado y público que confluyen en el financiamiento de la seguridad social en México.

[178] Dos de estos procesos fueron efectuados en 2009, cinco en 2010 y otros dos en 2011.

Anexo

D

Elementos Involucrados en las Valuaciones Actuariales de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida

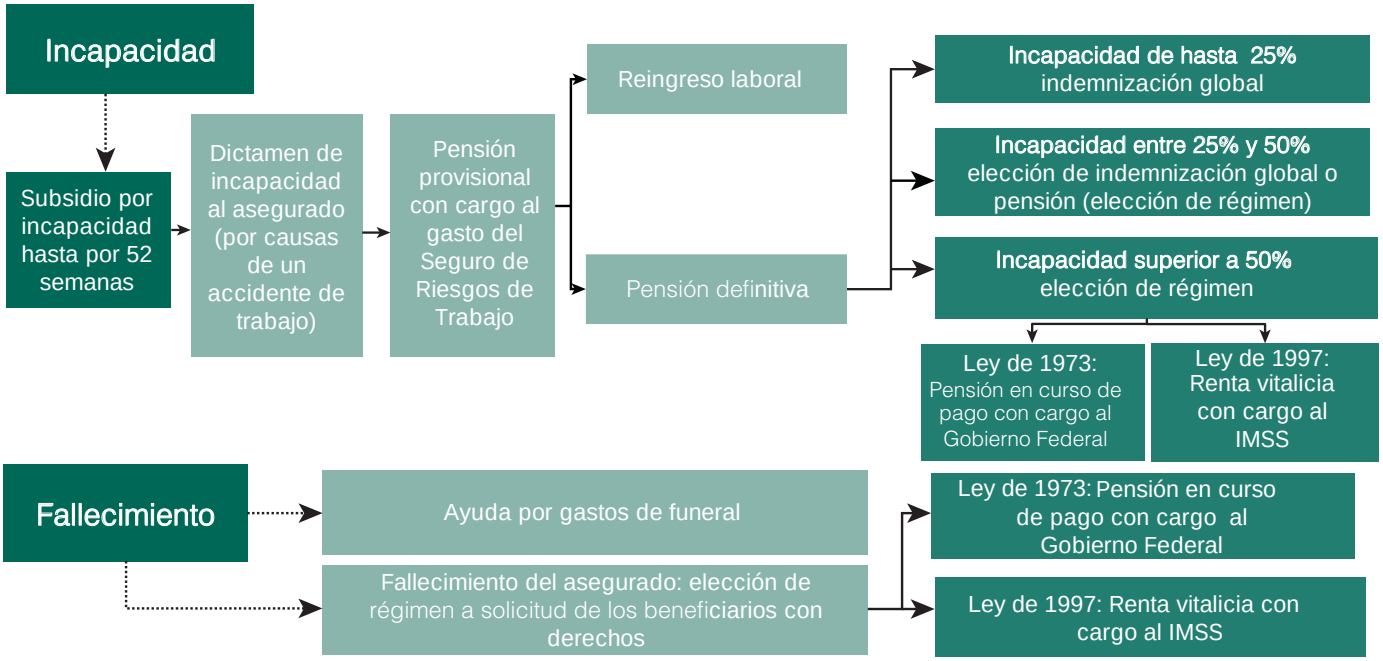
Este anexo tiene como finalidad servir de apoyo para una mejor comprensión de los diversos elementos involucrados en la valuación actuarial de las prestaciones que se otorgan en el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) y en el Seguro de Invalidez y Vida (SIV).

D.1. Eventos que generan una prestación en dinero del SRT y SIV

En el caso del SRT, las prestaciones en dinero valuadas son: i) subsidios por incapacidad temporal; ii) ayuda para gastos de funeral en caso de muerte de un asegurado o pensionado a causa de un riesgo de trabajo; iii) indemnización global, y iv) pensiones provisionales y definitivas por incapacidad permanente parcial o total y pensiones definitivas derivadas de la muerte del asegurado o del incapacitado a causa de un riesgo de trabajo. En la gráfica D.1 se ilustra la serie de eventos que conducen al otorgamiento de estas prestaciones.

No hay que olvidar, empero, que este es un seguro que tiene también un componente importante de gastos médicos para los trabajadores accidentados o enfermos por causa laboral y otro no menos importante de gastos de administración, los cuales no están incluidos en la gráfica D.1, pero sí están considerados en la valuación actuarial del SRT al 31 de diciembre de 2010, cuyos resultados se comentaron en el Capítulo IV. Al respecto, conviene señalar que en dicha valuación, tanto los gastos médicos como los gastos de administración fueron estimados como un porcentaje del volumen de salarios, tomando como base la información contable del periodo 1998-2010.

Gráfica D.1.
Eventos que generan una prestación en dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo



Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

En el caso del SIV, las prestaciones en dinero que deben ser valuadas de acuerdo con la Ley del Seguro Social (LSS) son las pensiones definitivas y las pensiones temporales cuyo procedimiento, para que sean otorgadas, se ilustra en la gráfica D.2.

Es importante anotar, sin embargo, que en la referida gráfica D.2 no están incluidos los gastos administrativos en que incurre el Instituto para la operación del SIV, los cuales sí están contemplados en la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2010, misma que se analiza y comenta en el Capítulo VI.

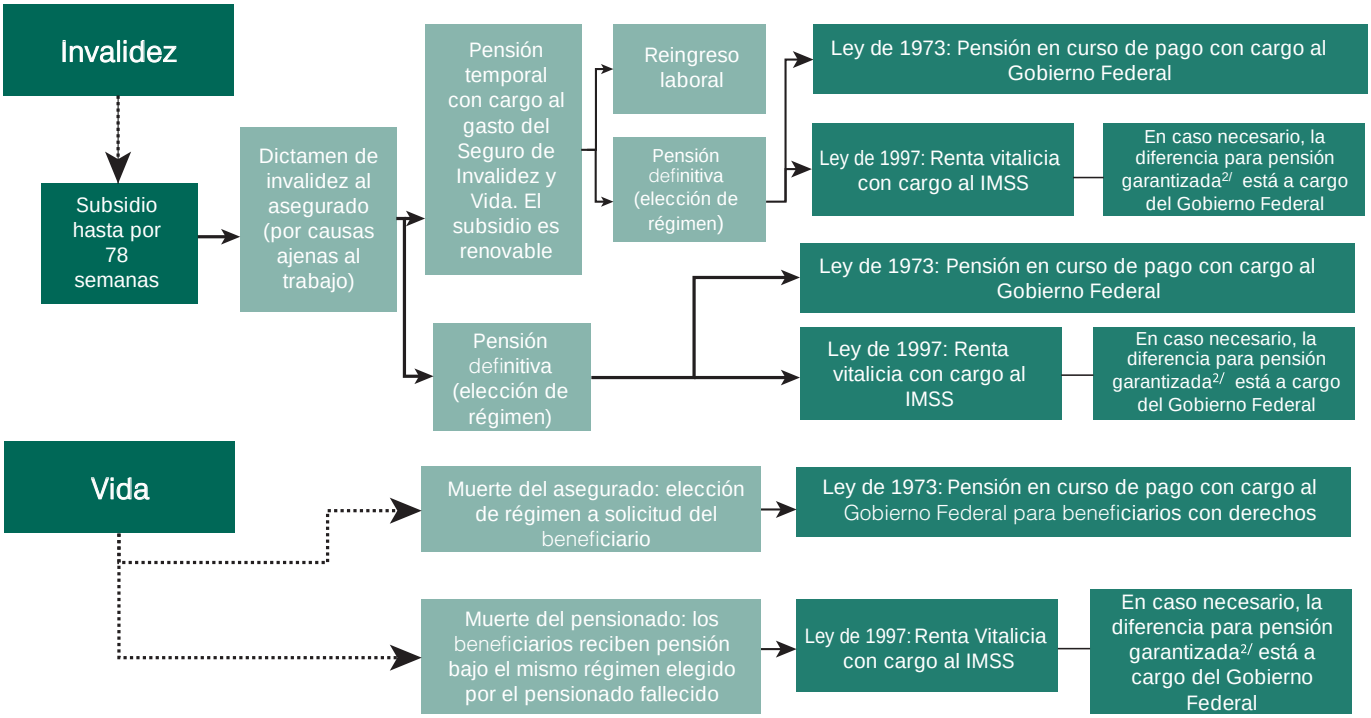
D.2. Elementos que inciden en el costo de las sumas aseguradas

Como se mencionó en los Capítulos IV y V, para el otorgamiento de pensiones concedidas por la LSS de 1997 bajo la modalidad de rentas vitalicias se calcula un monto constitutivo (MC) que debe ser cubierto con los recursos que cada trabajador tiene depositados en una cuenta individual que es manejada por la Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE) que en su momento fue elegida por cada trabajador. Cuando estos recursos, denominados "saldo acumulado en la cuenta individual", no son suficientes para cubrir el MC, el Instituto aporta lo que falta y a esto se le denomina "suma asegurada". Los factores que inciden en el cálculo del MC y del saldo acumulado en la cuenta individual y por lo tanto en las sumas aseguradas[179], y que además se contemplan en las valuaciones actuariales, se detallan en la gráfica D.3.

Respecto a esos factores se puede decir que aquellos que repercuten en mayor medida en la magnitud del MC son la tasa de interés técnico y las tablas de sobrevivencia de los pensionados, que sirven de base para el cálculo de las anualidades. La reducción de la tasa de interés técnico y/o el aumento en la sobrevivencia repercuten en un aumento del costo de las rentas vitalicias. Por su parte, los factores que tienen mayor repercusión en la magnitud de las sumas aseguradas que cubre el IMSS son los saldos acumulados en la cuenta individual de los trabajadores, debido a que una menor acumulación de fondos causada, ya sea por un aumento en las tasas de comisión que cobran las AFORE o por una

[179] LSS, Artículo 159.

Gráfica D.2.
Eventos que generan una prestación en dinero en el Seguro de Invalidez y Vida[1/]



[1/] 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 de retiro y del Fondo Nacional de la Vivienda, así como los recursos correspondientes al ramo de retiro que se hayan acumulado en la subcuenta 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 recursos restantes, 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".
[2/] De acuerdo con el Artículo 170 de la LSS, pensión garantizada (PG) es aquella que el Estado asegura a quienes reúnan los requisitos señalados en los Artículos 154 y 162 de la propia LSS y su monto mensual será el equivalente a un salario mínimo general para el Distrito Federal de 1997, cantidad que se actualizará anualmente, en el mes de febrero, conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). En caso de que el saldo acumulado en la cuenta individual del trabajador no sea suficiente para otorgar la pensión garantizada, la diferencia entre este saldo y la pensión garantizada estará a cargo del Gobierno Federal.
Fuente: DF, IMSS.

disminución de las tasas de rendimiento de cualquiera de las dos subcuentas que integran la cuenta individual (Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez [RCV] y Subcuenta de Vivienda), incrementa para el IMSS los costos del otorgamiento de una pensión definitiva.

Cabe señalar que los mismos factores que repercuten en el tamaño del monto de las sumas aseguradas que debe cubrir el IMSS también inciden en el Gobierno Federal, ya que de acuerdo con el segundo párrafo del Artículo 141 de la LSS, corresponde al Gobierno Federal cubrir a la aseguradora los recursos requeridos para poder otorgar al trabajador la pensión garantizada (PG).

Las cifras históricas del número de rentas vitalicias y de los MC otorgados a partir del 1º de julio de 1997, cuando entró en vigor la LSS de 1997, se presentan en los cuadros D.1 y D.2 para el SRT y el SIV, respectivamente.

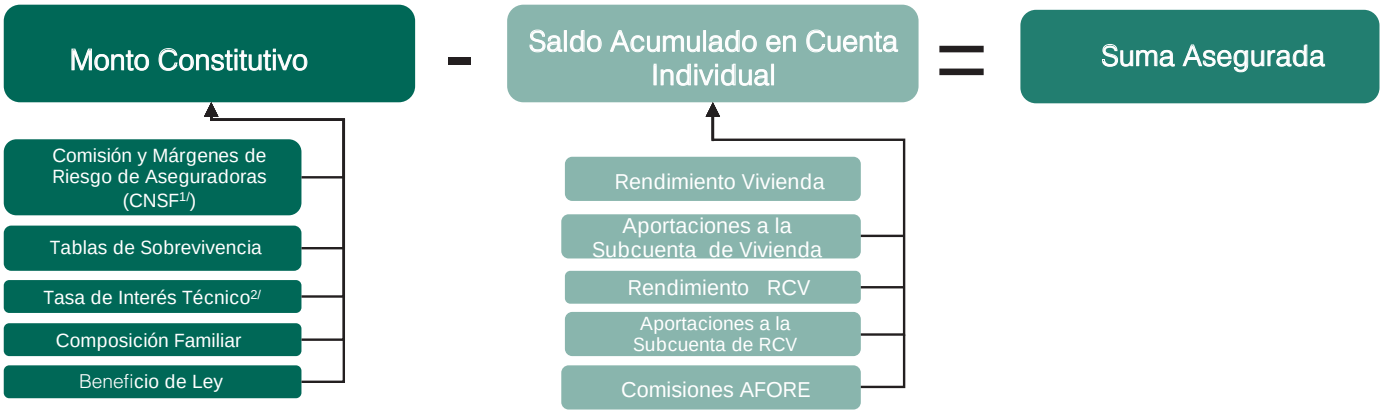
Para el SRT, en el cuadro D.1 se aprecia que el número de rentas vitalicias otorgadas en el periodo de julio de 1997 a diciembre de 2010 fue de 32,447, lo cual generó un gasto de 14,702 millones de pesos corrientes. Estas cifras se distribuyeron de la siguiente forma: i) por incapacidad permanente se otorgaron 19,343 rentas que significaron un gasto de 6,645 millones de pesos (45.2 por ciento del gasto total), y ii) las pensiones derivadas de la muerte de asegurados

(viudez, orfandad y ascendencia) totalizaron 13,104 casos con un gasto de 8,057 millones de pesos (54.8 por ciento del gasto total).

En el cuadro D.1 también se observa la drástica reducción que tuvo a partir de 2002 el número de rentas vitalicias y el gasto correspondiente, y cómo han empezado a aumentar de manera paulatina desde 2004.

Para el SIV, en el cuadro D.2 se aprecia que el número de rentas vitalicias otorgadas durante el

Gráfica D.3.
Elementos que inciden en el costo de las sumas aseguradas



1/ Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
2/ 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: DF, IMSS.

Cuadro D.1.
Evolución de las rentas vitalicias y de los montos constitutivos otorgados en el Seguro de Riesgos de Trabajo1/
(miles de pesos corrientes)

Año	Incapacidad permanente			Pensiones derivadas			Total		
	Casos	MC2/	MC promedio	Casos	MC2/	MC promedio	Casos	MC2/	MC promedio
1997	19	3,455	182	150	54,837	366	169	58,292	345
1998	1,312	280,264	214	1,447	571,030	395	2,759	851,294	309
1999	2,773	735,415	265	1,680	804,186	479	4,453	1,539,601	346
2000	3,125	896,598	287	1,792	893,557	499	4,917	1,790,155	364
2001	3,820	1,265,394	331	1,651	868,243	526	5,471	2,133,637	390
2002	1,295	447,021	345	1,034	595,810	576	2,329	1,042,831	448
2003	138	52,015	377	613	412,897	674	751	464,912	619
2004	386	150,002	389	580	375,021	647	966	525,023	544
2005	728	257,028	353	761	520,402	684	1,489	777,430	522
2006	690	260,234	377	785	619,866	790	1,475	880,100	597
2007	1,136	499,508	440	669	566,588	847	1,805	1,066,095	591
2008	1,357	656,215	484	741	637,614	860	2,098	1,293,829	617
2009	1,318	615,018	467	581	510,527	879	1,899	1,125,545	593
2010	1,246	526,778	423	620	626,779	1,011	1,866	1,153,557	618
Total	**19,343**	**6,644,945**	**344**	**13,104**	**8,057,356**	**615**	**32,447**	**14,702,302**	**453**

1/ El número de rentas vitalicias otorgadas por año se obtuvo considerando la fecha de resolución.
2/ Monto constitutivo.
Fuente: DF, IMSS.

periodo que se comenta fue de 169,757, lo cual generó un gasto de 81,287 millones de pesos corrientes, de los cuales 30,162 millones de pesos (37.1 por ciento) correspondieron a pensiones de invalidez y 51,126 millones de pesos (62.9 por ciento) a pensiones derivadas. Asimismo, se aprecia la drástica caída de los casos y de los montos entre los años 2003 y 2006.

A efecto de ver el comportamiento histórico de las rentas vitalicias del SRT y del SIV de manera conjunta y con MC actualizados a pesos de 2010 se presenta la gráfica D.4, en la que se observa el aumento sostenido de los casos y de los montos de 1997 a 2001, y su caída a partir de 2002.

D.3. Escenario base de la valuación actuarial

En este apartado se describen los cuatro elementos principales a partir de los cuales se elaboró el escenario base de las valuaciones actuariales del SRT y del SIV, que es el que se considera como el que más podría reflejar, con mayor probabilidad de ocurrencia, el comportamiento futuro de las principales variables que inciden en la situación financiera de los seguros en el corto y el largo plazos: 1) la población asegurada con derecho a las prestaciones económicas en cada seguro; 2) los beneficios valuados; 3) las hipótesis demográficas, financieras y bases biométricas, y 4) los criterios utilizados para la valuación.

D.3.1. Población asegurada

El número de asegurados que al 31 de diciembre de 2010 se encontraba vigente en el IMSS y expuesto a las contingencias cubiertas por el SRT y el SIV fue de 14’317,907 en el SRT y de 14’436,894 en el SIV.

En los dos seguros los trabajadores del IMSS representaban, a esa fecha, 3 por ciento de la población asegurada, mientras que los trabajadores de las empresas afiliadas constituían el restante 97 por ciento.

Cuadro D.2.
Evolución de las rentas vitalicias y de los montos constitutivos otorgados en el Seguro de Invalidez y Vida[1/]
(miles de pesos corrientes)

Año	Invalidez			Pensiones derivadas			Total		
	Casos	MC[2/]	MC promedio	Casos	MC[2/]	MC promedio	Casos	MC[2/]	MC promedio
1997	2,276	740,155	325	2,063	589,867	286	4,339	1,330,022	307
1998	10,581	3,799,531	359	10,189	3,082,365	303	20,770	6,881,895	331
1999	9,572	4,129,499	431	10,624	3,650,070	344	20,196	7,779,569	385
2000	10,691	4,957,735	464	11,876	4,437,416	374	22,567	9,395,151	416
2001	12,436	6,279,288	505	13,071	5,119,281	392	25,507	11,398,569	447
2002	4,245	2,286,116	539	8,903	3,853,913	433	13,148	6,140,028	467
2003	11	11,552	1,050	5,081	2,533,000	499	5,092	2,544,553	500
2004	25	25,794	1,032	5,185	2,670,559	515	5,210	2,696,354	518
2005	27	29,647	1,098	6,406	3,373,576	527	6,433	3,403,223	529
2006	51	50,699	994	7,148	3,849,361	539	7,199	3,900,060	542
2007	1,538	1,171,294	762	6,405	3,862,877	603	7,943	5,034,171	634
2008	2,811	2,048,042	729	6,522	4,189,878	642	9,333	6,237,920	668
2009	3,344	2,374,469	710	6,855	4,309,627	629	10,199	6,684,096	655
2010	3,755	2,258,001	601	8,066	5,603,910	695	11,821	7,861,911	665
Total	**61,363**	**30,161,821**	**492**	**108,394**	**51,125,701**	**472**	**169,757**	**81,287,522**	**479**

[1/] El número de rentas vitalicias otorgadas por año se obtuvo considerando la fecha de resolución.
[2/] Monto constitutivo.
Fuente: DF, IMSS.

En el cuadro D.3 se resumen los principales indicadores de ambas poblaciones, destacando lo siguiente: i) los asegurados trabajadores del IMSS tienen en promedio mayor antigüedad laboral y mayor edad que los trabajadores de las empresas afiliadas, y ii) considerando en forma conjunta a los trabajadores IMSS y no IMSS, se observa que los asegurados con derecho a elegir entre los beneficios de pensión de la Ley de 1973 y de la Ley de 1997 representan 49.3 por ciento de los totales, en tanto que los asegurados sin derecho a elección de régimen representan el restante 50.7 por ciento.

Dado que la valuación actuarial se realizó por sexo, la información del número de asegurados y de sus salarios de cotización también se procesó por sexo, observándose que: i) 36 por ciento de la población considerada son mujeres que registran una edad promedio de 35 años y un salario promedio diario de 218.6 pesos, equivalente a 3.8 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF), y ii) el restante 64 por ciento son hombres cuya edad es de 36 años en promedio y su salario promedio de cotización es de 257.6 pesos diarios, equivalente a 4.5 veces el SMGDF.

En la gráfica D.5 se muestra la distribución de los asegurados por grupo de edad y sexo.

D.3.2. Beneficios valuados

Las prestaciones en dinero de corto y largo plazos que se valúan en el SRT y el SIV se indican en el cuadro D.4.

En las valuaciones actuariales de los dos seguros, las prestaciones se valúan considerando el género del asegurado, lo que permite hacer una mejor estimación de las sumas aseguradas, ya que el monto constitutivo es diferente para cada sexo debido a que: i) la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres; ii) la composición familiar de los beneficiarios con derecho a las prestaciones económicas de la LSS es diferente para cada sexo, observándose que en la mayoría de las mujeres aseguradas sus cónyuges no tienen derecho a un beneficio por viudez, y iii) los salarios promedio de los hombres son más altos que los de las mujeres.

Gráfica D.4.
Casos y montos constitutivos de los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida[1/]
(cifras en millones de pesos de 2010)

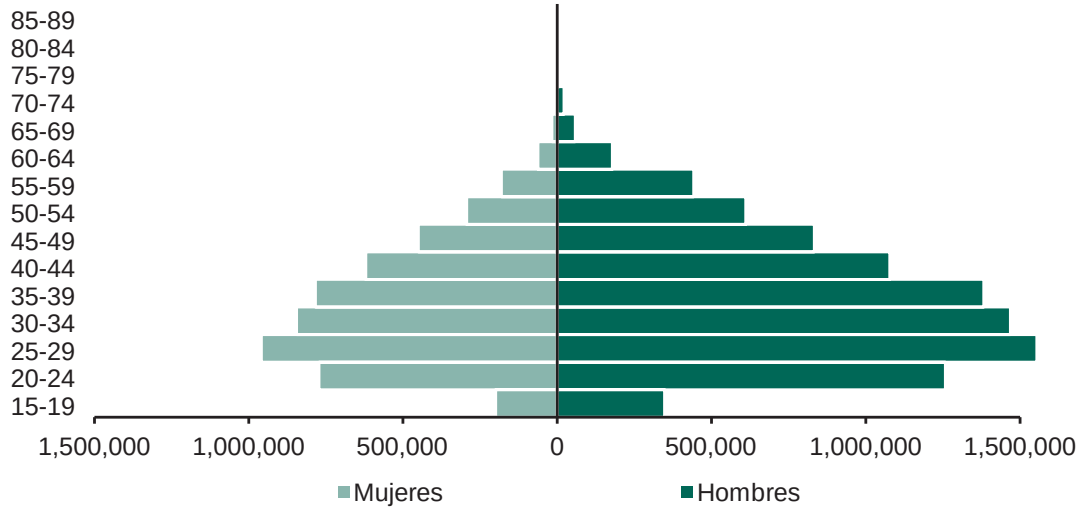
[1/] En 2004 no se incluye el impacto financiero al Artículo Décimo Cuarto Transitorio por un monto de 1,822 millones de pesos, debido a que la mayor parte de este monto, aunque se pagó en 2004, corresponde al incremento que con motivo de dicho artículo se aplicó a las rentas vitalicias otorgadas hasta 2003.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro D.3.
Principales indicadores de los trabajadores asegurados en el IMSS vigentes, al 31 de diciembre de 2010, considerados en las valuaciones actuariales de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida

Población asegurada vigente al 31 de diciembre de 2010	Seguro de Riesgos de Trabajo			Seguro de Invalidez y Vida		
	Número	Edad promedio	Antigüedad promedio[1/]	Número	Edad promedio	Antigüedad promedio[1/]
Generación en transición						
Trabajadores no IMSS	6,776,959	43.3	20.7	6,834,953	43.3	20.7
Trabajadores IMSS	283,446	44.5	21.4	283,446	44.5	21.4
Total	**7,060,405**	**43.3**	**20.8**	**7,118,399**	**43.3**	**20.8**
Generación bajo la Ley de 1997						
Trabajadores no IMSS	7,127,149	28.0	5.3	7,188,142	28.0	5.3
Trabajadores IMSS	130,353	29.4	5.9	130,353	29.4	5.9
Total	**7,257,502**	**28.0**	**5.3**	**7,318,495**	**28.0**	**5.3**
Generación en transición y bajo la Ley de 1997						
Trabajadores no IMSS	13,904,108	35.4	12.8	14,023,095	35.4	12.8
Trabajadores IMSS	413,799	39.8	16.5	413,799	39.8	16.5
Total	**14,317,907**	**35.6**	**12.9**	**14,436,894**	**35.6**	**12.9**

[1/] La antigüedad promedio de los trabajadores IMSS contempla la antigüedad como trabajador del Instituto más la que pudo haber acumulado antes de su ingreso al IMSS. La antigüedad adicional se incorpora bajo el supuesto de que se cotizó en promedio 92 por ciento del tiempo transcurrido entre la fecha de afiliación del trabajador al IMSS y la fecha en que éste ingresó a laborar en el Instituto.
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica D.5.
Distribución de los trabajadores asegurados valuados por grupo de edad y sexo, al 31 de diciembre de 2010



Fuente: DF, IMSS.

D.3.3. Bases biométricas e hipótesis demográficas y financieras

En las valuaciones actuariales del SRT y del SIV al 31 de diciembre de 2010 se emplearon las bases biométricas que se indican a continuación.

- Bases biométricas de salida de la actividad como asegurados: i) probabilidades para trabajadores no IMSS de que ocurra alguna de las contingencias que dan origen a una pensión directa: incapacidad permanente, invalidez, muerte del asegurado por riesgo de trabajo o enfermedad general, cesantía en edad avanzada y vejez. Estas probabilidades

Cuadro D.4.
Beneficios valuados en los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida

Seguro de Riesgos de Trabajo	Seguro de Invalidez y Vida
a) Prestaciones en dinero de largo plazo	
Pensiones por incapacidad permanente de carácter provisional y definitiva. Para las pensiones provisionales se estima el flujo de gasto anual. Para las definitivas se estima el gasto por sumas aseguradas derivadas de la renta vitalicia y para las pensiones con valoración igual a 100% se considera el pago del seguro de sobrevivencia.	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 del seguro de sobrevivencia. Además, se separa el gasto que le corresponde al IMSS de aquel que debe ser cubierto por el Gobierno Federal en aquellos casos en que la cuantía de la pensión sea inferior a la Pensión Garantizada, estando la diferencia a cargo del segundo, conforme lo señala la LSS en su Artículo 141.
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.	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.
La estimación del gasto de las 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.	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.
b) Prestaciones en dinero de corto plazo	
Subsidios por incapacidad; ayudas de gasto de funeral, e indemnizaciones globales y laudos. Para estas prestaciones se calcula el flujo de gasto anual.	
c) Prestaciones en especie	
Asistencia médica, quirúrgica, famaceutica, hospitalaria; aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación.	

Fuente: DF, IMSS.

se actualizaron en mayo de 2009 con información del periodo 1998-2008 de cada una de las incidencias antes mencionadas[180]. En el caso de las incapacidades permanentes se considera por separado la probabilidad de que al incapacitado se le otorgue una indemnización global (IG), y ii) probabilidades para trabajadores IMSS de que ocurra una contingencia por incapacidad permanente o invalidez.

- Bases biométricas de sobrevivencia de pensionados: probabilidades de permanencia de pensionados inválidos y no inválidos, utilizadas por las aseguradoras para la constitución del capital mínimo de garantía (CMG), establecidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) en la Circular S-22.2 emitida el 19 de noviembre de 2009, y que sirven de base para el cálculo de los MC. Estas probabilidades son:

a) Experiencia demográfica de mortalidad para inválidos 2009, conjunta para hombres y mujeres (EMSSI-IMSS 09).

b) Experiencia demográfica de mortalidad para activos 2009, separada para hombres y mujeres (EMSSAH-09 y EMSSAM-09), la cual se aplica a los componentes familiares de inválidos e incapacitados (esposa o hijos y padres), así como a los componentes familiares de asegurados fallecidos (viuda o huérfanos y ascendientes). Para estas probabilidades, la circular establece que deben ser proyectadas con factores de mejora para cada edad y año[181]. En la valuación actuarial la proyección de la mortalidad de activos con factores de mejora se hace hasta el año 2050.

Las hipótesis demográficas y financieras que se utilizaron en las valuaciones actuariales del SRT y del

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

[181] Los factores de mejora modifican en el tiempo las probabilidades de mortalidad de inválidos y no inválidos aprobadas por la CNSF en noviembre de 2009, ocasionando un aumento en la expectativa de vida de los pensionados.

SIV se muestran en el cuadro D.5, separadas para los trabajadores IMSS y para los trabajadores de empresas afiliadas (no IMSS).

En adición a las bases biométricas e hipótesis anteriormente señaladas, se emplean dos supuestos fundamentales para elaborar la valuación: 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 lapso mayor para tener derecho a una pensión por cesantía en edad avanzada o vejez y por consiguiente permanecerán por más tiempo expuestos al riesgo de incapacitarse o invalidarse.

D.3.4. Criterios

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, provisional (en el caso del SRT) o temporal (en el caso de SIV), así como el régimen bajo el cual serán otorgadas.

Para cada seguro se elabora un árbol de decisión, tomando como base los datos observados en el periodo 1998-2009 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 general[182].

Cuadro D.5.
Hipótesis demográficas y financieras de las valuaciones actuariales
(porcentajes)

Concepto	Trabajadores no IMSS	Trabajadores IMSS
Demográficas		
Incremento promedio de asegurados para un periodo de 50 años	0.54	0.50
Incremento promedio de asegurados para un periodo de 100 años	0.27	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 interés técnico para el cálculo de las anualidades[2/]	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 cobrada por las AFORE	1.46	

[1/] Para los trabajadores IMSS, en adición al incremento anual de salarios por revisión contractual (1 por ciento) 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.
[2/] La tasa de interés técnico promedio observada en el periodo de septiembre de 2009 a abril de 2010 fue de 3.7 por ciento. No obstante, dado que durante 2010 se publicaron tasas menores a la observada, se optó por considerar la tasa de 3.5 por ciento.
Fuente: DF, IMSS.

Otra consecuencia de la disminución del tiempo promedio de cotización es que el saldo en la cuenta individual tendrá una menor acumulación y, por tanto, aumentarán las obligaciones del Instituto por concepto de sumas aseguradas.

[182] Para elaborar los árboles de decisión se consideran como pensiones iniciales aquellas que empiezan a tramitarse en las jefaturas delegacionales de prestaciones económicas y sociales del IMSS a partir de la fecha en que los beneficiarios las solicitan, previo cumplimiento de los requisitos estipulados en la LSS. En el caso de las pensiones definitivas, únicamente se consideran como iniciales aquellas que no tienen antecedente de una pensión temporal o provisional. Cabe señalar que la información de pensiones iniciales correspondiente a 2010, no se tomó en cuenta para construir los árboles de decisión, debido a que cuando comenzaron a elaborarse las valuaciones actuariales del SRT y del SIV al 31 de diciembre de ese año, las pensiones iniciales todavía no estaban registradas en su totalidad, porque el sistema las incluye hasta el momento en que son pagadas, lo cual significa que algunas pensiones tramitadas en 2010 se van a incorporar para su pago durante 2011.

Cada árbol muestra de manera esquemática el otorgamiento de las pensiones iniciales bajo cada uno de los regímenes legales. Es decir, indica 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 temporales[183]. Para estas últimas también se puede observar el cambio de situación de las pensiones iniciales, de provisional o temporal a definitiva, 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 la información promedio observada en los últimos dos años del periodo y para el largo plazo la información promedio de todo el periodo 1998-2009. En los cuadros D.6 y D.7 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.

En el caso específico del SRT, 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 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 IG, desde la valuación al 31 de diciembre de 2008 se utiliza la 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 de pensión por invalidez o por incapacidad permanente establecidos en la LSS de 1973 se les otorga una pensión bajo ese régimen. Esto se debe a que la mayor parte de los trabajadores del Instituto acumulan un alto número de cotizaciones, las cuales se toman en cuenta en la LSS de 1973 para determinar el importe de la pensión de invalidez, cosa que no sucede bajo la LSS de 1997 en la que dicho monto depende de un porcentaje del salario promedio actualizado de las últimas 500 semanas de cotización, como se estipula en el Artículo 141 de dicha Ley[184]. Por lo que se refiere a las pensiones de incapacidad permanente, el criterio adoptado para no aplicar la elección de régimen a los trabajadores del IMSS se sustenta en el Artículo 59 de la LSS de 1997 en el que se establece que "*La pensión que se otorgue en el caso de incapacidad permanente total, será siempre superior a la que le correspondería al asegurado por invalidez, y comprenderá en todos los casos, las asignaciones familiares y la ayuda asistencial, así como cualquier otra prestación en dinero a que tenga derecho…*".

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 anteriormente[185].

[183] La estimación del gasto futuro de las pensiones provisionales y temporales, así como el gasto de las pensiones vigentes al 31 de diciembre de 2010, serán con cargo al SRT y al SIV, respectivamente.

[184] Artículo 141. "*La cuantía de la pensión por invalidez será igual a una cuantía básica del treinta y cinco por ciento del promedio de los salarios correspondientes a las últimas quinientas semanas de cotización anteriores al otorgamiento de la misma, o las que tuviere siempre que sean suficientes para ejercer el derecho, en los términos del artículo 122 de esta Ley, actualizadas conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor, más las asignaciones familiares y ayudas asistenciales*".

[185] 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 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.

Cuadro D.6.
Árbol de decisión del Seguro de Riesgos de Trabajo
(casos y porcentajes)

Pensiones iniciales	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 2008-2009	Periodo 1998-2009	Criterios adoptados para el corto plazo[1/]	Criterios adoptados para el largo plazo[2/]	Periodo 2008-2009	Periodo 1998-2009	Criterios adoptados para el corto plazo[1/]	Criterios adoptados para el largo plazo[2/]
Pensiones por incapacidad permanente								
Total de pensiones iniciales	14,504	126,438	100%	100%	4,462	13,630	100%	100%
Ley de 1973 (definitivas)	3,594	51,550	25%	41%	-	-	-	-
Ley de 1997	10,910	74,888	75%	59%	4,462	13,630	100%	100%
Pensiones definitivas	332	9,857	3%	13%	937	2,946	21%	22%
Pensiones provisionales	10,578	65,031	97%	87%	3,525	10,684	79%	78%
Ley de 1973	3,579	32,818	34%	50%	-	-	-	-
Ley de 1997	6,999	32,213	66%	50%	3,525	10,684	100%	100%
Pensiones por fallecimiento de asegurados	**1,368**	**13,407**	**100%**	**100%**	**780**	**3,943**	**100%**	**100%**
Ley de 1973	875	4,492	64%	34%	-	-	-	-
Ley de 1997	493	8,915	36%	66%	780	3,943	100%	100%

[1/] La aplicación de los criterios de corto plazo inicia a partir del primer año de proyección y gradualmente se ajusta 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 fija hasta el año 100 de proyección.
Fuente: DF, IMSS.

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 está 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.

Con el fin de utilizar en las valuaciones actuariales hipótesis conservadoras en la estimación del saldo acumulado en la 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, ya que cuentan con un crédito hipotecario[186]; sin embargo, dado que el acceso a los créditos de vivienda es cada vez mayor, se podría esperar que dicho porcentaje se incremente, situación que se contempla en uno de los escenarios de sensibilización que se describen en los Capítulos IV y V.

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

Cuadro D.7.
Árbol de decisión del Seguro de Invalidez y Vida
(casos y porcentajes)

Pensiones iniciales	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 2008-2009	Periodo 1998-2009	Criterios adoptados para el corto plazo[1/]	Criterios adoptados para el largo plazo[2/]	Periodo 2008-2009	Periodo 1998-2009	Criterios adoptados para el corto plazo[1/]	Criterios adoptados para el largo plazo[2/]
Pensiones por invalidez								
Total de pensiones iniciales	25,681	155,766	100%	100%	2,795	5,633	100%	100%
Ley de 1973 (definitivas)	9,844	28,793	38%	18%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	15,837	126,973	62%	82%	2,795	5,633	100%	100%
Pensiones definitivas	2,236	44,024	14%	35%	1,181	1,589	42%	28%
Pensiones provisionales	13,601	82,949	86%	65%	1,614	4,044	58%	72%
Ley de 1973	5,707	56,346	42%	68%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	7,894	26,603	58%	32%	1,614	4,044	100%	100%
Pensiones por fallecimiento de asegurados	**26,587**	**161,032**	**100%**	**100%**	**4,625**	**10,941**	**100%**	**100%**
Ley de 1973	17,128	74,638	64%	46%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	9,459	86,394	36%	54%	4,625	10,941	100%	100%

[1/] La aplicación de los criterios de corto plazo inicia a partir del primer año de proyección y gradualmente se ajusta 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 fija hasta el año 100 de proyección.
Fuente: DF, IMSS.

Anexo

E

Supuestos de la Valuación Actuarial de la Cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad

Este anexo tiene como finalidad servir de apoyo para una mejor comprensión de los diversos elementos involucrados en la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).

E.1. Supuestos demográficos

Para determinar el gasto futuro de la cobertura de GMP se consideran las siguientes poblaciones: i) la población pensionada por el IMSS a diciembre de 2010 que proviene de los trabajadores de empresas afiliadas al Instituto (trabajadores no IMSS) y de los trabajadores del propio Instituto (trabajadores IMSS), la cual se proyecta en el tiempo para determinar su evolución en el futuro, y ii) la población de los nuevos pensionados que se estima se generará en el futuro, proveniente de los trabajadores IMSS y no IMSS del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) y del Seguro de Invalidez y Vida (SIV), independientemente del régimen bajo el cual se lleguen a otorgar las pensiones.

Para estimar la sobrevivencia de los pensionados amparados por la cobertura de GMP, se utilizan las bases biométricas aplicadas por las compañías aseguradoras de fondos de pensiones para calcular el capital mínimo de garantía (CMG), mismas que fueron autorizadas el 19 de noviembre de 2009 por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para operar los seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social, y están publicadas en la circular S.22.2 de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Población valuada

La población pensionada de la que se parte para elaborar la valuación actuarial de la cobertura de GMP, proveniente de trabajadores no IMSS y trabajadores IMSS, ascendió a diciembre de 2010 a 3'056,434 pensionados, de los cuales 43.8 por ciento son mujeres con una edad promedio de 62.8 años, y 56.2 por ciento son hombres con una edad promedio de 65.1 años. En la gráfica E.1 se observa la distribución de esta población por grupo de edad y sexo.

De la gráfica se infiere que la población valuada registrará en pocos años un importante crecimiento absoluto y relativo a causa del cambio en los patrones demográficos y epidemiológicos del país, como se señaló en el Capítulo II de este Informe. Actualmente, los pensionados de 60 años y más representan 74.9 por ciento del total. En el caso de los pensionados no IMSS esta proporción es de 76.8 por ciento y en el de los pensionados IMSS es de 49.2 por ciento.

La presión que ejercerán los pensionados 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, mientras que en 1943, cuando se creó el IMSS, sobrevivían seis años en promedio.

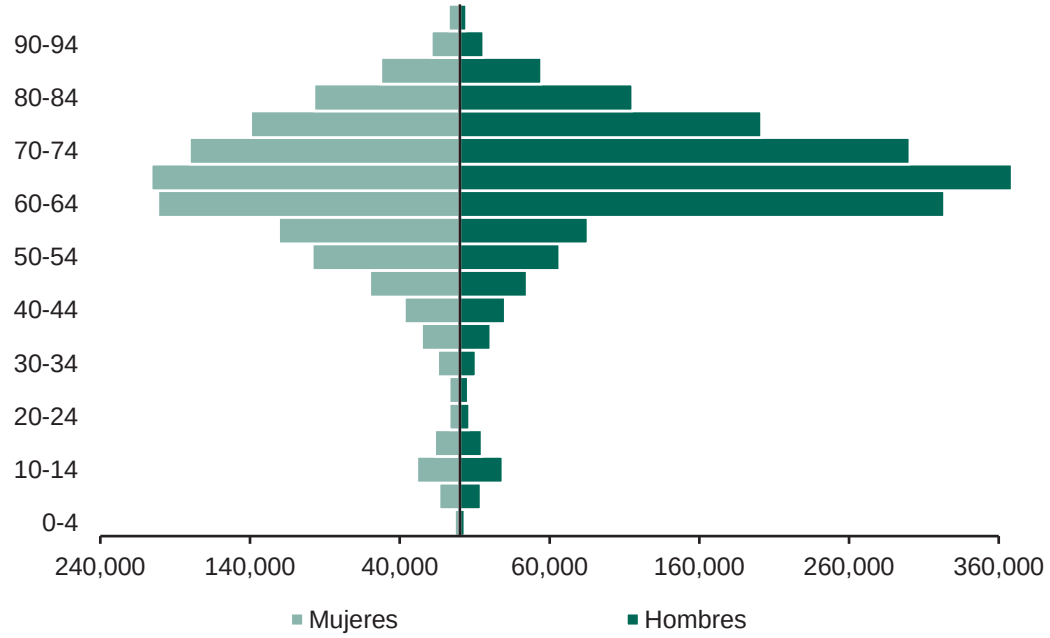
E.2. Supuestos financieros

Para calcular el gasto futuro de la cobertura de GMP se utilizan los costos unitarios diferenciados por grupos de edad, proyectados con el supuesto de que crecerán a una tasa constante de 2.5 por ciento anual en términos reales durante los 100 años de proyección.

La diferenciación de los costos médicos por edad le confiere a la valuación actuarial de la cobertura de GMP una mayor precisión al reflejar en los gastos del Instituto el impacto financiero del envejecimiento de la población. Los costos unitarios por edad que se utilizan como base para la valuación los estima el auditor actuarial externo del IMSS a partir de: i) el costo promedio general por pensionado que se obtiene de información del IMSS, dividiendo el gasto total de GMP registrado en la contabilidad institucional, entre el número de pensionados vigentes al término del año tanto de la Ley del Seguro Social (LSS) de 1973 como de la LSS de 1997 y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), y ii) de tabla de costos utilizada en el sector privado, con la que, a partir del costo promedio general por pensionado, se determinan los factores de costo de acuerdo con la edad de los pensionados. En el año 2010, el costo promedio general obtenido con la información del IMSS fue de 14,736 pesos anuales, cifra que resultó de dividir el gasto total de la cobertura de GMP que fue de 45,040 millones de pesos, entre 3'056,434 pensionados totales.

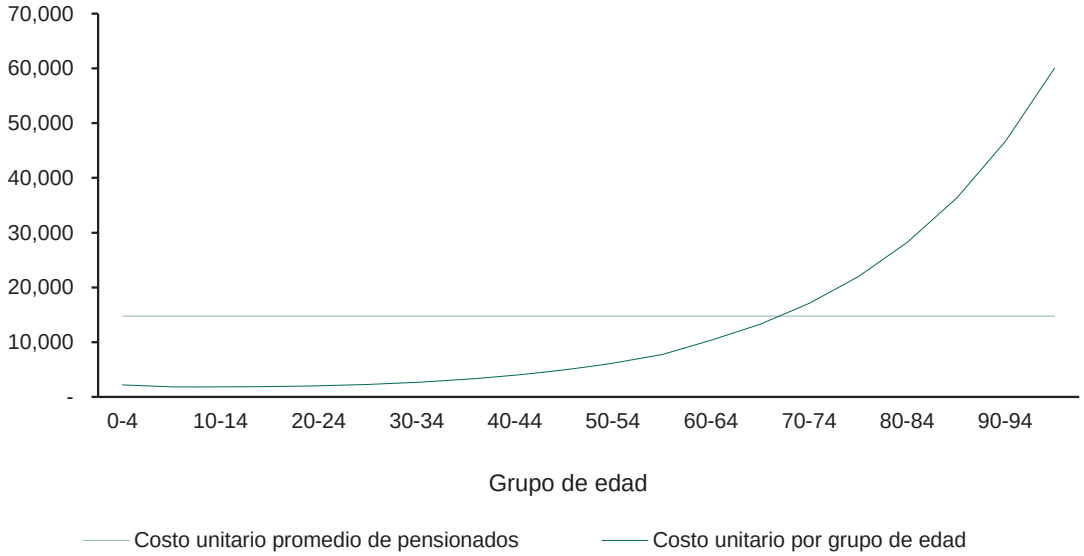
El cuadro E.1 muestra los costos diferenciados por edad que se utilizan en la valuación actuarial, junto con el agrupamiento de los pensionados vigentes al 31 de diciembre de 2010, mientras que en la gráfica E.2 se muestran los costos unitarios por edad, comparándolos con el costo promedio que se obtiene de la contabilidad institucional.

Gráfica E.1.
Distribución de los pensionados por el IMSS, por grupo de edad y sexo, al 31 de diciembre de 2010



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica E.2.
Costo médico general y por grupo de edad utilizado en la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
(costo anual en pesos de 2010)



Fuente: Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

Cuadro E.1.
Costo médico general y por grupo de edad utilizado en la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
(costo anual en pesos de 2010)

Grupo de edad	Pensionados vigentes	Costo unitario promedio
0 - 4	6,991	2,189
5 - 9	28,134	1,851
10 - 14	57,641	1,851
15 - 19	31,637	1,910
20 - 24	13,539	2,030
25 - 29	12,622	2,288
30 - 34	25,711	2,667
35 - 39	46,207	3,224
40 - 44	67,412	3,980
45 - 49	105,063	4,955
50 - 54	165,332	6,209
55 - 59	206,453	7,741
60 - 64	525,178	10,368
65 - 69	574,829	13,313
70 - 74	481,192	17,114
75 - 79	341,087	21,989
80 - 84	212,876	28,277
85 - 89	107,264	36,336
90 - 94	35,158	46,704
95 - 99	12,108	60,037
Total de pensionados	**3,056,434**	
Edad promedio	**64.075**	
Costo unitario promedio	**14,736**	

Fuente: DF, IMSS; Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

Anexo

F

Elementos Principales de las Reservas y del Fondo Laboral del Instituto

F.1. Elementos sobre el proceso integral de inversión

F.1.1. Proceso integral de inversión

En la Norma de Inversiones Financieras (NIF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se define el proceso integral de inversión como aquel conformado por políticas y estrategias de inversión; asignación estratégica de activos; implementación de las estrategias de inversión y asignación táctica de activos; control de las operaciones de inversión; administración de riesgos y evaluación del desempeño de las reservas y subcuentas del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral), así como de otros recursos financieros institucionales. En este proceso intervienen el H. Consejo Técnico (HCT), la Comisión de Inversiones Financieras (CIF) y la Unidad de Inversiones Financieras (UIF) del IMSS.

En primer lugar, de acuerdo con las facultades que le asigna la Ley del Seguro Social (LSS), es el HCT del Instituto el que define el régimen, los objetivos y políticas de la inversión de las reservas y el Fondo Laboral del IMSS, y recibe los informes sobre las operaciones de inversión, los rendimientos obtenidos y, en general, la situación de las reservas y el Fondo Laboral.

En segundo término, el Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del IMSS (Reglamento), emitido por el Ejecutivo Federal, establece que la CIF regula

el proceso integral de inversiones, pues tiene las facultades de proponer al HCT las políticas y directrices para esta inversión; analizar y dictaminar los montos a invertir y los intermediarios financieros a contratar; determinar las operaciones de inversión; evaluar y opinar sobre los criterios y lineamientos para la administración de los riesgos financieros, y supervisar el proceso integral, entre otras.

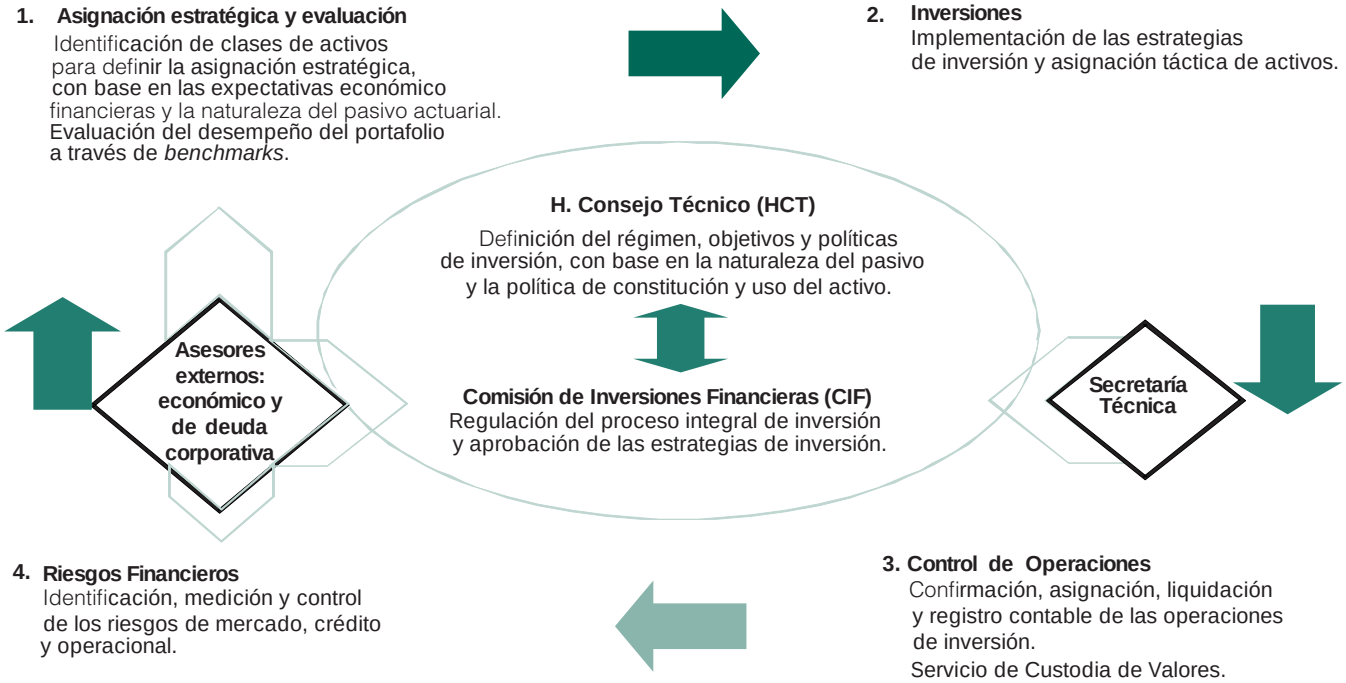
En tercer lugar, en lo operativo, la LSS establece que el Instituto deberá contar con una unidad administrativa, la UIF, que de manera especializada se encargará de la inversión de los recursos del IMSS y de atender los mecanismos para ello. La UIF realiza sus actividades organizándolas en etapas complementarias que involucran a sus coordinaciones integrantes, así como a la Coordinación de Riesgos y Evaluación (CRE). De acuerdo con lo anterior, considerando la estructura organizacional, el proceso integral de inversión se describe en la gráfica F.1.

Políticas

Las principales políticas establecidas en la propia Ley y en la NIF son que:

- La inversión de los recursos financieros institucionales debe hacerse bajo criterios de prudencia, seguridad, rendimiento, liquidez, diversificación de riesgo, transparencia y respeto a las sanas prácticas y usos del medio financiero nacional e internacional con instrumentos y valores de alta calidad crediticia.
- Se debe procurar una revelación plena de la información mediante dispositivos para difundirla al público en general de manera que, de forma periódica, oportuna y accesible, se dé a conocer la composición y situación financiera de las inversiones del Instituto, remitiéndose esta información trimestralmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), al Banco de

Gráfica F.1.
Proceso integral de inversión de las reservas y Fondo Laboral



Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

México (Banxico) y al Congreso de la Unión.

- La CIF 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 NIF.

Asignación estratégica de activos

La UIF propone a la CIF el establecimiento de la asignación estratégica de activos (AEA) para la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA), las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) y las subcuentas del Fondo Laboral considerando sus objetivos de creación, constitución y usos, así como la naturaleza de sus obligaciones, las políticas y estrategias de inversión autorizadas y las expectativas del comportamiento del mercado, a través de diversos escenarios. En cada caso se determinan los porcentajes que se propone asignar a las diferentes clases y subclases de activos de inversión.

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 alinea a lo considerado en los estudios actuariales y las proyecciones financieras del Instituto. En particular, la AEA debe procurar los activos y pasivos para la Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

Inversiones

La UIF 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 sistemas de captura de inversiones.

Las operaciones de inversión se llevan a cabo a través de sistemas telefónicos que garantizan la grabación de sus condiciones de cierre y, en las inversiones de corto plazo, además, mediante sistemas de posturas electrónicas, a fin de resguardar evidencia de las condiciones del mercado en el momento de la operación.

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 UIF establece –entre otros y de acuerdo con la normatividad aplicable– la verificación del cumplimiento de 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 protegen las inversiones del Instituto.

El registro contable de las inversiones se realiza de forma automática por medio del módulo de Inversiones Financieras del Sistema *Peoplesoft/Oracle* y el control se ejecuta por medio del análisis de las pólizas diarias y de los movimientos de las operaciones, lo que permite llevar a cabo un registro eficiente, ágil y transparente y un control interno de las operaciones de inversión, así como la elaboración de las conciliaciones de las cuentas contables de las reservas, del Fondo Laboral y de algunos recursos ajenos al Instituto administrados por éste.

Riesgos financieros

A través de la CRE se da seguimiento a los riesgos de mercado y de crédito de las inversiones institucionales mediante la utilización de metodologías apegadas

a las mejores prácticas en la materia. Esto permite controlar la posibilidad de variaciones abruptas del valor de mercado estimado de los activos financieros del IMSS.

- Riesgo de mercado. Se mide mediante el cálculo del valor en riesgo (VaR), utilizando 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 estimado de los portafolios de inversión. Asimismo, se analiza el cambio en el valor de mercado de las RFA, la RGFA y las Subcuentas del FCOLCLC considerando escenarios extremos en los factores de riesgo (pruebas de estrés) y su sensibilidad ante fluctuaciones en las tasas de interés.

- Riesgo de crédito. Se establece con el fin de controlar las pérdidas potenciales por la falta de cumplimiento del pago de los emisores de instrumentos de deuda corporativa de las RFA, la RGFA y el FCOLCLC. Para estimar el riesgo de crédito se considera la probabilidad de que en un periodo determinado el papel emitido migre de la calificación asignada hacia la calificación de incumplimiento. La CRE da seguimiento a la calificación crediticia de las emisiones de deuda corporativa en los portafolios institucionales y se apoya en la opinión de un asesor externo en la materia; igualmente, informa a la CIF cualquier cambio en el perfil de riesgo de crédito.

Evaluación del desempeño

La evaluación del desempeño de los portafolios tiene el objetivo de explicar variaciones en el valor estimado de mercado y el impacto de las decisiones de inversión; para ello la CIF ha aprobado portafolios de referencia, *benchmarks*, con los que la UIF compara el desempeño a valor de mercado de los portafolios estratégicos midiéndolo a través de indicadores estadísticos. Los *benchmarks* se definen de acuerdo con la naturaleza, objetivos y régimen de inversión de los portafolios y capturan las características y movimientos representativos de los diferentes mercados a fin de reflejar una medida de rendimiento que este conjunto de activos presenta durante un periodo determinado. Los indicadores de medición del desempeño se establecen para la evaluación de periodos de corto plazo y tienen el objetivo de explicar cambios en el desempeño originados por las decisiones estratégicas y tácticas de inversión y por variaciones en el comportamiento del mercado en dichos periodos.

F.1.2. Transparencia y rendición de cuentas

El Reglamento establece que la CIF debe sesionar al menos una vez a la semana y que previo a la Asamblea General del IMSS deberá haber una sesión especial de esta comisión para conocer y evaluar el estado que guardan las inversiones de las reservas, sus rendimientos, la exposición al riesgo, las estrategias y la situación financieras del Instituto. A esta sesión especial se debe convocar al Director General del IMSS, a un subsecretario de la Secretaría de la Función Pública (SFP), al Subsecretario de Egresos de la SHCP y al servidor público que designe el Secretario de Hacienda y Crédito Público, así como al Tesorero de la Federación y al Director Jurídico del Instituto.

Además, tal y como lo manda la LSS, la UIF y la CIF informan trimestralmente sobre la composición y situación financiera de las inversiones del Instituto a la SHCP, Banxico y el Congreso de la Unión. Adicionalmente, con base en lo marcado en el Reglamento, también se informa mensualmente al HCT sobre las operaciones financieras y los rendimientos alcanzados, así como sobre las actividades de la CIF. Por último, cada seis meses la UIF y la CIF informan al HCT sobre las reservas y el Fondo Laboral y la situación que guardan, atendiendo lo marcado en el Reglamento. Adicionalmente, una vez al año, en el mes de junio, el Instituto presenta el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación

financiera y los riesgos del IMSS, en el cual se incluye un reporte sobre las reservas financieras.

Todos los años, el proceso integral de las inversiones financieras del IMSS es auditado en varios aspectos por el Órgano Interno de Control (OIC) del Instituto, la Auditoría Superior de la Federación (ASF), el despacho auditor externo designado por la SFP y, en ocasiones, también recibe auditorías especiales ordenadas por diversos entes fiscalizadores.

Las auditorías revisan diversos elementos del proceso integral de inversión, como los estados financieros en general, la integración, registro y conciliación contable de las operaciones, las disponibilidades, que las inversiones se realicen con las mejores alternativas del mercado y que los productos que se obtengan se destinen exclusivamente a la reserva que los origina, entre otros. En la sección F.2.6 se reporta sobre las auditorías realizadas en 2010 y sus resultados.

F.1.3. Apego a mejores prácticas de inversión

El Instituto invariablemente procura la alineación del proceso integral de inversión a las mejores prácticas internacionales. En particular, entre los modelos a seguir en la implementación de mejoras en los años recientes se han considerado los “Lineamientos para la Inversión de los Fondos de Seguridad Social” (*Guidelines for the Investment of Social Security Funds*) de la Asociación Internacional de Seguridad Social (ISSA, por sus siglas en inglés) emitidos en septiembre de 2004 por un grupo de trabajo que estaba conformado por funcionarios de las organizaciones miembros de la ISSA que participaban directamente en la inversión de los fondos de la seguridad social, así como por expertos procedentes de instituciones que efectuaban inversiones similares y por otros de organizaciones internacionales.

En el cuadro F.1 se enuncian los lineamientos mencionados, así como la atención que el IMSS les ha dado.

Adicionalmente, también se han tomado en cuenta los “Lineamientos para la Administración de Fondos de Pensiones” (*Guidelines on Pension Fund Asset Management*) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de junio de 2009, los cuales aplican a los individuos o entidades responsables de la administración de activos de fondos de pensiones.

Además, se debe mencionar que, a partir de enero de 2010, la CRE, encargada operativamente de la administración de los riesgos financieros, fue desincorporada de la UIF, con el objetivo de mantener principios de autonomía en su gestión.

Cuadro F.1.
Lineamientos para la inversión de fondos de seguridad social

	Lineamiento ISSA	Situación IMSS
Estructura de gobierno	Clara identificación y asignación de responsabilidades y funciones	Responsabilidades del HCT, CIF y UIF están definidas en la LSS y en el Reglamento; al interior de la UIF para cada área se establecen en el manual de organización.
	Cuerpo de gobierno con autoridad para asegurar que se cumpla el mandato del esquema	Las facultades de regulación, supervisión y decisión del HCT y de la CIF están claramente definidas en la LSS y en el Reglamento.
	Comité de inversiones y entidad encargada del proceso de inversiones	CIF establecida con funciones de regulación del proceso de inversiones; la UIF es la unidad que la LSS designa como especializada en llevar a cabo el proceso de inversiones.
	Rendición de cuentas	Informes regulares al HCT, la SHCP, Banxico y el Congreso de la Unión; los informes se publican en la página de Internet del IMSS; auditorías regulares.
	Idoneidad de los miembros del cuerpo de gobierno y de la entidad encargada de inversiones	En el HCT y en la CIF participan miembros de los sectores obrero, patronal y gubernamental. El Reglamento establece requisitos de experiencia y conocimiento para el presidente de la CIF y el titular de la UIF.
	Asesoría de expertos	La CIF recibe semanalmente un informe de un reconocido asesor económico y financiero, y también recibe regularmente reportes de un analista de crédito, ambos externos y contratados para este propósito; adicionalmente, los auditores externos actuarial y financiero del IMSS son invitados permanentes de la CIF.
	Auditoría independiente	El auditor externo de los estados financieros es designado por la SFP, y se atienden todos los años auditorías de la ASF y del OIC del IMSS.
	Evaluación actuarial de la situación financiera de los seguros y sus reservas	Es realizada anualmente por otra área del IMSS (servicios actuariales) y auditada por un perito externo certificado; adicionalmente el IMSS ha recibido evaluaciones actuariales y financieras del Departamento Actuarial del Gobierno (GAD, por sus siglas en inglés) del Reino Unido.
	Servicio de custodia de valores	Se tiene contratado el servicio con institución líder del sistema bancario; de acuerdo con la NIF, el servicio se revisa cada año.
Mecanismos de gobierno	Sistema de control que asegure el cumplimiento de funciones y responsabilidades	La evaluación del desempeño forma parte del proceso integral de inversiones; el sistema contable es el PREI *Millenium de Peoplesoft/Oracle*; las operaciones de inversión se pactan a través de torretas financieras en las que se graban todas las conversaciones; las operaciones de corto plazo, además, se realizan a través de sistemas públicos de posturas electrónicas; hay un proceso formal de confirmación de las operaciones pactadas; también se evalúa y administra el riesgo financiero diariamente; se toman en cuenta las opiniones de los invitados permanentes a la CIF, así como las de los asesores externos contratados.
	Reportes internos entre órganos de gobierno, encargados de inversión y otras entidades involucradas	La UIF presenta a la CIF todas las semanas un informe del proceso integral de inversión (inversiones, control de operaciones, riesgos financieros y límites, asignación estratégica y evaluación del desempeño) y la CIF a su vez informa mensualmente al HCT; al interior de la UIF, todas las áreas operativas comentan el contenido completo del informe los lunes y martes de cada semana.
	Información pública a las partes involucradas	Se informa regularmente al HCT (tripartita), la SHCP, Banxico y el Congreso de la Unión; los informes se publican en la página de Internet del IMSS.
	Acceso a estatutos de reparación a beneficiarios	La parte individualizada por beneficio del sistema es manejada por las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) y la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) contempla casos de reparación.
Proceso de inversión	Objetivos de seguridad y rendimiento, y su adecuado balance	Están establecidos en la LSS; el Reglamento y la NIF establecen la forma de atenderlos.
	Enfoque integral que tome en cuenta al sistema financiero	El Reglamento se aprueba mediante decreto presidencial, tomando en cuenta la opinión del HCT y de la SHCP.
	Debe haber una política y una estrategia de inversión	Ambas se establecen en la NIF; la política surge de la LSS y la estrategia se autoriza por la CIF anualmente o cuando cambian los supuestos económicos o las políticas de usos de las reservas y del Fondo Laboral.
	Esquema de restricciones de inversión	Las restricciones de plazos, calificaciones crediticias, montos por emisor, emisión, sector económico, contraparte y otros se establecen en el régimen de inversión estipulado en la NIF.
	Principios de prudencia	Los mismos se encuentran reflejados en el régimen de inversión que establece la NIF.
	Valuación de activos de acuerdo con principios de contabilidad generalmente aceptados y revelación de resultados bajo reglas alternativas	IMSS valúa activos a vencimiento; de acuerdo con la NIF, cada tres meses la UIF presenta a la CIF y al HCT un comparativo contra valor estimado de mercado.
	Análisis del desempeño	Se presenta semanalmente a la CIF y se incluyen en los informes al HCT y a otras instancias; de acuerdo con la NIF, se basa en el enfoque de portafolio a valor de mercado; la evaluación a valor de mercado se hace contra *benchmarks*, y a valor contable (a vencimiento) contra las tasas de descuento de los estudios actuariales.

Fuente: ISSA (2004); DF, IMSS.

F.2. La inversión de las reservas a partir de la crisis financiera de 2008-2009

F.2.1. Medidas prudenciales adoptadas

A partir de 2007, la economía de Estados Unidos comenzó a dar señales de una crisis en el sector hipotecario y de posibles consecuencias en las instituciones financieras. En virtud de lo anterior, la CIF tomó la decisión de implementar medidas que atenuaran en lo posible el efecto de este evento en los portafolios de inversión institucionales. Inicialmente se solicitó al asesor externo de deuda corporativa un análisis del portafolio institucional, en el que se detectaron problemas por el incremento en la cartera vencida de algunas instituciones que financiaban el sector de la vivienda en México, lo que dio como resultado que la CIF acordara reducir en forma gradual las posiciones que los portafolios institucionales mantenían en este sector, así como evitar inversiones en el sector hipotecario a corto plazo a excepción de Hipotecaria Comercial América e Hipotecaria Su Casita.

Adicionalmente, en abril de 2008 se decidió suspender totalmente las inversiones en instituciones financieras internacionales, ya que algunas mostraban deterioro en sus activos precisamente por una excesiva exposición al sector hipotecario.

En julio de 2008 la CIF acordó tomar las siguientes medidas prudenciales dirigidas a acotar el riesgo de crédito relacionado con las inversiones en deuda corporativa, así como a actuar con mayor cautela en las emisiones bancarias evitando la concentración por emisor:

- Se fijó un límite en la inversión con contrapartes bancarias locales de acuerdo con su nivel de captación en el mercado: no podrán exceder lo que resulte menor entre 10 por ciento del monto de su captación y 4,000 millones de pesos.
- El límite para la inversión en contrapartes bancarias extranjeras de acuerdo con su capital contable se estableció en lo que resulte menor entre 0.25 por ciento del monto de su capital contable y 4,000 millones de pesos.
- El límite para la inversión en casas de bolsa nacionales se fijó en lo que resulte menor entre 30 por ciento de su capital contable y 2,000 millones de pesos; para casas de bolsa extranjeras el límite fue lo que resulte menor entre 0.125 por ciento de su capital contable y 2,000 millones de pesos.
- Se establecieron condiciones en las operaciones de reporto relativos a los títulos objeto del reporto y se estableció un límite de plazo máximo de 180 días.
- Se eleva la calificación crediticia mínima de deuda corporativa en escala local de BBB a A[187], considerando la distribución del mercado y el plazo de las emisiones; adicionalmente se solicita que la calificación sea emitida por al menos dos agencias calificadoras en lugar de una sola.
- Se sustituye el límite anterior de 30 por ciento del total del programa de emisión por un límite de acuerdo con el plazo de 85 por ciento de la colocación en el corto plazo y de 35 por ciento en el largo plazo.
- Se establece un límite máximo de 20 años como plazo máximo a vencimiento de las inversiones en instrumentos de deuda no gubernamental.
- Se establece normativamente la "política de análisis legal de prospectos de inversión", revisando detalladamente las condiciones de las emisiones, tanto bursátiles como fiduciarias, para asegurar el cumplimiento de la normatividad y de las medidas prudenciales adoptadas.

Las medidas prudenciales relativas a deuda corporativa se han modificado ajustándose a la situación actual y han sido incorporadas como límites de inversión en la NIF.

[187] BBB: la deuda tiene una adecuada capacidad de pago, tanto de intereses como de principal; normalmente contempla parámetros de protección adecuados, pero condiciones económicas adversas o cambios circunstanciales que podrían llevar a un debilitamiento en la capacidad de pago. A: la deuda tiene una fuerte capacidad de pago, tanto de intereses como de principal, aun cuando es más susceptible a efectos adversos por cambios circunstanciales o de las condiciones de la economía. Ver también cuadro F.5.

F.2.2. Posición institucional en el sector corporativo

Inversiones en el sector hipotecario al momento de la crisis y posición al cierre de 2010

La NIF especifica el límite de 25 por ciento de cada uno de los portafolios para inversiones en instrumentos de deuda corporativa.

Como se mencionó anteriormente, como parte de las medidas prudenciales, la CIF estableció la reducción de la exposición al sector corporativo y especialmente en empresas dedicadas al financiamiento a la vivienda, estableciendo un sublímite de 7.5 por ciento en emisiones de este tipo.

Tal y como se aprecia en el cuadro F.2, al cierre de 2010 la exposición al sector hipotecario se había reducido en 3,393.8 millones de pesos con respecto a octubre de 2007, lo que representa 43.7 por ciento de la posición original; por otra parte, en 2011 se han presentado amortizaciones anticipadas de Hipotecaria Su Casita y de Crédito Inmobiliario por un total de 241.2 millones de pesos adicionales.

Cuadro F.2.
Montos invertidos en deuda del sector hipotecario
(millones de pesos)

Emisora	Oct-07	Oct-08	2009	2010
Bancomer	-	434.0	353.4	288.4
Cinmobi	1,045.9	895.0	895.0	895.0
Crédito y Casa	537.0	137.5	109.4	64.2
Fincasa	250.0	100.0	-	-
Gmac Financiera	1,693.5	820.0	200.0	200.0
Gmac Hipotecaria	881.8	280.0	100.0	100.0
HICOAM	342.2	774.7	427.8	427.8
HSBC	-	45.4	38.3	32.3
Infonavit	201.1	669.9	600.1	528.4
Metrofinanciera	1,607.8	960.0	460.0	996.7
Patrimonio	200.0	100.0	100.0	-
Scotiabank	-	92.2	77.5	65.4
Su Casita	1,008.8	850.9	850.7	776.1
Total	**7,768.0**	**6,159.4**	**4,212.1**	**4,374.2**

Fuente: DF, IMSS.

Las inversiones en el sector hipotecario se han realizado a través de tres esquemas, los cuales representan diferentes niveles de riesgo: i) emisiones de deuda quirografaria, que consisten en instrumentos sin una garantía específica; ii) bursatilizaciones de derechos de crédito a desarrolladores, en las que la empresa cede a un fideicomiso una canasta de créditos a desarrolladores inmobiliarios que forman el patrimonio del fideicomiso, el cual emite certificados bursátiles que se colocan entre los inversionistas y que están garantizados por el patrimonio del fideicomiso, y iii) bursatilizaciones de créditos individuales (bonos respaldados por hipotecas o Borhis), en las que la empresa cede a un fideicomiso una canasta de créditos individuales a la vivienda que forman el patrimonio del fideicomiso, el cual a su vez emite certificados bursátiles que se colocan entre el público inversionista y que están garantizados por el patrimonio del fideicomiso.

La distribución de este tipo de inversiones y su evolución de 2008 a 2010 se detalla en el cuadro F.3.

Inversiones en otros sectores corporativos al momento de la crisis y posición al cierre de 2010

Adicionalmente a las medidas prudenciales relativas al sector hipotecario, la CIF determinó que se detuvieran las inversiones en las emisiones del sector corporativo en general, permitiendo únicamente que se continuara invirtiendo en deuda emitida por empresas paraestatales como Petróleos Mexicanos (PEMEX) y la Comisión Federal de Electricidad (CFE), con autorización previa de la CIF. La posición de las inversiones en estos sectores corporativos ha evolucionado de 2008 a 2010 como se muestra en el cuadro F.4.

Cuadro F.3.
Montos invertidos por tipo de deuda del sector hipotecario
(millones de pesos)

Tipo de deuda/Emisor	2008	Porcentaje de participación sobre portafolio total	2010	Porcentaje de participación sobre portafolio total
Deuda directa				
Hipotecaria Comercial América	627.9	0.5	427.8	0.3
Crédito Inmobiliario	745.0	0.6	745.0	0.5
Patrimonio	100.0	0.1	-	-
Hipotecaria Su Casita	300.0	0.2	300.0	0.2
Gmac Financiera	820.0	0.6	200.0	0.1
Gmac Hipotecaria	280.0	0.2	100.0	0.1
Fincasa	100.0	0.1	-	-
Metrofinanciera	500.0	0.4	293.2	0.2
Subtotal	3,472.8	2.6	2,065.9	1.5
Bursatilizaciones de derechos de crédito a desarrolladores				
Crédito Inmobiliario	150.0	0.1	150.0	0.1
Hipotecaria Su Casita	250.0	0.2	250.0	0.2
Crédito y Casa	102.2	0.1	28.9	0.0
Metrofinanciera	460.0	0.3	428.5	0.3
Subtotal	962.2	0.7	857.4	0.6
Bursatilizaciones de hipotecas individuales				
Bancomer	426.8	0.3	288.4	0.2
HSBC	44.6	0.0	32.3	0.0
Infonavit	669.9	0.5	528.4	0.4
Scotiabank	90.0	0.1	65.4	0.0
Hipotecaria Su Casita	300.8	0.2	226.1	0.2
Crédito y Casa	35.4	0.0	35.3	0.0
Subtotal	1,567.4	1.2	1,175.9	0.9
Mercado accionario				
Metrofinanciera	-	-	275.1	0.2
Total	**6,002.4**	**4.5**	**4,374.2**	**3.2**
Portafolio total	**133,197.6**		**136,274.7**	

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro F.4.
Montos invertidos en deuda del sector corporativo no hipotecario
(millones de pesos)

Emisor	2008	Porcentaje de participación sobre portafolio total	2010	Porcentaje de participación sobre portafolio total
AMX	1,290.9	1.0	1,242.5	0.9
ARMEC	242.5	0.2	-	-
Cemex	2,758.0	2.1	2,149.9	1.6
CFE	164.6	0.1	615.6	0.5
CIE	79.2	0.1	-	-
Comerci	215.1	0.2	33.7	0.0
Estado de Michoacán	98.9	0.1	96.8	0.1
FEMSA	907.7	0.7	907.7	0.7
Ferromex	374.6	0.3	374.6	0.3
Fonacot	762.5	0.6	251.8	0.2
Ford	100.5	0.1	-	-
GE Capital	129.8	0.1	-	-
GFamsa	50.0	0.0	-	-
Kimberly	300.0	0.2	300.0	0.2
KOF	90.1	0.1	90.1	0.1
Liverpool	469.5	0.4	469.5	0.3
Navistar	483.3	0.4	-	-
NRF	549.3	0.4	-	-
Pemex	-	-	1,871.0	1.4
Sigma	471.3	0.4	471.3	0.3
Televisa	331.5	0.2	331.5	0.2
Telfim	1,378.4	1.0	23.9	0.0
Telmex	718.8	0.5	718.8	0.5
Tiendas Comercial Mexicana	-	-	189.5	0.1
Toyota	325.0	0.2	325.0	0.2
VW	239.3	0.2	-	-
VW Lease	450.0	0.3	450.0	0.3
Xignux	252.8	0.2	252.8	0.2
Total	**13,233.2**	**9.9**	**11,165.8**	**8.2**
Portafolio total	**133,197.6**		**136,274.7**	

Fuente: DF, IMSS.

Desde 2008 la posición en emisiones corporativas distintas al sector hipotecario se ha reducido en 2,067.4 millones de pesos, lo que representa un decremento de casi 16 por ciento. La caída sería incluso mayor, superior a 30 por ciento, si no se contabilizaran las nuevas inversiones realizadas en Pemex y la CFE durante el periodo reportado en el cuadro F.4.

Es importante mencionar que en enero de 2011 se realizó el vencimiento anticipado de dos emisiones de Cemex, por un total de 2,000 millones de pesos, así como un vencimiento por 400 millones de pesos de VW Leasing, con lo que la exposición al sector corporativo se reduce en total 6,388 millones de pesos, es decir, casi 50 por ciento del saldo de 2008.

F.2.3. Reestructura de las inversiones en emisiones corporativas

En 2008 el Instituto mantenía dentro de sus portafolios de inversión emisiones de deuda de las empresas Metrofinanciera y Comercial Mexicana. La primera, ante un difícil escenario en el sector hipotecario que elevó en forma importante sus niveles de cartera vencida, aunado a un desvío de fondos que debían ser depositados en los fideicomisos y que fueron usados para incrementar su banco de tierras, enfrentó un deterioro financiero hasta llegar a presentar problemas de liquidez que no le permitieron cumplir con los compromisos de pago de su deuda. Después de diversas negociaciones, la asamblea de tenedores de deuda de Metrofinanciera decidió aceptar la propuesta de reestructura de la empresa, la cual consistió en intercambiar la deuda por bonos de largo plazo y acciones de la empresa. El 11 de agosto de 2009 el HCT, mediante acuerdo ACDO. AS3.HCT.110809/171, autorizó la participación del Instituto en el plan de reestructura de Metrofinanciera mediante un mecanismo de implementación a través de concurso mercantil con plan de reestructura previo, de acuerdo con la Ley de Concursos Mercantiles. Dicho planteamiento consideró el apoyo financiero de la Sociedad Hipotecaria Federal.

El 30 de julio de 2010 se realizó la reestructura de la posición METROFI 00509, por un monto de 500 millones de pesos, mediante un intercambio de 100 por ciento de los títulos por 49 por ciento de acciones nominativas de la empresa, 34 por ciento por certificados bursátiles subordinados a plazo de 10 años con una tasa de interés fija de 4 por ciento, y 17 por ciento por certificados bursátiles no subordinados a 10 años con una tasa de interés revisable de Tasa de Interés Interbancario de Equilibrio (TIIE) 90 más 100 puntos básicos.

En el caso de Comercial Mexicana el Instituto mantenía dos posiciones, una en un certificado bursátil quirografario a plazo de 180 días, por 181.4 millones de pesos, y una segunda posición por 33.7 millones de pesos en bonos emitidos en Estados Unidos (eurobonos), con vencimiento en 2027.

En octubre de 2008, Controladora Comercial Mexicana dio a conocer súbitamente un importante adeudo como consecuencia de la depreciación del peso con respecto al dólar, ya que su Tesorería mantenía importantes posiciones en productos derivados, situación que causó el incumplimiento del pago de sus vencimientos de deuda. El 13 de agosto de 2009 presentó un plan de reestructura a los tenedores de certificados bursátiles quirografarios, que consistía en un intercambio de 100 por ciento de la deuda por una emisión de Tiendas Comercial Mexicana, a plazo de siete años, con amortizaciones de capital a partir de 2012 y una tasa de interés revisable mensualmente igual a TIIE de 28 días. El HCT aprobó el 30 de septiembre de 2009 la participación del Instituto en la reestructura propuesta mediante acuerdo ACDO.AS3. HCT.260809/177.R.DF.

El 4 de mayo de 2010 se efectuó el intercambio de 100 por ciento de los títulos emitidos por Controladora Comercial Mexicana, equivalentes a 181.4 millones de pesos por títulos emitidos por Tiendas Comercial Mexicana, por 189.4 millones de pesos, importe que incluyó los intereses no pagados, con las condiciones mencionadas en la propuesta de reestructura.

Con relación a la inversión por 33.7 millones de pesos en un bono emitido en el extranjero, Comercial Mexicana propuso a los tenedores el intercambio de cada 100 títulos de esta deuda por 63.7 títulos en un bono emitido por Controladora Comercial Mexicana a ocho años con amortización al vencimiento, garantía real y una tasa de rendimiento de 9.25 por ciento pagadera semestralmente y, adicionalmente, pagar en efectivo al momento del intercambio de deuda, una prima en efectivo de 100 puntos básicos del adeudo original, con lo que la recuperación total sería de 64.7 por ciento.

El HCT autorizó al Instituto, el 10 de junio de 2010, mediante acuerdo ACDO.SA3. HCT.100610/126.R.DF, participar en esta reestructuración, misma que se llevó a cabo en las condiciones mencionadas el 17 de enero de 2011.

F.2.4. Riesgos actuales de las inversiones en el sector hipotecario

Durante los últimos años el sector hipotecario experimentó un importante deterioro en su actividad, como consecuencia principalmente de los mayores niveles de desempleo en el país, lo que lo ha llevado a un fuerte incremento en sus carteras vencidas, incrementando el riesgo de crédito para este sector.

Como se mencionó anteriormente, el Instituto mantenía una posición en el sector hipotecario al cierre de 2010 de 4,374 millones de pesos, invertidos en instrumentos que representan diferentes tipos de riesgo: i) los bonos respaldados por hipotecas (Borhis), los cuales son los instrumentos más sólidos del sector y dado el plazo, la diversificación de sus activos y la garantía del fideicomiso no representan un riesgo importante, teniéndose en este grupo una posición de 1,176 millones de pesos; ii) bursatilizaciones de derechos de crédito a desarrolladores (créditos puente), en el cual se mantienen inversiones por 857 millones de pesos y cuyo riesgo de crédito se puede considerar como mediano, ya que si bien presenta un alto índice de cartera vencida que podría dificultar los pagos, todas las emisiones son efectuadas por un fideicomiso, con una serie de activos que representan la garantía en caso de un incumplimiento en el pago, y iii) se mantienen inversiones en certificados bursátiles quirografarios, los cuales no presentan una garantía específica y el pago depende totalmente de la empresa hipotecaria emisora. En este último grupo se mantienen inversiones por 2,066 millones de pesos, diversificados en ocho empresas, de las cuales dos, Hipotecaria Su Casita y Metrofinanciera, representan un riesgo de incumplimiento.

Adicionalmente, se tiene invertidos en emisiones de Metrofinanciera, 500 millones de pesos y en emisiones de Hipotecaria Su Casita 300 millones de pesos. En el caso de Metrofinanciera la deuda fue reestructurada a 10 años, por lo que actualmente se le da un estrecho seguimiento al desempeño de la empresa. En el caso de Hipotecaria Su Casita al momento de la elaboración de este Informe se tiene conocimiento de importantes problemas financieros. Hasta el 31 de diciembre de 2010 había pagado en forma los intereses pero se esperaba que para 2011 no continuaría haciéndolo, por tanto, propondrá un plan de reestructura de su deuda.

Adicionalmente a las anteriores emisiones, se mantienen posiciones en otras empresas con problemas financieros, como es la hipotecaria Crédito y Casa, en la cual el Instituto originalmente tenía una posición de bursatilización de créditos puente por 100 millones de pesos, que, no obstante los problemas financieros de la empresa, ha ido pagando mensualmente amortizaciones de capital, cerrando el 2010 con un saldo de únicamente 29 millones de pesos. Asimismo, se tiene una inversión en Borhis con vencimiento en 2037.

En el cuadro F.5 se presentan las emisiones con un riesgo de crédito potencialmente más elevado.

Cuadro F.5.
Inversiones en el sector hipotecario con mayores niveles de riesgo de crédito
(al cierre de 2010)

Emisor	Calificación[1/]	Reserva	Inversión (mdp)[2/]	Cartera Vencida[3/]
Mayor probabilidad de pago				**8.0%**
Crédito y Casa	CCC+	RFA	35.26	0.8%
Gmac Financiera	CC	RJPS1[4/]	200	4.8%
Gmac Hipotecaria	CC	RJPS1	100	2.4%
Probabilidad de pago mayor plazo				**15.3%**
Su Casita	BBB+	RJPS1	196.97	4.7%
Metrofinanciera	S/C	RJPS1	96.41	2.3%
Metrofinanciera	S/C	RFA	96.41	2.3%
Metrofinanciera	S/C	RJPS1	48.45	1.2%
Metrofinanciera	S/C	RFA	48.45	1.2%
Crédito Inmobiliario	BB-	RFA	150	3.6%
Menor probabilidad de pago				**20.2%**
Su Casita	D	RFA	40.69	1.0%
Crédito y Casa	D	RFA	40.62	1.0%
Metrofinanciera	C	RJPS1	410	9.8%
Metrofinanciera	C	RJPS1	50	1.2%
Su Casita	D	RFA	300	7.2%
Total			**1,813.26**	**43.5%**

[1/] Las calificaciones de largo plazo se clasifican en 22 categorías que toman valores de AAA a D señalando con AAA "capacidad de pago, de capital e interés, sustancialmente fuerte" y con D "emisiones de deuda que han incurrido en incumplimiento de pagos de intereses o de principal".
Las calificaciones que aparecen en este cuadro tiene las siguientes definiciones empezando con la más alta: BBB+ y BBB-: la deuda tiene una adecuada capacidad de pago, tanto de intereses como de principal, normalmente contempla parámetros de protección adecuados, pero condiciones económicas adversas o cambios circunstanciales que podrían llevar a un debilitamiento en la capacidad de pago, BB-: la deuda tiene la menor vulnerabilidad de incurrir en incumplimiento de pagos en el corto plazo que cualquiera de las categorías inferiores, sin embargo, enfrenta mayor incertidumbre o exposición de riesgo a circunstancias adversas financieras, del negocio o de la economía, CCC+: la deuda contempla una identificada posibilidad de incumplimiento de pago y depende de condiciones favorables, tanto del negocio, como de la economía, para poder cumplir con sus compromisos, CC y C: la deuda indica una alta susceptibilidad de no ser pagada, S/C: sin calificación.
[2/] Millones de pesos.
[3/] Cartera de créditos vencida entre cartera de créditos total.
[4/] Subcuenta 1 del Fondo Laboral.
Fuente: DF, IMSS.

F.2.5. Una perspectiva sobre los resultados de la inversión en el sector corporativo

Si bien hasta diciembre de 2010 se habían presentado incumplimientos de los emisores Metrofinanciera y Comercial Mexicana, en lo global las inversiones en deuda corporativa han pagado importantes rendimientos al IMSS.

En el cuadro F.6 se aprecia que las inversiones en el sector corporativo no hipotecario han generado productos financieros por 3,554.3 millones de pesos, lo que representa una tasa de interés de 8.3 por ciento en promedio. Si estos recursos se hubieran invertido en instrumentos gubernamentales (Cetes de 28 días), la tasa de rendimiento hubiera sido de 6.2 por ciento, con lo que se hubieran generado 2,775.6 millones de pesos; es decir, 778.7 millones de pesos menos que los obtenidos a la fecha mediante inversiones en el sector corporativo.

Nótese que, incluso con su incumplimiento y posterior reestructuración, Comercial Mexicana ha pagado en total 31.8 millones de pesos al IMSS por las inversiones hechas en la deuda de este emisor[188].

[188] Es el total de Comerci (17.8 millones de pesos) y Tiendas Comercial Mexicana (14 millones de pesos).

Cuadro F.6.
Intereses obtenidos por las inversiones en el sector corporativo por emisor

Emisor	Intereses históricos obtenidos		Rendimiento de inversión en Cetes[1/]	
	Mdp[2/]	Tasa%	Mdp[2/]	Tasa%
AMX	332.4	8.5	242.3	5.8
ARMEC	239.6	7.9	118.3	6.9
Cemex	768.3	8.2	666.5	6.0
CFE	57.4	7.2	34.9	5.9
CIE	3.5	9.4	2.9	7.9
Comerci	17.8	6.2	13.0	6.7
Estado de Michoacán	30.5	10.3	17.4	5.7
FEMSA	242.3	9.2	159.8	5.7
Ferromex	95.3	7.4	69.3	5.6
Fonacot	138.6	7.8	115.8	5.9
Ford	17.3	8.5	9.2	6.2
GE Capital	5.7	8.7	5.0	7.7
GFamsa	2.6	11.2	1.6	6.9
Kimberly	70.8	6.5	65.5	6.0
KOF	23.0	6.6	21.1	6.0
Liverpool	88.1	6.3	78.5	5.5
Navistar	28.7	9.2	24.1	7.7
NRF	98.0	8.2	86.1	7.3
Pemex	217.8	8.2	141.2	4.6
Sigma	126.1	9.1	80.8	5.6
Televisa	99.8	9.2	75.4	5.9
Telfim	392.8	7.5	381.2	6.0
Telmex	187.0	8.3	160.7	5.8
Tiendas Comercial Mexicana	14.0	9.2	6.6	4.3
Toyota	87.0	8.5	61.8	5.8
VW	19.0	9.2	15.9	7.7
VW Lease	83.1	6.2	76.2	5.6
Xignux	67.7	9.0	44.9	5.7
Total	**3,554.3**	**8.3**	**2,775.6**	**6.2**

[1/] El rendimiento de inversión en Cetes se refiere al que se pudo haber obtenido invirtiendo los recursos en Cetes a 28 días en lugar de emisiones corporativas.
[2/] Millones de pesos.
Fuente; DF, IMSS.

Por otro lado, en el cuadro F.7 se informa que las inversiones en el sector hipotecario le han generado al IMSS productos financieros por 1,275.9 millones de pesos, lo que representa una tasa de interés de 8.96 por ciento en promedio. Si estos recursos se hubieran invertido en instrumentos gubernamentales (Cetes de 28 días), la tasa de rendimiento hubiera sido de 6.31 por ciento, con lo que se hubieran generado 945.4 millones de pesos; es decir, 330.5 millones de pesos menos que los obtenidos a la fecha. Se debe señalar que, incluso con su incumplimiento y posterior reestructuración, Metrofinanciera le ha pagado al Instituto 165.9 millones de pesos en intereses por sus inversiones en esta empresa.

F.2.6. Auditorías realizadas al proceso integral de inversiones financieras

Resultados de la auditoría externa solicitada por el H. Consejo Técnico

El HCT instruyó a la Dirección de Finanzas, mediante acuerdo ACDO.AS3.HCT.270110/5Bis.R.DF, para que gestione las acciones pertinentes para llevar a cabo una auditoría externa a la UIF.

El 30 de julio de 2010, la Coordinación Técnica de Bienes y Servicios No Terapéuticos emitió el acta correspondiente al fallo del procedimiento de contratación a favor de PricewaterhouseCoopers, S. C., iniciando la auditoría el 2 de agosto de 2010.

El HCT tomó nota del informe de los resultados que presenta la firma PricewaterhouseCoopers, S. C., de la revisión bajo procedimientos convenidos a la UIF, en relación con su operación por los últimos cinco años, en cumplimiento total a lo dispuesto por este Órgano de Gobierno en el acuerdo ACDO.AS3. HCT.270110/5Bis.R.DF.

Resultados de otras auditorías de los diversos órganos de fiscalización

El OIC realizó a la UIF las siguientes auditorías:

- Auditoría 102/2010 “Disponibilidades”, la cual tuvo por objeto verificar que las inversiones se realicen con las mejores alternativas del mercado y que los productos que se obtengan se destinen

Cuadro F.7.
Intereses obtenidos por las inversiones en el sector hipotecario por emisor

Emisor	Intereses históricos obtenidos		Rendimiento de inversión en Cetes[1/]	
	Mdp[2/]	Tasa%	Mdp[2/]	Tasa%
Hipotecaria Comercial América	127.64	8.82	92.55	6.30
Crédito Inmobiliario	87.21	9.03	68.05	6.97
Patrimonio	15.56	8.34	11.68	6.26
Hipotecaria Su Casita	224.13	7.99	187.88	5.90
Gmac Financiera	210.56	9.52	147.85	7.09
Gmac Hipotecaria	87.06	9.48	60.39	6.48
Fincasa	8.75	9.38	7.18	7.70
Metrofinanciera	165.85	9.59	133.40	6.89
Crédito y Casa	35.64	9.90	31.93	6.03
Bancomer	109.30	7.78	61.32	5.42
HSBC	9.73	8.24	7.40	5.65
Infonavit	172.51	9.22	120.62	5.68
Scotiabank	21.93	9.15	15.12	5.65
Total	**1,275.87**	**8.96**	**945.37**	**6.31**

[1/] El rendimiento de inversión en Cetes se refiere al que se pudo haber obtenido invirtiendo los recursos en Cetes a 28 días en lugar de emisiones corporativas.
[2/] Millones de pesos.
Fuente; DF, IMSS.

exclusivamente a la reserva que los origina, así como comprobar que se esté dando seguimiento y evaluación a las metas establecidas en los programas estratégicos del IMSS, en apego a la legislación y normatividad correspondiente, de la que no se derivó ninguna observación.

- Auditoría 118/2010 "Seguimiento", de la que derivó la siguiente observación:
  - Comprobar las acciones realizadas para la solventación de las observaciones números 026, 027 y 028 de la auditoría 112/2010. Dichas observaciones fueron realizadas por la Firma Mancera, S. C. y son las siguientes:
    - o Las inversiones se conservan a vencimiento, por lo que no se pueden efectuar ventas anticipadas por razones de liquidez, únicamente por razones específicas y justificadas.
    - o Cuando se identifique deterioro en el valor de mercado de las inversiones, se recomienda evaluar si éste es temporal o permanente con base en indicadores desglosados en el Boletín C-2 "Instrumentos Financieros".
    - o Existen inversiones en notas estructuradas referenciadas a mercado accionario con capital protegido en las que se recomienda que el efecto de los derivados implícitos se valúe y se registre por separado.

La auditoría 102/2010 "Disponibilidades" del OIC, fue dada por atendida en su totalidad con oficio 00641/30.1/0437/2010 del 12 de abril de 2010 del OIC.

La auditoría 118/2010 "Seguimiento" se encuentra en proceso de atención.

Por su parte, en la auditoría 1055/2010 "Desempeño de los seguros, servicios y prestaciones" de la ASF no hubo observaciones al proceso de inversión financiera.

Anexo

G

Elementos Principales y Estadísticas Relevantes del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

Este anexo está dividido en tres apartados. En el primero se presentan las principales características del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y se detallan cambios relacionados con las prestaciones y el financiamiento del régimen. En el segundo se realiza una comparación entre las percepciones de los jubilados y las de los trabajadores en activo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Finalmente, en el tercero se presenta un análisis del financiamiento histórico del RJP durante el periodo 1996-2010.

G.1. Principales características y evolución del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

El RJP es un plan complementario de pensiones más generoso que otros planes similares prevalecientes en México. En el cuadro G.1 se reseñan las principales modificaciones que ha tenido el Régimen 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 ese periodo ingresaron al Instituto la mayoría de sus trabajadores. 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, y que a pesar de eso se han jubilado o lo harán con prestaciones superiores.

El cuadro G.2 muestra 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.

Cuadro G.1.
Antecedentes y evolución de las prestaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

Contrato Colectivo	Principales modificaciones al Régimen de Jubilaciones y Pensiones	Conceptos integrados al salario para determinar la pensión[1/]	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 **despensa.**	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 despensa.	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, horario discontinuo, despensa, **alto costo de vida, zona aislada, infectocontagiosidad médica y no médica y emanaciones radiactivas médicas y no médicas, y compensación por docencia.**	2.75% del salario base.
1989-1991		Sueldo tabular, ayuda de renta, antigüedad, aguinaldo, sobresueldo a médicos, horario discontinuo, despensa, alto costo de vida, zona aislada, infectocontagiosidad médica y no médica y emanaciones radiactivas médicas y no médicas, compensación por docencia y **atención integral continua.**	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, despensa, alto costo de vida, zona aislada, infectocontagiosidad médica y no médica, emanaciones radiactivas médicas y no médicas, compensación por docencia, atención integral continua, **ayuda para libros y 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	Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso:		4% del salario base y del fondo de ahorro, porcentaje que se incrementará a partir de 2006 en 1 punto porcentual en cada revisión anual, hasta alcanzar una aportación de 10%.
	Establece que los trabajadores en activo mantendrán sin limitación alguna los beneficios establecidos en el RJP.		
	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.		

[1/] Se señalan con negritas los nuevos conceptos integrados al salario para determinar la pensión, con relación al periodo inmediato anterior.

Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

Cuadro G.2.
Contribuciones y principales beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores del IMSS contratados antes del 12 de agosto de 2004

Concepto	Descripción
I. Contribuciones al fondo de pensión	
Aportaciones de los trabajadores	3% del salario base topado y del fondo de ahorro[1/].
Salario para el cálculo de contribuciones y beneficios	Salario base topado, 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 radiactivas; compensación por docencia; atención integral continua; aguinaldo; ayuda para libros, y riesgo por tránsito vehicular.
Tope de salario:	
Trabajadores de Base	Salario base de la categoría Médico Familiar 8 horas.
Trabajadores de Confianza	Salario base de la categoría N55 Director de Unidad Médica Hospitalaria "B" 8 horas.
Integración del fondo de ahorro	El fondo de ahorro se conforma sobre una base de 45 días de la suma del sueldo tabular, ayuda de renta, beca a residentes y complemento de beca.
II. Disposiciones generales para las jubilaciones y pensiones	
Monto de la Cuantía Básica (MCB) bajo lo estipulado en el RJP	Salario base topado, menos el impuesto sobre el producto del trabajo, menos aportaciones al RJP, menos cuota sindical (sólo trabajadores de Base).
Incremento de la pensión del RJP	Igual que el incremento de los salarios de los trabajadores activos.
Categorías de pie de rama[2/]	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.
Gastos de funeral al fallecimiento del jubilado o pensionado de acuerdo con el RJP.	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.
Conservación de derechos adquiridos de acuerdo con el RJP.	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) dentro de los 3 años siguientes a la fecha de separación, inmediatamente; b) en un plazo mayor a 3 años y hasta 6 años, en 6 meses, y c) en un plazo mayor de 6 años, en 1 año.
Relación con el sistema de seguridad social	Los trabajadores que tienen derecho y eligen la Ley del Seguro Social (LSS) de 1973 al momento de su retiro, reciben de su cuenta individual, conforme a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, el importe de las subcuentas SAR92, Vivienda92 y Retiro97 (2% del salario). Por ser el RJP un esquema de pensiones complementario al de la LSS, la pensión que otorga ese régimen se compone de dos partes: la pensión de la LSS que está a cargo del Gobierno Federal y la pensión complementaria que está a cargo del IMSS como patrón.

[1/] El Instituto cubre las aportaciones al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV) 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 3 por ciento. El IMSS cubre, además, las contribuciones a los Seguros de Enfermedades y Maternidad (SEM), Gastos Médicos de Pensionados (GMP) e Invalidez y Vida (SIV). En total, todas estas aportaciones suman 2.8 por ciento del salario.

[2/] Se considera pie de rama a la primera categoría de una rama de trabajo con movimientos escalafonarios señalados en el tabulador de sueldos del CCT.

Cuadro G.2. (continuación)

Concepto	Descripción
III. Principales beneficios	
Pensiones al retiro	
Pensión de jubilación por años de servicio	Se otorga a los hombres a los 28 años de servicio, y a las mujeres a los 27, independientemente de su edad.
Pensión por cesantía en edad avanzada	Se otorga al trabajador cuya edad sea de 60 años y tenga un mínimo de 10 años de servicio en el IMSS.
Pensión por vejez	Se otorga al trabajador cuya edad sea de 65 años y tenga un mínimo de 10 años de servicio en el IMSS.
Proporción de la cuantía básica según años de servicio trabajados	Depende del número de años de servicio, como se indica en la siguiente tabla:

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[3/]	100.0%

Pensiones de invalidez por enfermedad general

Pensión

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:

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[3/]	100.0%

Pensión de invalidez a causa de un riesgo de trabajo (incapacidad permanente parcial o total)

Pensión

Se otorga sin requisito de edad o tiempo mínimo de años de servicio, conforme a los siguientes porcentajes:

Años de servicio	Pensión en % del último salario pensionable
Hasta 10	80.0%
10.5	80.5%, con un incremento de 0.5% por cada 6 meses adicionales de servicio
28 hombres; 27 mujeres[3/]	100.0%

[3/] El Artículo 9 del RJP estipula que "*Al trabajador con 30 años de servicio al Instituto sin límite de edad que desee su jubilación, le será otorgada ésta con la cuantía máxima fijada en la tabla "A" del Artículo 4 del…(RJP)*". Sin embargo, el Artículo 20 del mismo RJP establece que: "*A las trabajadoras con 27 años de servicio, se les computarán 3 años más para los efectos de anticipar su jubilación, con el porcentaje máximo de la Tabla "A" del Artículo 4 del RJP. Para los mismos fines, a los trabajadores con 28 años de servicios se les reconocerán dos años más.*
A las trabajadoras que al momento de generar el derecho a una pensión por invalidez o por riesgo de trabajo y que trajere como consecuencia la separación del trabajo y tengan reconocida una antigüedad de 27 años, se les bonificará el tiempo faltante para los treinta años para el solo efecto de aplicar el porcentaje máximo de la tabla respectiva del Artículo 4 del Régimen.
Para los mismos efectos, a los trabajadores con 28 años o más se les bonificará el tiempo faltante para los treinta años."

Cuadro G.2. (continuación)

Concepto	Descripción
Pensiones derivadas de la muerte del pensionado o del trabajador en activo	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.
Viudez	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 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.
Orfandad	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%. Al término del disfrute de la pensión se le entregará al huérfano un finiquito equivalente a tres mensualidades de su pensión.
Ascendencia	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.
Límite de las pensiones derivadas	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.
Pensión mínima de viudez	La pensión de viudez no puede ser inferior al monto de la pensión que corresponda a la categoría de Mensajero 6.5 horas.
Indemnizaciones	
Reajuste y despido injustificado	150 días de salario más 50 días de salario por cada año de antigüedad.
Separación por invalidez	190 días del último sueldo (sueldo tabular más la ayuda de renta).
Fallecimiento por enfermedad general	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.
Muerte por un riesgo de trabajo; incapacidad permanente parcial, e incapacidad permanente total	1,095 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.
Prima de antigüedad	
Separación por: invalidez; incapacidad permanente parcial o total; despido justificado, y fallecimiento	12 días del último salario por cada año de servicio.
Separación por: renuncia, jubilación, edad avanzada, o vejez	Con 15 años o más de servicio se otorgarán 12 días del último salario por cada año de servicio. Con menos de 15 años, la indemnización no excederá de 3 meses.
Otros beneficios	Asistencia médica para el pensionado y sus dependientes; préstamos hasta por 2 meses de pensión; prestaciones sociales.

Fuente: DF, IMSS.

G.2. Percepciones de los jubilados del IMSS comparadas con las de trabajadores en activo del Instituto

En el cuadro G.3 se presentan las percepciones anualizadas de los jubilados del IMSS por años de servicio, de acuerdo con lo establecido en el RJP anterior al Convenio de octubre de 2005, 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 un médico familiar los ingresos como jubilado son superiores en 13.6 por ciento a los que percibe como activo; para las enfermeras generales la diferencia es de 30.3 por ciento y para un auxiliar universal de oficinas de 37.4 por ciento.

G.3. Financiamiento histórico del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 1966-2010

El RJP se financia a través de tres fuentes: i) los recursos del IMSS-Asegurador, es decir, las pensiones a las cuales tienen derecho los ex trabajadores del Instituto por ser asegurados del IMSS, en los términos de la Ley de Seguro Social (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, es decir, la parte del IMSS-Patrón.

Como se señaló en el Capítulo X del presente Informe, 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, tampoco puede hacer uso de las cuotas obrero-patronales (COP), las aportaciones del Gobierno Federal (AGF) o los intereses o capital de las reservas para ese 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 2003[189]. Estos resultados se han ido actualizando anualmente y se presentan en las gráficas G.1 y G.2.

En la gráfica G.1 se muestra cómo se han ido acumulando los recursos para financiar el RJP año con año desde 1966. En la gráfica G.2 se presenta el monto global acumulado en 1963-2010, observándose que los trabajadores han aportado a lo largo del periodo 40,301 millones de pesos al RJP, pero han recibido jubilaciones y pensiones por 437,435 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 pagar una parte de las pensiones de los jubilados y pensionados, ya que el RJP es un régimen de reparto.

Históricamente, los trabajadores del IMSS han financiado 9 por ciento del gasto total del RJP, el IMSS-Asegurador 22 por ciento y el restante 69 por ciento ha sido financiado por el IMSS-Patrón que ha destinado para ello 302,505 millones de pesos de 2010, provenientes principalmente de las aportaciones tripartitas al Seguro Social y de los recursos de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) por 14,304 millones de pesos[190].

[189] "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 No. 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*".

[190] El monto de 14,304 millones de pesos es el acumulado de una disposición de recursos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC que se hizo en 2009 por 4,404 millones y de otra que se hizo en 2010 por 9,900 millones de pesos.

Cuadro G.3.
Percepciones anualizadas de trabajadores activos y jubilados del IMSS, 2010
(pesos)

Concepto	Médico familiar[1/]		Enfermera general[2/]		Aux. universal oficinas[3/]	
	Último año Activo	Primer año Jubilado	Último año Activo	Primer año Jubilado	Último año Activo	Primer año Jubilado
Percepciones						
02 Sueldo	93,035	93,035	53,464	60,956	42,311	51,197
11 Incremento adicional	40,563	40,563	23,310	26,577	18,448	22,322
13 Sobresueldo cláusula 86	26,720	26,720				
20 Ayuda de renta	5,400	5,400	5,400	5,400	5,400	5,400
22 Ayuda de renta-antigüedad	100,298	100,298	53,639	61,156	33,418	40,435
29 Prima vacacional	10,169		5,709		3,624	
32 Estímulos por asistencia[4/]	31,731		17,500		10,572	
33 Estímulos por puntualidad[5/]	21,640		11,935		7,210	
40 Bonificación seguro médico	240					
49 Aguinaldo[6/]	45,590	135,116	25,143	83,843	15,190	55,782
50 Ayuda de despensa	4,800	4,800	4,800	4,800	4,800	4,800
55 Fondo de ahorro[7/]	16,700	38,368	9,597	23,647	7,595	16,029
58 Sobresueldo docencia enfermería			23,800	27,135		
57 Atención integral continua	22,044	22,044				
62 Ayuda para libros médicos	26,720	26,720				
Salario integrado	**445,648**	**493,063**	**234,297**	**293,513**	**148,568**	**195,965**
Deducciones						
120 Seguro médico	480					
151 Impuesto sobre la renta[8/, 9/]	24,648	22,686	8,274	4,443	2,895	0
152 Fondo de jubilación[9/]	11,456	10,955	5,975	6,441	3,815	4,276
107 Previsión jubilatoria[9/]	22,912	21,910	11,949	12,881	7,630	8,552
180 Cuota sindical[9/]	2,672	2,672	1,535	1,751	1,215	1,470
112 Fondo de ayuda sindical por defunción[10/]	801		801		801	
Total de deducciones	**62,970**	**58,223**	**28,534**	**25,515**	**16,356**	**14,298**
Percepción neta anualizada	**382,679**	**434,840**	**205,762**	**267,998**	**132,212**	**181,666**

[1/] A diciembre de 2010 existían 15,927 trabajadores IMSS en esta categoría, de los cuales 14,211 fueron valuados con las prestaciones del RJP.

[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 2010 existían 47,420 trabajadoras con esta categoría, de las cuales 30,876 fueron valuadas con las prestaciones del RJP.

[3/] Conforme al Artículo 21 del RJP, esta categoría por ser pie de rama, cambia a Oficial de Personal para propósitos de jubilación y a diciembre de 2010 existen 19,572 trabajadores con esta categoría, de los cuales 12,078 fueron valuados con las prestaciones del RJP.

[4/] Se considera un promedio de asiduidad de 87 por ciento.

[5/] Se considera un promedio de asiduidad de 89 por ciento.

[6/] Para un trabajador en activo el pago corresponde a 90 días, de acuerdo con la Cláusula 107 del CCT; para jubilados y pensionados del RJP se indica lo siguiente: a) el Artículo 6 establece que "*los jubilados y pensionados bajo ese régimen recibirán mensualmente, por concepto de aguinaldo, 25 por ciento del monto de la jubilación o pensión …*", y b) el Artículo 22 establece que " *a los jubilados o pensionados … bajo el RJP se les entregará un aguinaldo anual en los términos señalados por la Ley del Seguro Social (LSS) … de 15 días del monto de la jubilación o pensión*".

[7/] Para un 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 se establece el mismo número de días del monto de la pensión.

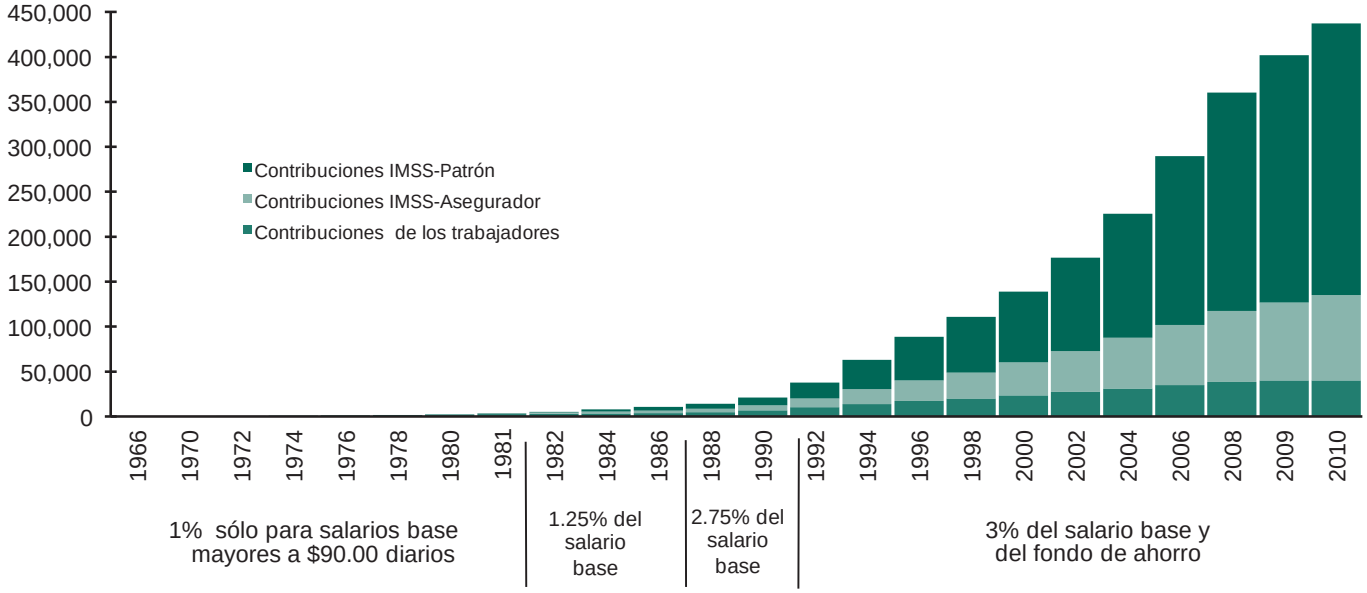
[8/] El impuesto sobre productos del trabajo (concepto 151) se estimó para las percepciones de los trabajadores en activo considerando el promedio observado en cada categoría.

[9/] Para la determinación del monto de la pensión de los jubilados y pensionados únicamente se consideraron los conceptos 151 (impuestos sobre productos del trabajo), 152 (fondo de jubilación), 107 (previsión jubilatoria) y 180 (cuota sindical).

[10/] En la revisión contractual de octubre de 2008 se creó el concepto 112 (fondo de ayuda sindical por defunción), con un importe inicial de 30 pesos quincenales, el cual se incrementa en el mismo porcentaje que se da en cada revisión salarial. Este concepto sustituye a los conceptos 182 (fondo de ayuda sindical) y 183 (mutualidad).

Fuente: DF, IMSS.

Gráfica G.1.
Financiamiento del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 1966-2010
(millones de pesos de 2010)[1/]

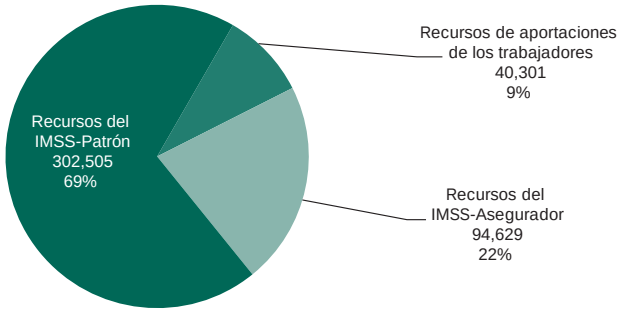


[1/] Montos anuales.
Fuente: "Valuación de las Obligaciones Laborales Pagadas por el Régimen de Jubilaciones, Pensiones y Prima de Antigüedad de 1966 a 2003", Alexander Forbes Consultores Actuariales (2004); Estados Financieros del IMSS de 2004 a 2010.

G.4. Aportaciones acumuladas en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, 1966-2010

Al 31 de diciembre de 2010 la Subcuenta 1 del FCOLCLC tenía un saldo de 33,706 millones de pesos, provenientes de las aportaciones tripartitas[191]. Desde que comenzó a constituirse este fondo no se habían retirado recursos; sin embargo, en 2009 y 2010 se utilizaron 4,404[192] y 9,900 millones de pesos, respectivamente, para el pago de la nómina de jubilaciones y pensiones de esos años. Al sumar el gasto de 437,435 millones de pesos que se ha

Gráfica G.2.
Financiamiento acumulado de 1966 a 2010 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos de 2010 y porcentajes)



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.

[191] LSS, 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…*"

[192] De los recursos solicitados en 2009 (4,408 millones de pesos), en 2010 se devolvieron a la Subcuenta 1 del FCOLCLC 4.2 millones de pesos que no fueron utilizados.

destinado en el periodo 1996-2010 para cubrir las obligaciones derivadas del RJP más los recursos acumulados en la Subcuenta 1 del FCOLCLC por 33,706 millones de pesos, se obtiene que el costo total que ha tenido este Régimen de 1966 a la fecha es de 471,142 millones de pesos, de los cuales 336,212 millones de pesos (71.4 por ciento) han sido aportados por el IMSS-Patrón, como se muestra en la gráfica G.3.

G.5. Financiamiento actual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

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 de su fondo de ahorro para el financiamiento de su RJP[193], quedando a cargo del Instituto la parte restante de la prima necesaria para cubrir las prestaciones que otorga dicho Régimen. De la parte de la prima a cubrir por el IMSS, un porcentaje de ella es cubierto por el Gobierno Federal, en términos de lo dispuesto en el Artículo Décimo Segundo Transitorio de la Ley del Seguro Social que entró en vigor el 1º de julio de 1997[194].

En la gráfica G.4 se señalan las cifras presupuestadas del RJP para el ejercicio 2011[195], apreciándose que los recursos que van a destinarse al pago de las jubilaciones y pensiones de los ex trabajadores del Instituto ascienden a 54,933 millones de pesos, de los cuales el IMSS-Asegurador cubrirá 9,489 millones de pesos, las aportaciones de los trabajadores activos 1,923 millones de pesos y el IMSS-Patrón 43,521 millones de pesos, incluyendo 20,585 millones de pesos que se prevé utilizar de la Subcuenta 1 del FCOLCLC y 2,735 millones de pesos de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF)[196].

Los recursos que el IMSS-Patrón canaliza al RJP provienen de las aportaciones tripartitas al Seguro Social, que son la principal fuente de ingresos del Instituto conforme a la LSS. De acuerdo con el presupuesto de 2011, los más de 14 millones de trabajadores afiliados al Instituto y las más de 800,000 empresas que los emplean contribuirán a financiar el RJP con una parte de sus COP, las cuales representarán 76.6 por ciento de los ingresos por cuotas del Instituto en el año 2011, mientras que el Gobierno Federal lo hará a través de sus aportaciones, mismas que significarán el restante 26.4 por ciento de dichos ingresos[197].

La gráfica G.5 muestra que aplicando los porcentajes anteriores al gasto que se canalizará al RJP en 2011 por 20,200 millones de pesos provenientes del IMSS-Patrón (sin considerar los 20,586 millones de pesos que van a disponerse de la Subcuenta 1 del FCOLCLC y los 2,735 millones de pesos de la ROCF), los trabajadores asegurados y las empresas afiliadas al Seguro Social contribuirán con sus COP a financiar 15,481 millones de pesos del gasto que absorberá el RJP, mientras que el Gobierno Federal contribuirá con sus aportaciones a los seguros financiando los 4,719 millones de pesos restantes.

[193] A partir del 16 de octubre de 2005, estos trabajadores que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004 comenzaron a hacer aportaciones adicionales a 3 por ciento de su salario, para financiar las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de Base y de Confianza "B" que contrató el Instituto entre el 16 de octubre de 2005 y el 28 de junio de 2008 bajo las condiciones del "Convenio Adicional para Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso".

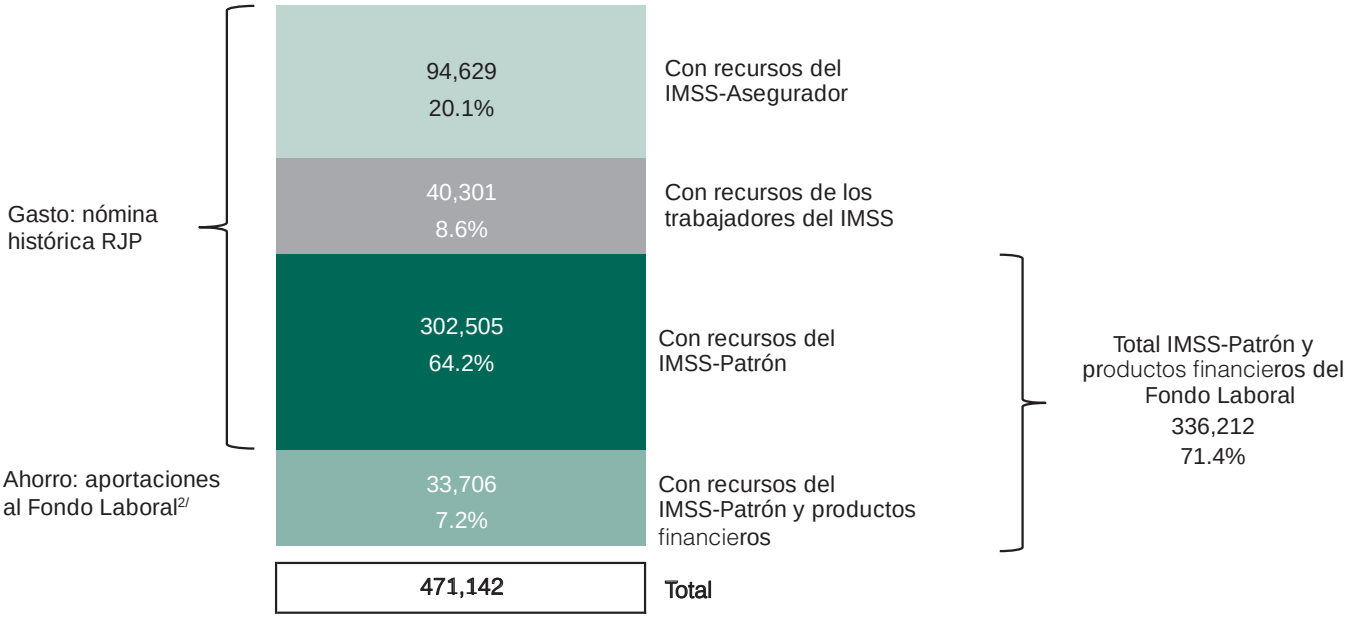
[194] De acuerdo con el Artículo Décimo Segundo Transitorio de la LSS que entró en vigor el 1º de julio de 1997, "*Estarán a cargo del Gobierno Federal las pensiones que se encuentren en curso de pago, así como las prestaciones o pensiones de aquellos sujetos que se encuentren en periodo de conservación de derechos y las pensiones que se otorguen a los asegurados que opten por el esquema establecido por la Ley que se deroga*".

[195] En 2010 la nómina del RJP ascendió a 47,189 millones de pesos, de los cuales el IMSS-Asegurador aportó 8,307 millones de pesos, las contribuciones de los trabajadores activos sumaron 1,729 millones de pesos, y la aportación del IMSS-Patrón fue de 27,253 millones de pesos más 9,900 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC.

[196] Todas estas cifras corresponden a la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011 aprobado por el H. Consejo Técnico (HCT).

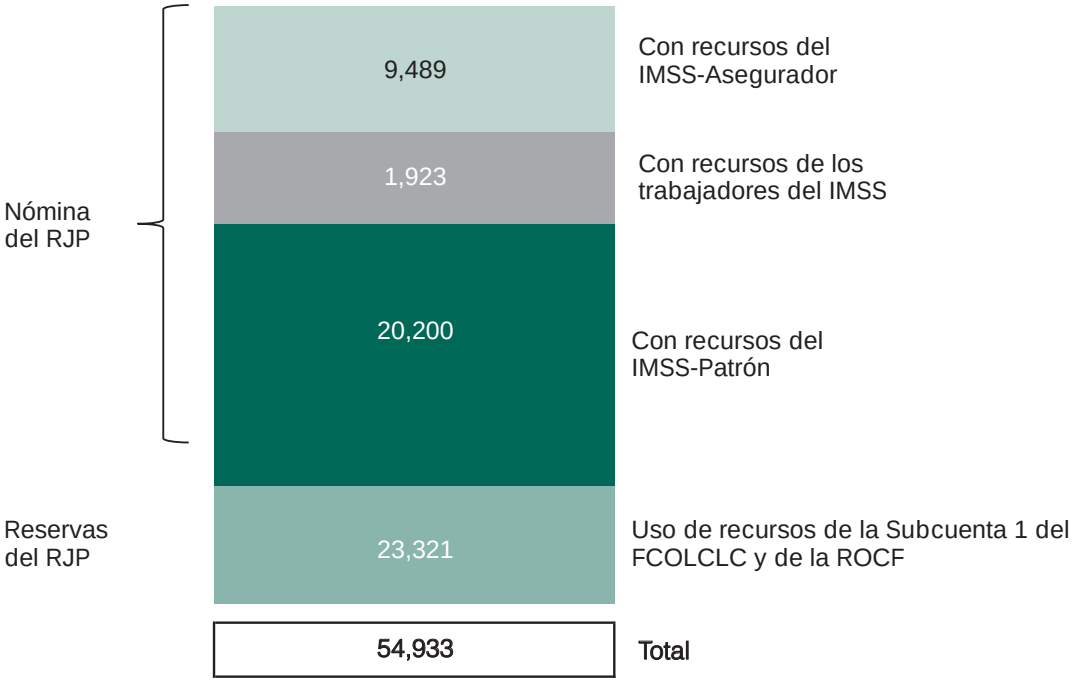
[197] En la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011 se contempla un importe total de ingresos por cuotas de 221,075 millones de pesos, de los cuales 169,423 millones de pesos (76.7 por ciento) son cuotas obrero-patronales y 51,652 millones de pesos (23.3 por ciento) son aportaciones del Gobierno Federal.

Gráfica G.3.
Gasto total del Régimen de Jubilaciones y Pensiones en el periodo 1966-2010, incluyendo los recursos acumulados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral[1/]
(millones de pesos de 2010)



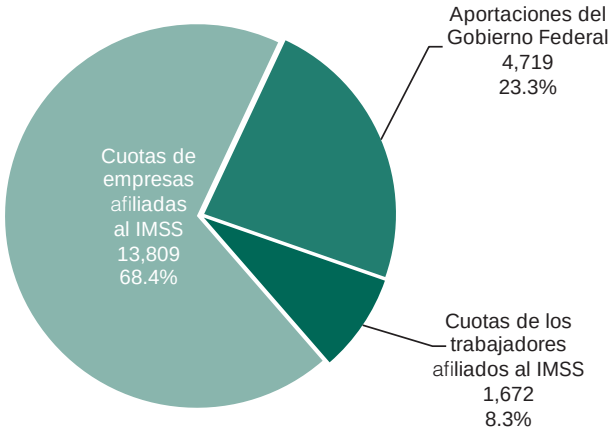
[1/] La suma de los parciales puede no coincidir con los totales por razones de redondeo.
[2/] Las aportaciones al Fondo Laboral (Subcuenta 1 del FCOLCLC) se han realizado con recursos del IMSS-Patrón, y este saldo incluye dichas aportaciones más los productos financieros que se han generado. El saldo de esta subcuenta sólo puede ser utilizado para financiar las jubilaciones y pensiones de los siguientes trabajadores: i) trabajadores de Base y de Confianza "B" que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004; ii) trabajadores de Confianza "A" con fecha de ingreso al IMSS antes del 20 de diciembre de 2001, y iii) 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 (2004); Estados Financieros del IMSS 2004-2008.

Gráfica G.4.
Fuentes de financiamiento del gasto total en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 2011
(millones de pesos de 2011)



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica G.5.
Fuentes de los recursos del IMSS-Patrón para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 2011[1/]
(millones de pesos de 2011)



[1/] La suma de los porcentajes puede no ser 100 por ciento por razones de redondeo.
Fuente: DF, IMSS.

Anexo

H

Elementos Técnicos Considerados en la Valuación Actuarial del Pasivo Laboral del Instituto y en el Estudio Actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral

Este anexo tiene como finalidad servir de apoyo para una mejor comprensión de los diversos elementos técnicos involucrados en los dos documentos a los que se alude en el apartado 1 del Capítulo XI del presente Informe: i) la valuación actuarial que se realiza para estimar el pasivo laboral a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su carácter de patrón, derivado del pago de los beneficios estipulados en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) de sus trabajadores y en las cláusulas contractuales de prima de antigüedad e indemnizaciones, misma que se denomina “Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) 'Beneficios a los Empleados' al 31 de diciembre de 2010", y ii) el estudio actuarial que se elabora para determinar la suficiencia financiera del fondo que se ha venido constituyendo para respaldar las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de Base y de Confianza “B” que contrató el IMSS entre el 16 de octubre de 2005 y el 28 de junio de 2008, mismo que se denomina “Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de las Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC)”.

En la primera sección del anexo se describen los supuestos financieros y demográficos, así como las bases biométricas que se emplearon para elaborar la valuación actuarial del RJP con corte al 31 de diciembre de 2010, mientras que en la segunda sección se describen los supuestos y las bases biométricas que se utilizaron para elaborar el estudio actuarial de la Subcuenta 2 del FCOLCLC, a la misma fecha de corte.

H.1. Valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS

H.1.1. Características de la población valuada

Como se comentó en el Capítulo X, la valuación de las obligaciones derivadas del RJP y de la prima de antigüedad e indemnizaciones se realiza para un grupo de población que comprende a todos los trabajadores de Base y de Confianza que ingresaron al Instituto antes del 12 de agosto de 2004. En este grupo se incluye también a los trabajadores de Confianza "A" que entraron a laborar en el IMSS después del 20 de diciembre de 2001, los cuales no tienen derecho al RJP, de acuerdo con las reformas a la Ley del Seguro Social (LSS) publicadas en esa fecha en el Diario Oficial de la Federación (DOF), pero tampoco tienen definido aún su esquema de beneficios por pensiones ni el tratamiento de sus obligaciones laborales correspondientes.

Trabajadores en activo valuados

A la fecha de valuación se identificó en la nómina que maneja la Unidad de Personal del IMSS un total de 300,580 trabajadores activos con derecho a los beneficios establecidos en el RJP anterior a la firma del Convenio de octubre de 2005[198]. En este total se están considerando 7,761 trabajadores de Confianza "A" con fecha de ingreso al Instituto entre el 21 de diciembre de 2001 y el 31 de diciembre de 2010.

En la gráfica H.1 se muestra la distribución de la población valuada por sexo y tipo de contratación, observándose que de las mujeres totales valuadas (182,459, que representan 60.7 por ciento de dicha población) 89 por ciento son contrataciones de Base. En lo que respecta a los hombres valuados (118,121, que representan 39.3 por ciento), 83 por ciento lo integran trabajadores 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) no sólo por el número de casos, sino también por la esperanza de vida que es mayor a la de los hombres.

En el cuadro H.1 se muestran los principales indicadores de la población valuada y en las gráficas H.2 y H.3 se ilustra la pirámide poblacional por edad y por antigüedad de los trabajadores, respectivamente.

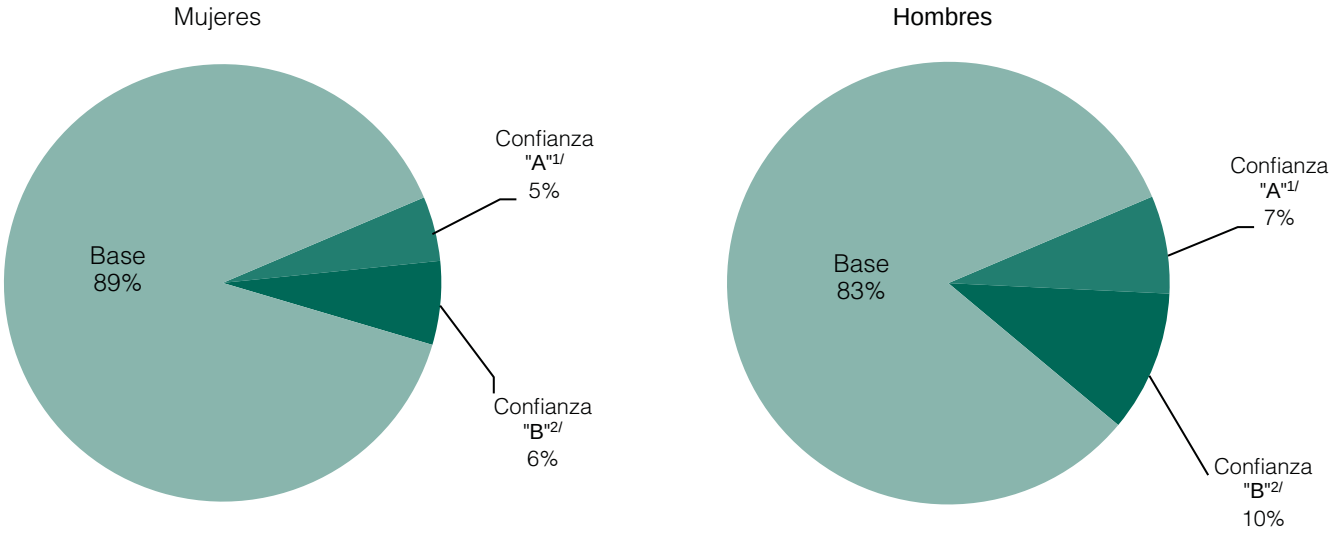
En el cuadro se destaca que la antigüedad promedio de la población valuada es de 16 años, lo cual significa que se encuentra a poco más de la mitad del tiempo requerido para adquirir el derecho a la jubilación por años de servicio. En consecuencia, el pasivo de esta población se incrementará gradualmente en los próximos años, como consecuencia del reconocimiento de los servicios pasados.

En cuanto a la gráfica H.2, sobresale que el quinquenio con mayor frecuencia de trabajadores es el de las edades entre 45 y 49 años, mismas que como se observa en el cuadro H.1 presentan una antigüedad promedio cercana a los 20 años y un salario base promedio topado de 16,174 pesos mensuales. Por lo que se refiere a la gráfica H.3 se aprecia que la mayor parte de los trabajadores con derecho al RJP tienen una antigüedad de entre 20 y 25 años. De la información presentada en estas dos gráficas se infiere que muy pocos trabajadores van a pensionarse por edad bajo el RJP.

Cabe señalar que dentro de los trabajadores valuados hay 13,689 (3.9 por ciento del total) que ya cumplieron con la antigüedad laboral en el IMSS que

[198] En esta valuación no se consideran con derecho a los beneficios del RJP a los siguientes grupos de trabajadores: i) 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 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) el 14 de octubre de 2005, es decir, trabajadores que ingresaron al Instituto entre el 12 de agosto de 2004 y el 15 de octubre de 2005, así como los que ingresaron a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 28 de junio de 2008, y ii) 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.

Gráfica H.1.
Distribución de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2010, bajo las prestaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, por tipo de contratación y sexo



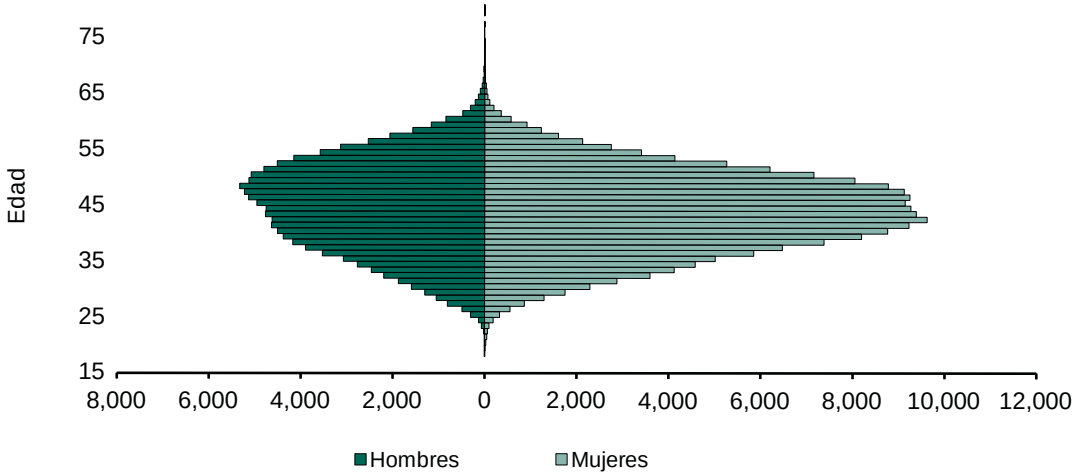
1/ Conforme a la Cláusula 11 del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT), los trabajadores de Confianza "A" son aquellos trabajadores designados libremente por el Instituto, y que realizan entre otras funciones las de dirección, inspección, vigilancia y fiscalización, de carácter general y no tabuladas.
2/ Conforme a la Cláusula 11 del CCT, los trabajadores de Confianza "B" son aquellos trabajadores designados por el Instituto en los términos del Reglamento para la Calificación y Selección de Puestos de Confianza "B". Se trata de trabajadores sindicalizados que pasan a puestos de confianza, pero que no desempeñan funciones tabuladas.
Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

Cuadro H.1.
Principales indicadores por rangos de edad de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2010, bajo las prestaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

Rangos de edad	Número de trabajadores			Edad promedio			Antigüedad promedio			Promedio mensual del salario base topado (pesos de 2010)1/		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
15-19	18	14	32	18.5	17.6	18.1	0.4	0.3	0.3	9,641	10,816	10,155
20-24	418	249	667	22.9	23.3	23.0	1.4	2.6	1.9	10,049	9,514	9,849
25-29	4,773	3,964	8,737	27.8	27.6	27.7	5.3	5.9	5.6	10,677	9,960	10,352
30-34	17,468	10,900	28,368	32.3	32.3	32.3	7.6	7.9	7.7	12,703	12,818	12,747
35-39	32,910	19,049	51,959	37.2	37.2	37.2	11.4	11.6	11.5	13,592	14,360	13,874
40-44	46,271	23,289	69,560	42.0	42.0	42.0	16.3	15.5	16.1	14,211	15,064	14,496
45-49	44,355	25,787	70,142	46.9	47.0	47.0	19.8	19.0	19.5	15,509	17,319	16,174
50-54	26,167	22,131	48,298	51.6	51.8	51.7	21.7	21.5	21.6	16,673	21,325	18,805
55-59	8,633	10,469	19,102	56.5	56.5	56.5	22.9	23.0	23.0	16,707	22,583	19,927
60-64	1,304	1,982	3,286	61.0	61.2	61.1	24.0	23.9	23.9	16,579	22,335	20,051
65-69	117	228	345	66.2	66.2	66.2	25.4	23.8	24.4	17,250	20,868	19,641
70-74	22	37	59	71.5	71.5	71.5	27.4	24.9	25.9	18,810	27,725	24,401
75-79	2	13	15	78.0	76.1	76.3	32.0	22.8	24.1	11,177	23,420	21,788
80 y +	1	9	10	81.0	85.8	85.3	61.0	43.0	44.8	18,605	33,340	31,866
Total	**182,459**	**118,121**	**300,580**	**43.2**	**44.4**	**43.7**	**16.3**	**16.5**	**16.4**	**14,659**	**17,031**	**15,591**

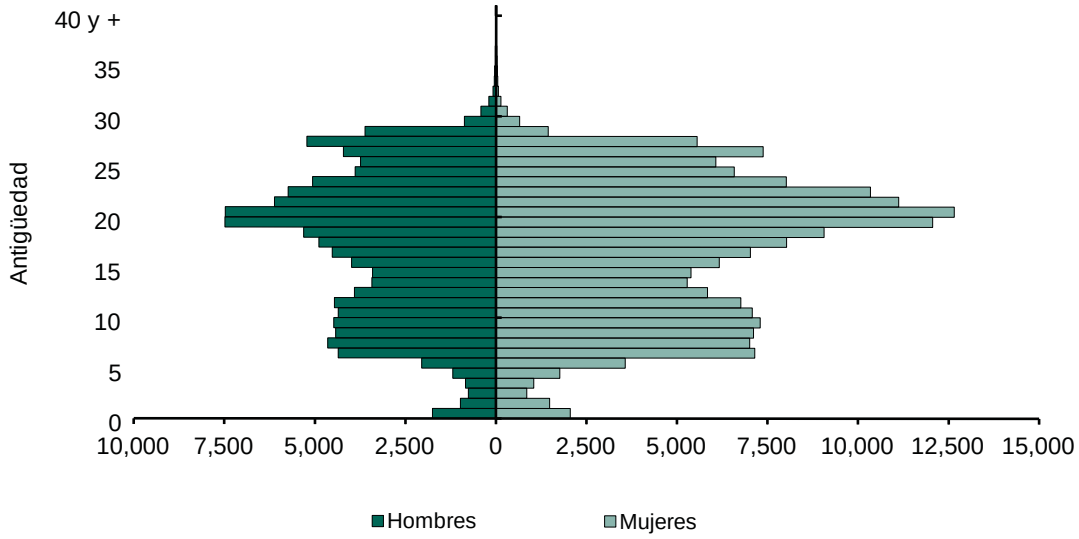
1/ La integración del salario base se realizó tomando los conceptos que establece el Artículo 5 del RJP. Asimismo, para los trabajadores de Base los salarios están topados a la categoría de Médico Familiar 80 y para los de Confianza están topados a la categoría de Director de Unidad Médica Hospitalaria "B".
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica H.2.
Pirámide poblacional por edad de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2010



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica H.3.
Pirámide poblacional por antigüedad de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2010



Fuente: DF, IMSS.

establece el RJP como requisito para tener derecho a una jubilación por años de servicio pero continúan en activo. A ellos se les reconoce a la fecha de valuación la totalidad del pasivo por pensiones a cargo del IMSS como patrón. De los 13,689 trabajadores, 8,304 son mujeres con al menos 27 años de antigüedad laboral y 5,385 son hombres con al menos 28 años de antigüedad. Asimismo, hay 40,317 trabajadores (15.4 por ciento del total) con 25 años de servicio y más, que en el corto plazo podrán incorporarse a la población pensionada.

Jubilados y pensionados

En la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS no sólo se calcula el pasivo laboral que se va generando por los trabajadores en activo, sino también el pasivo de los jubilados y pensionados vigentes a la fecha de valuación.

De acuerdo con la nómina de diciembre de 2010, el número de jubilados y pensionados a esa fecha fue de

204,065[199], cifra a la que se añaden 1,112 trabajadores que a diciembre de 2010 estaban por cumplir los requisitos para tener derecho a una pensión por años de servicio o por edad y que al corte de la valuación ya no se encontraban en activo.

En el cuadro H.2 se muestran las características de los 205,177 jubilados y pensionados valuados, resaltando que, a diciembre de 2010, 89.7 por ciento de ellos eran pensionados directos con una edad promedio de 60.6 años y una cuantía promedio mensual completa de 12.3 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF) y el restante 10.3 por ciento estaba integrado por los pensionados beneficiarios cuya edad promedio era de 55.9 años y su cuantía promedio mensual completa de 5.4 veces el SMGVDF.

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 10.8 veces el SMGVDF, la cual se eleva a 12.4 veces el SMGVDF cuando se trata de pensiones por jubilación o por edad. Por lo que respecta a 31.7 por ciento de los pensionados hombres, destaca que su pensión mensual completa es de 13.3 veces el SMGVDF, misma que llega a ser de 14.6 veces para los pensionados por jubilación o por edad.

H.1.2. Bases biométricas e hipótesis demográficas y financieras

En el cuadro H.3 se muestran los supuestos financieros y demográficos (Panel A), así como las bases biométricas (Panel B) que se emplearon en la valuación actuarial del RJP y de la prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS al 31 de diciembre de 2010.

[199] El Resumen Nacional de la Nómina de Jubilados y Pensionados (RNNJP) reporta a diciembre de 2010 un total de 204,030 jubilados y pensionados, cifra que difiere en 35 casos con la reportada en la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad (204,065). Esta diferencia obedece a que la nómina de pensionados del mes de diciembre que se usa en la valuación actuarial del RJP se emite en noviembre, mientras que el RNNJP toma como corte de información diciembre.

Cuadro H.2.
Jubilados y pensionados considerados en la valuación actuarial del RJP y de la prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2010

Tipo de pensión	Número de pensionados[1/]	Edad promedio	Promedio mensual de pensión (pesos de 2010)	
			Básica	Completa
Retiro por jubilación o pensión por edad				
Hombres	54,508	62.5	18,094	25,564
Mujeres	104,471	59.4	15,384	21,748
Suma	158,979	60.5	16,313	23,056
Invalidez e incapacidad permanente				
Hombres	7,369	62.0	9,797	13,877
Mujeres	17,705	61.1	7,731	11,014
Suma	25,074	61.3	8,338	11,855
Viudez				
Hombres	231	71.3	8,109	11,332
Mujeres	14,307	65.6	8,836	12,418
Suma	14,538	65.7	8,825	12,401
Orfandad				
Hombres	2,472	19.9	2,289	3,230
Mujeres	2,449	20.2	2,258	3,189
Suma	4,921	20.0	2,274	3,210
Ascendencia				
Hombres	481	77.0	1,609	2,271
Mujeres	1,184	76.4	1,740	2,458
Suma	1,665	76.6	1,702	2,404
Totales				
Hombres	**65,061**	**61.0**	**16,397**	**23,169**
Mujeres	**140,116**	**59.7**	**13,404**	**18,951**
Suma	**205,177**	**60.1**	**14,353**	**20,289**

[1/] El número total de pensionados incluye 1,112 trabajadores que a diciembre de 2010 se identificaron en proceso de incorporación a la nómina de pensionados.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro H.3.
Supuestos utilizados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2010

Panel A

Supuestos financieros	Incremento (%)	
	Real	Nominal
Tasa de interés	3.50	7.23
Tasa de incremento de salarios[1/]	1.00	4.64
Tasa de incremento por carrera salarial[1/]	1.39	5.04
Tasa de incremento del salario mínimo general del Distrito Federal	-	3.60
Tasa de incremento de jubilaciones y pensiones	1.00	4.64
Rendimiento de las Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (RCV)	3.50	7.23
Rendimiento de la Subcuenta de Vivienda	3.00	6.71
Rendimiento de los activos del plan	3.50	7.23
Inflación	3.60	-

Supuestos demográficos

La valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad al 31 de diciembre de 2010 se realiza a grupo cerrado, por lo que el supuesto de incremento de trabajadores en el periodo de proyección es 0%.

Panel B

	Edad									
	15	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Probabilidades de salida de la actividad, por cada 1,000 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[2/]										
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 1,000 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 CCT.

[2/] Las probabilidades de salida de la actividad laboral de los trabajadores por jubilación se aplican por cada 1,000 de acuerdo con la antigüedad "T" de los trabajadores.

Fuente: DF, IMSS.

H.2. Estudio actuarial para determinar la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral

En este apartado se detallan las disposiciones aplicables para fines de jubilación y de pensión a los trabajadores de Base que contrató el IMSS entre el 16 de octubre de 2005 y el 28 de junio de 2008, conforme al "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).

H.2.1. Características de la población valuada

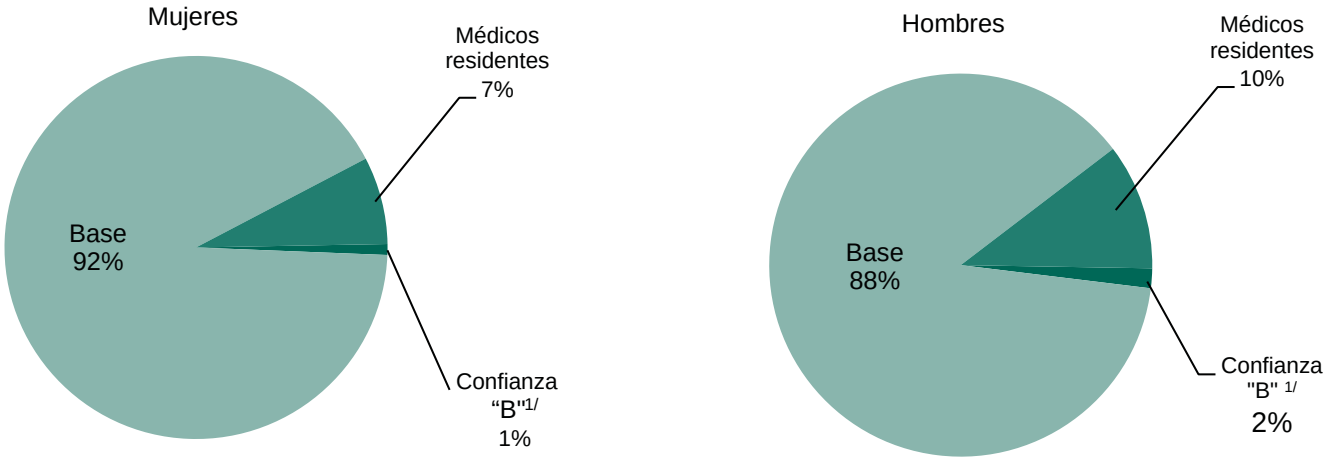
En el "Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, al 31 de diciembre de 2010", se consideró a un total de 44,520 trabajadores integrados de la siguiente forma: i) 44,074 trabajadores de Base identificados en la nómina de la segunda quincena de diciembre de 2010, y ii) 446 trabajadores con categoría de médicos residentes que se reportaron como vigentes en la nómina de diciembre de 2008 (224 trabajadores) y en la de diciembre de 2009 (222 trabajadores), ambos grupos de trabajadores no pudieron identificarse en la nómina de diciembre de 2010. Cabe señalar que se optó por incorporar a estos 446 trabajadores dentro de la población valuada con el objeto de no subestimar las obligaciones derivadas del convenio, toda vez que los residentes pueden ser contratados por el Instituto una vez que concluyen su residencia, y existe la posibilidad de que algunos o todos vuelvan a aparecer en la nómina.

La distribución por sexo y tipo de contratación de la población valuada se muestra en la gráfica H.4, observándose que de las mujeres totales valuadas (25,740, que representan 57.8 por ciento de dicha población) 91.7 por ciento son contrataciones de Base. En lo que respecta a los hombres valuados (18,780, que representan 42.2 por ciento), 87.7 por ciento lo integran trabajadores de Base. El mayor peso relativo de las mujeres dentro de la población valuada tiene una repercusión importante en la estimación del gasto por pensiones, ya que la esperanza de vida de las mujeres es mayor a la de los hombres.

En el cuadro H.4 se muestra la estructura por grupos de edad y sexo de los trabajadores de Base contratados bajo las condiciones del Convenio de octubre de 2005, así como el promedio mensual de sus salarios base, destacando que tanto los hombres como las mujeres tienen una edad promedio de 30.8 años y una antigüedad promedio de 3.1 años, y perciben en promedio un salario base mensual equivalente a 6.2 veces el SMGVDF[200].

[200] El SMGVDF a diciembre de 2010 fue de 1,748 pesos mensuales.

Gráfica H.4.
Distribución de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2010, bajo las prestaciones del Convenio de octubre de 2005, por tipo de contratación y sexo



1/ Ver gráfica G.1 para definición de trabajadores de Confianza "B".
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro H.4.
Principales indicadores por rangos de edad de los trabajadores valuados bajo la cobertura del convenio de octubre de 2005, al 31 de diciembre de 2010

Rangos de edad	Número de trabajadores			Edad promedio			Antigüedad promedio			Promedio mensual de salario base topado (pesos de 2010)1/		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
15-19	4	8	12	18.8	19.0	18.9	2.3	3.0	2.8	7,755	6,531	6,939
20-24	2,029	2,203	4,232	23.1	22.8	22.9	3.1	3.2	3.1	8,147	7,231	7,670
25-29	8,817	6,190	15,007	27.4	27.3	27.3	3.0	3.1	3.1	9,461	8,276	8,972
30-34	9,297	6,350	15,647	31.7	31.7	31.7	3.2	3.2	3.2	12,038	12,329	12,156
35-39	4,273	2,772	7,045	36.7	36.6	36.7	3.2	3.1	3.2	11,826	13,870	12,630
40-44	1,158	1,032	2,190	41.4	41.6	41.5	3.2	3.1	3.2	12,661	13,386	13,002
45-49	145	193	338	45.9	46.2	46.1	3.3	3.1	3.2	12,644	14,537	13,725
50-54	13	22	35	51.0	51.6	51.4	3.5	2.9	3.1	16,567	17,009	16,845
55-59	3	8	11	56.0	56.6	56.5	3.3	2.5	2.7	15,151	18,034	17,248
60 y +	1	2	3	60.0	61.0	60.7	2.0	3.0	2.7	16,912	19,518	18,649
Total	**25,740**	**18,780**	**44,520**	**30.9**	**30.7**	**30.8**	**3.1**	**3.2**	**3.1**	**10,847**	**10,709**	**10,789**

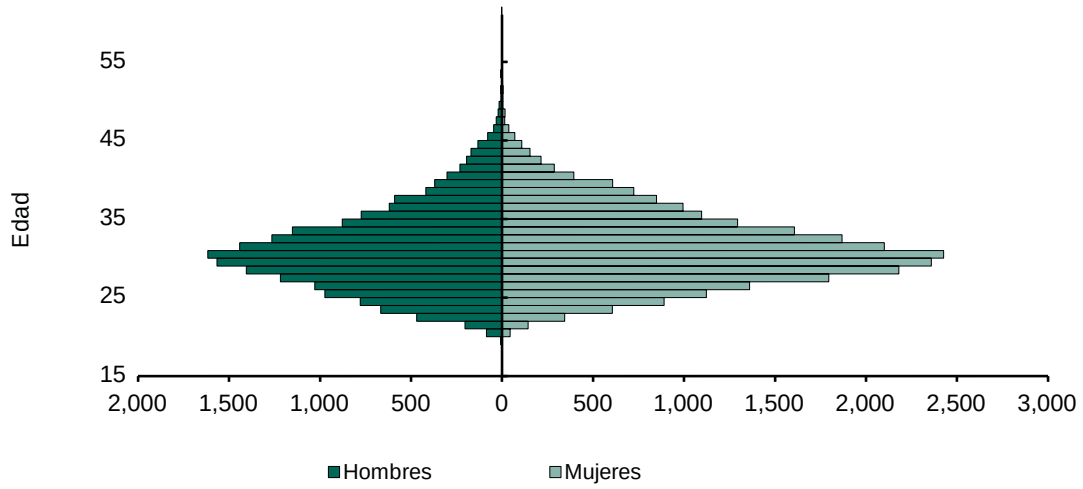
1/ La integración del salario base se realizó tomando los conceptos que establece el Artículo 5 del RJP. Asimismo, para los trabajadores de Base los salarios están topados a la categoría de Médico Familiar 80, y para los de Confianza dichos salarios están topados a la categoría de Director de Unidad Médica Hospitalaria B.
Fuente: DF, IMSS.

En la gráfica H.5 se presenta la pirámide de población por edad de los trabajadores valuados, observándose que el quinquenio con mayor frecuencia corresponde a las edades de entre 30 y 34 años, cuya antigüedad y salario promedio es, de acuerdo con el cuadro H.4, de 3.2 años y de 12,156 pesos mensuales equivalentes a 7 veces el SMGVDF.

H.2.2. Hipótesis financieras utilizadas en el estudio

Para llevar a cabo el "Estudio actuarial para determinar la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de las Obligaciones de Carácter Legal o Contractual, al 31 de diciembre de 2010" se utilizaron las hipótesis financieras que se señalan en el cuadro H.5, así como las bases biométricas que aparecen en el Panel B del cuadro H.3.

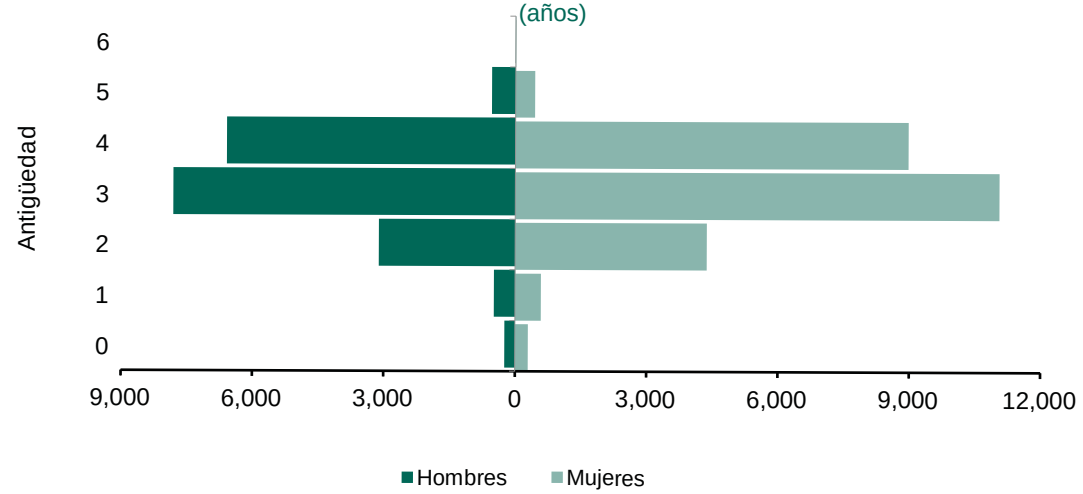
Gráfica H.5.
Pirámide poblacional por edad de los trabajadores valuados bajo la cobertura del Convenio de octubre de 2005, al 31 de diciembre de 2010
(años)



Fuente: DF, IMSS.

Por su parte, en la gráfica H.6 se muestra la pirámide de la población valuada por antigüedad, observándose que existe una alta concentración de trabajadores con 3 y 4 años de servicio en el IMSS.

Gráfica H.6.
Pirámide poblacional por antigüedad de los trabajadores valuados bajo la cobertura del Convenio de octubre de 2005, al 31 de diciembre de 2010
(años)



Fuente: DF, IMSS.

Cuadro H.5.
Hipótesis financieras utilizadas para la valuación de la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral

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.	6% del SBC en 2010, incrementándose esta tasa en 1% anualmente hasta alcanzar 7% en el 2011.
- Personal de Base de nuevo ingreso con fecha de ingreso posterior al 11 de agosto de 2004.	9% del SBC en 2010, incrementándose esta tasa en 1% anualmente hasta alcanzar 10% en el 2011.

Fuente: DF, IMSS.

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 constituyen el problema fundamental que enfrentan las áreas jurídicas del Instituto.

Para atacar ese problema, se sometió a consideración del H. Consejo Técnico (HCT) 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.

I.1. Materia laboral

En 2008, como una acción del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios, iniciado en 2004, la Dirección Jurídica del IMSS ejerció la facultad de atracción[201] 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. Estos eran atendidos originalmente por las delegaciones ubicadas en el Distrito Federal y en el Estado de México, y representaban 42.8 por ciento de los 96,237 juicios que a esa fecha se encontraban en trámite a nivel nacional.

I.1.1. Resultados en nivel central

Los resultados alcanzados con motivo de la atracción de los juicios laborales han sido positivos como se muestra a continuación.

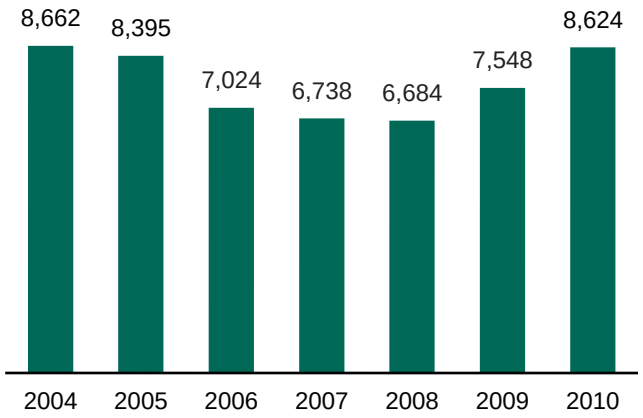
[201] Potestad de la Dirección Jurídica (DJ) para determinar los asuntos y juicios que por su importancia y trascendencia conocerá y atenderá directamente.

En materia de demandas notificadas, debido al mayor número de laudos favorables al Instituto, la tendencia a partir del año de 2005 ha sido a la baja (gráfica I.1). Sin embargo, en los años de 2009 y 2010 se observó un incremento importante, debido a lo siguiente:

i) Se elevó el número de demandas que se presentaron en contra del IMSS, demandando la integración de los conceptos 32 y 33 (estímulos de asistencia y puntualidad) en el salario base para el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio. Esta prestación representó 30 por ciento de las demandas recibidas durante 2010.

ii) Asimismo, se presentaron demandas que reclamaban prestaciones novedosas como son:
- el pago de diferencia de 38 días por año[202] laborado en el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio, y
- el pago de la diferencia de 5 días por año laborado, por los días 31 que tiene el año calendario, en el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio.

Gráfica I.1.
Demandas notificadas por las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2004-2010
(casos)



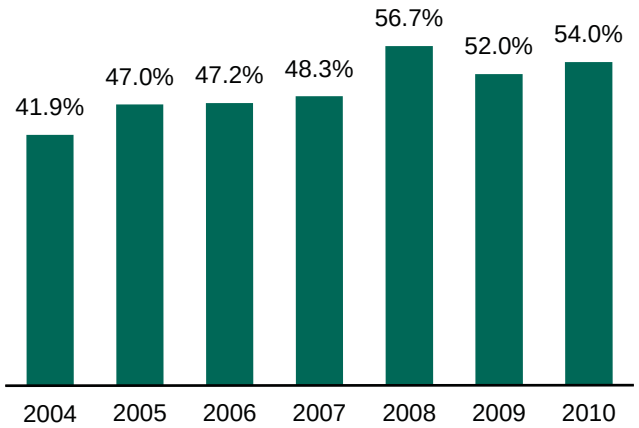
Fuente: Dirección Jurídica (DJ), IMSS.

Estas nuevas prestaciones reclamadas al IMSS representaron 10 por ciento de las demandas recibidas en 2010.

El reclamo de la prestación señalada en el primer caso se originó por el propio IMSS al no integrar estos conceptos en el salario base para el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio. Para solucionar esta situación, la Dirección Jurídica recomendó a la Unidad de Personal del Instituto que instruyera a las áreas operativas a nivel nacional, para que a partir del mes de enero de 2011 los conceptos de estímulos por asistencia y por puntualidad sean incluidos en el salario base para el pago de la prima de antigüedad de los trabajadores a los que se otorgue jubilación por años de servicio.

Los otros casos señalados son producto de la estrategia de los abogados que litigan en contra del IMSS y que buscan formas de generar nuevas prestaciones qué reclamar al Instituto para incrementar sus ingresos.

Gráfica I.2.
Laudos favorables notificados por las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2004-2010
(porcentajes)

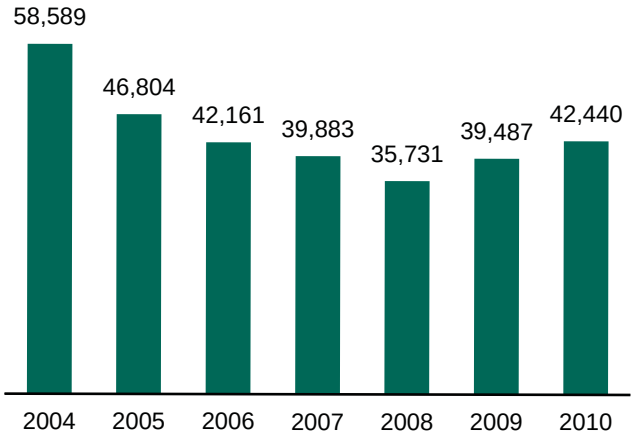


Fuente: DJ, IMSS.

[202] En el periodo 1970-1972 la prima de antigüedad equivalía a 50 días por año. A partir de 1973, la Ley Federal del Trabajo (LFT), dispuso que por esa prestación se pagaran sólo 12 días por año. En la actualidad, las personas que están reclamando esta prestación pretenden que se les paguen los 50 días, en vez de los 12 que la Ley vigente concede, es decir, hay una diferencia de 38 días.

En lo que se refiere a laudos favorables, la tendencia también ha sido de aumento, no obstante que el factor de incremento se ha visto influido en 2009 y 2010

Gráfica I.3.
Juicios laborales en trámite, radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2004-2010
(casos)

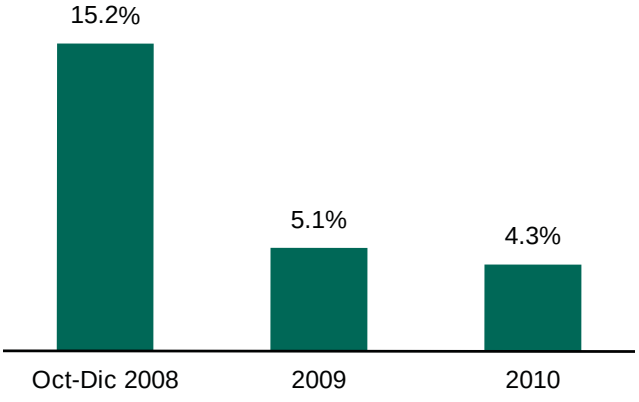


Fuente: DJ, IMSS.

por las mismas razones señaladas en los párrafos anteriores, como se puede apreciar en la gráfica I.2.

Como resultado de lo anterior, los juicios en trámite que atiende la Dirección Jurídica han seguido la misma tendencia, como se observa en la gráfica I.3, a pesar de que en los años de 2009 y 2010 han sufrido un ligero aumento por las razones antes señaladas.

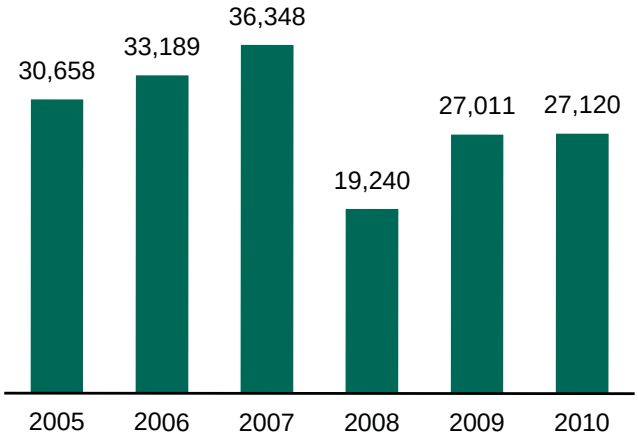
Gráfica I.4.
Audiencias diferidas en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2008-2010
(porcentajes)



Fuente: DJ, IMSS.

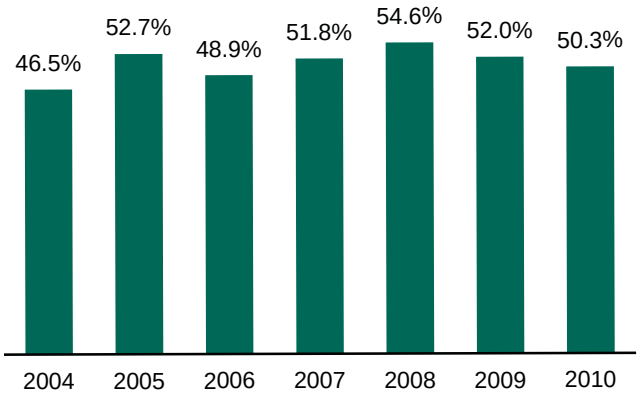
Por lo que se refiere al indicador de audiencias diferidas por razones imputables al Instituto, los resultados, al igual que los indicadores anteriores, han sido positivos con una disminución debido al estricto control que se ha establecido sobre abogados y juicios, como se muestra en la gráfica I.4.

Gráfica I.5.
Demandas notificadas a nivel nacional, 2005-2010
(casos)



Fuente: DJ, IMSS.

Gráfica I.6.
Laudos favorables al IMSS, 2004-2010
(porcentajes)

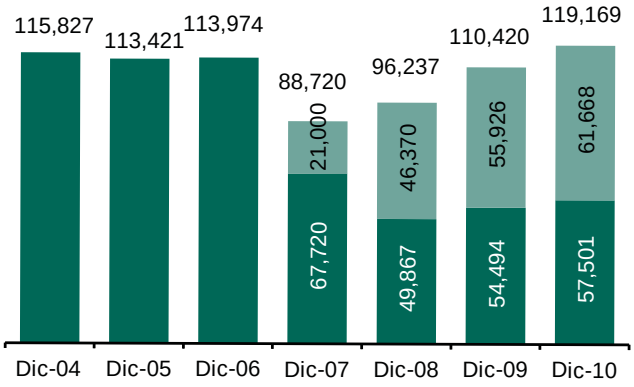


Fuente: DJ, IMSS.

I.1.2. Resultados a nivel nacional

Cabe señalar que durante el periodo de ejecución del Programa (2004-2010), los indicadores que muestran los resultados a nivel nacional también han sido por demás favorables, como se muestra en las gráficas I.5, I.6 e I.7.

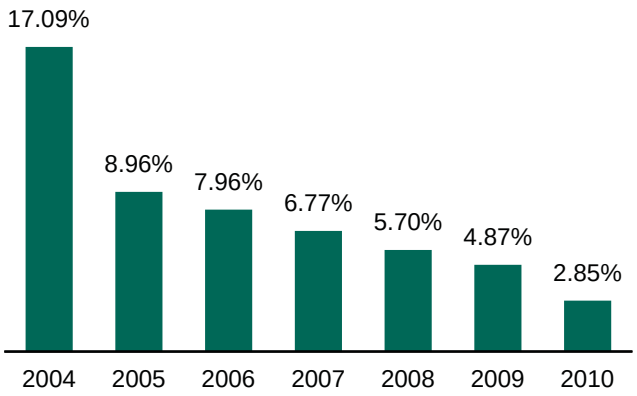
Gráfica I.7.
Juicios laborales en trámite, diciembre 2004-2010[1/]
(casos)



[1/] A partir de 2007 se excluyen los juicios radicados en Juntas Locales, así como los relativos al Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) que administran las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE). Las cifras de 67,720, 49,867, 54,494 y 57,501 de los años 2007, 2008, 2009 y 2010, respectivamente, sólo se refieren a juicios en trámite que se encuentran en etapa de instrucción, por lo que incluyendo los juicios en dictamen, laudo, ejecución y amparo, cuyas acciones de atención no corresponden al IMSS, el total asciende a 88,720, 96,237, 110,420 y 119,169, respectivamente.
Fuente: DJ, IMSS.

Por lo que se refiere al diferimiento de audiencias, para evitar que los juicios se prolonguen se han obtenido a nivel nacional resultados favorables (gráfica I.8). En 2004, 17.1 por ciento de las audiencias programadas se difirieron por causas imputables al IMSS. Para 2010, con la aplicación de las estrategias del Programa Nacional de Atención y Control de Juicios se alcanzó disminuir este porcentaje a 2.85 por ciento, lo que representa una disminución de 14.24 puntos porcentuales.

Gráfica I.8.
Audiencias diferidas a nivel nacional, 2004-2010
(porcentajes)

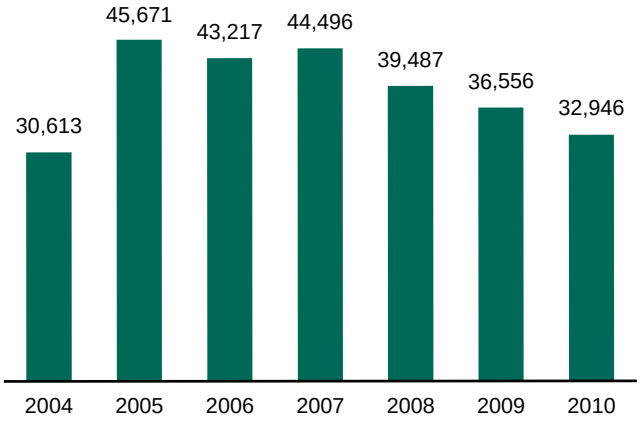


Fuente: DJ, IMSS.

I.2. Materia fiscal

Ante el gran número de juicios en trámite y el sentido desfavorable para el Instituto de múltiples sentencias dictadas por el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa (TFJFA), en marzo de 2008 la Dirección Jurídica determinó implementar un programa específico para prevenir las deficiencias de los actos impugnables al Instituto en materia fiscal, a fin de mejorar las expectativas de su defensa, incrementar las resoluciones favorables a este Instituto y coadyuvar a elevar la recaudación de los ingresos fiscales. Bajo el marco del Programa mencionado se han obtenido los siguientes resultados.

Gráfica I.9.
Juicios fiscales en trámite, a nivel nacional, 2004-2010
(casos)



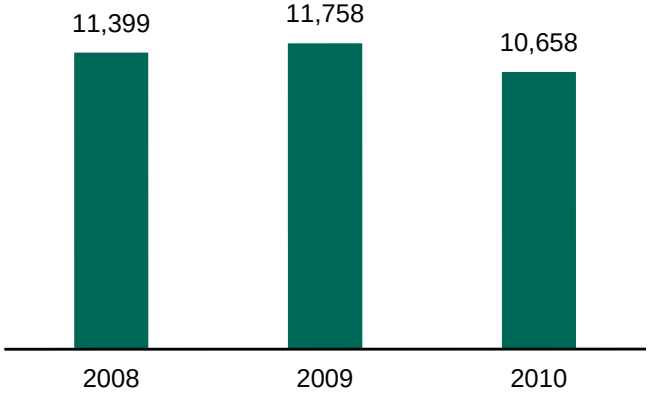
Fuente: DJ, IMSS.

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 es favorable al Instituto, toda vez que se ha venido observando una tendencia a la baja desde 2007. De 2008 a 2010 el número de juicios en trámite disminuyó en 16.6 por ciento (gráfica I.9).

Los juicios fiscales concluidos con sentencias desfavorables para el Instituto bajaron en 2010, toda vez que, como se muestra en la gráfica I.10, han disminuido en 6.5 por ciento las sentencias que declaran la nulidad lisa y llana respecto a 2008[203].

[203] Sentencias que declaran la nulidad lisa y llana son aquellas en las que no se puede dictar nueva resolución o reponer el procedimiento.

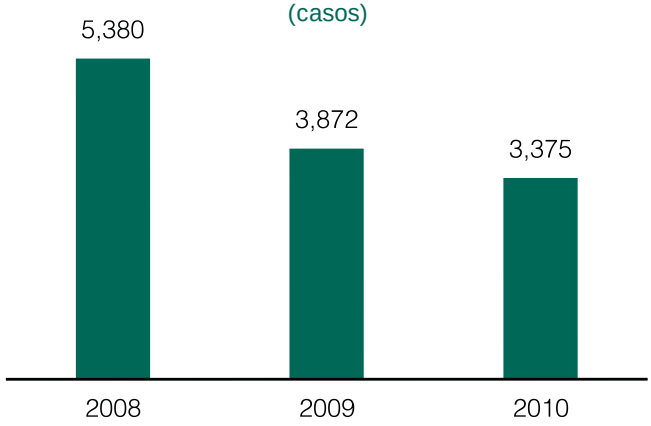
Gráfica I.10.
Sentencias a nivel nacional en las que se declara la nulidad lisa y llana de los actos impugnados, 2008-2010
(casos)



Fuente: DJ, IMSS.

En este mismo sentido, como se muestra en la gráfica I.11, las sentencias que declaran la nulidad para efectos de los actos impugnados[204] han disminuido en 37.3 por ciento desde 2008.

Gráfica I.11.
Sentencias a nivel nacional en las que se declara la nulidad para efectos de los actos impugnados, 2008-2010
(casos)



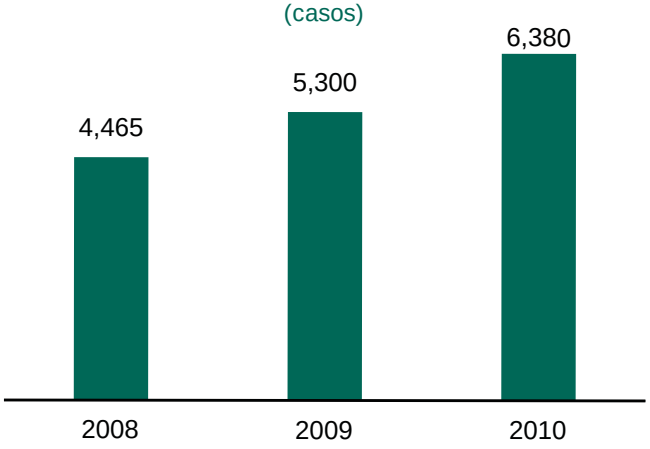
Fuente: DJ, IMSS.

En este contexto de resultados favorables, los juicios ganados en que las sentencias declaran la validez del acto impugnado[205] se han incrementado en 42.9 por ciento, como se aprecia en la gráfica I.12.

[204] Sentencias que declaran la nulidad para efectos son aquellas en las que se declara la nulidad de la resolución impugnada por vicios de forma o de procedimiento, para el efecto de emitir una nueva resolución subsanando el vicio que causó la nulidad, o reanudar el procedimiento, desde el momento en que se cometió la violación. También se considerarán en este rubro las sentencias que declaren la nulidad lisa y llana tratándose de la incompetencia, ya que la autoridad competente puede iniciar el procedimiento o dictar una nueva resolución.

[205] Juicio ganado es aquel en el que se reconoce la validez del acto impugnado. En este rubro deberán considerarse también el desechamiento de la demanda y los acuerdos en los que se tenga por no presentada la demanda, ya que en estos casos los actos continuarán gozando de la presunción de validez.

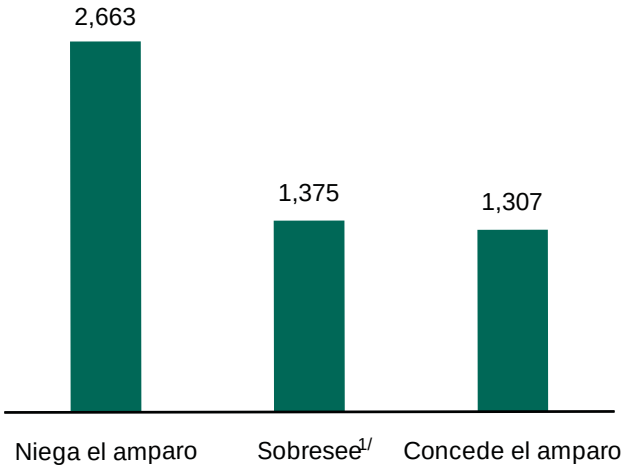
Gráfica I.12.
Sentencias a nivel nacional en las que se declara la validez de los actos impugnados, 2008-2010
(casos)



Fuente: DJ, IMSS.

Por otra parte, en el ejercicio de 2010 se tramitaron 9,627 juicios de amparo en materia administrativa y fiscal promovidos en contra de decretos que reforman diversas disposiciones de la LSS y sus Reglamentos, así como por actos emitidos por autoridades del Instituto. Al 31 de diciembre de 2010 se concluyeron 5,345 juicios, obteniéndose los resultados que se observan en la gráfica I.13.

Gráfica I.13.
Sentido de las sentencias emitidas en juicios de amparos por el Poder Judicial de la Federación
(casos)



1/ Juicio de amparo fiscal sobreseído es aquel en el que se actualiza alguna de las causas de sobreseimiento previstas por el Artículo 74 de la Ley de Amparo, por lo que no se resuelve acerca de la constitucionalidad del acto reclamado.
Fuente: DJ, IMSS.

Oficio a Presidentes de Comisiones de la Cámara de Senadores

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"2011, Año del Turismo en México"
Dirección General

México, D.F., a 31 de marzo de 2011
Oficio Número: 0952170500/**083**

SENADOR JOSÉ ISABEL TREJO REYES
Presidente de la Comisión de Hacienda y Crédito Público

SENADORA MINERVA HERNÁNDEZ RAMOS
Presidenta de la Comisión de Seguridad Social

SENADOR CARLOS ACEVES DEL OLMO
Presidente de la Comisión de Trabajo y Previsión Social

SENADOR ROGELIO HUMBERTO RUEDA SÁNCHEZ
Presidente de la Comisión de Estudios Legislativos Primera

Distinguida Señora y señores senadores:

Como es de su conocimiento, con motivo de la aprobación de la Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011, las comisiones dictaminadoras de la iniciativa correspondiente, acordaron en aquel entonces, la conveniencia de citar a comparecer al Titular del Instituto Mexicano del Seguro Social, a efecto de que acudiese a explicar las condiciones y circunstancias que hicieron necesaria la autorización excepcional por parte del Congreso de la Unión, de la transferencia de parte de los excedentes de las reservas de los seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos de Trabajo a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad, así como el uso de la misma y las medidas y soluciones estructurales que al efecto propusiese el Director General del Organismo.

En virtud de lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 66 numeral 1, inciso e) y 98 numeral 1 de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, y 133 fracción IX del Reglamento del Senado de la República, fui citado, por conducto del Secretario de Gobernación, a comparecer ante las comisiones unidas de Seguridad Social; de Hacienda y Crédito Público; de Estudios Legislativos, Primera, y de Trabajo y Previsión Social.

De esta forma, el día 2 de marzo del presente año en acatamiento al citatorio formulado por las comisiones unidas antes mencionadas, tuve el honroso privilegio de reunirme con sus integrantes.

Como punto de partida de dicha reunión, a fin de enmarcar la discusión, se señaló que el Artículo 1 de la Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011, estableció, en su parte conducente, que el Instituto Mexicano del Seguro Social, podrá transferir a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad el excedente de

las reservas de los seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos de Trabajo de acuerdo con las estimaciones de suficiencia financiera de largo plazo de estos últimos seguros.

En este contexto, manifesté a las señoras y señores senadores, que de acuerdo a los estudios actuariales realizados, año con año, se ha identificado que los seguros de Invalidez y Vida, y de Riesgos de Trabajo han observado superávit en años recientes y en consecuencia acumulado las reservas financieras y actuariales que se establecen en la Ley.

Al respecto, uno de los debates sostenidos durante la discusión de la referida Ley de Ingresos, fue acerca de la dimensión de ese excedente acumulado en las reservas, y el compromiso que se hizo por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, fue el de realizar un estudio actuarial específico a fin de ponerlo a consideración de las señoras y señores legisladores, del cual en la reunión antes mencionada me permití hacer entrega de una copia y un resumen del mismo a cada uno de los presidentes de las comisiones convocantes; en dichos documentos se precisa el importe del excedente de las reservas que se tiene en los seguros de Invalidez y Vida, y Riesgos de Trabajo, que en conjunto asciende a 72,565.7 millones de pesos (mdp), correspondiendo 29,579.6 mdp al Seguro de Riesgos de Trabajo y 42,986.1 mdp al de Invalidez y Vida.

El despacho actuarial LOCKTON, Consultores Actuariales, Agentes de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V., que llevó a cabo esta evaluación elaboró dos escenarios, contemplando horizontes de estudio de 25, 50 y 100 años. La recomendación que hace el despacho actuarial, con la que coincidimos plenamente, es que de estos dos escenarios el que se debe de tomar en cuenta es el más pesimista, es decir, aquel en donde se contempla que todas las variables que se han considerado pueden tener un comportamiento diferente al que han tenido hasta hoy, y que esto sucede en el mismo momento.

El resultado en el escenario pesimista es que estos dos seguros no requerirían la creación de reservas en los próximos 25, 50 y 100 años. Sin embargo, se tomó la decisión de dejar un monto prudencial de las reservas de los seguros de Invalidez y Vida y Riesgos de Trabajo para hacer frente a cualquier cambio en las variables en los próximos años.

Como lo expuse en la reunión, la reserva prudencial que se está planteando es de alrededor del 20% de los ingresos esperados provenientes de las cuotas obrero patronales y estatales de un año, lo cual que equivale aproximadamente a 11, 344 mdp. Reitero, esto es en línea con la recomendación del despacho actuarial; por lo que solo se transferirá, por única vez, a las reservas del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en acatamiento estricto a lo que dispone la Ley de Ingresos para el ejercicio fiscal de 2011, 61,221.5 mdp.

Por otra parte, a fin de atender la solicitud expresa que se hace en los considerandos de la Ley de Ingresos antes citada, en el sentido de esbozar y plantear medidas que aunadas y acompañadas a las que ya hemos señalado, pudieran ir generando mayores espacios financieros, señalamos, entre otras, dos propuestas que se detallan a continuación:

1) El rebalanceo de primas entre seguros

De acuerdo con los resultados de las valuaciones actuariales al 31 de diciembre de 2009-2010 contenidas en el Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión, sobre la Situación Financiera del Instituto, se destaca en el Capítulo III, "Resultados de las Valuaciones Actuariales", que el Seguro de Enfermedades y Maternidad, enfrenta fuertes presiones financieras producidas por factores diversos mientras el Seguro de Invalidez y Vida y el de Riesgos de Trabajo presentan un balance positivo con excedentes financieros proyectados aún para el largo plazo.

Con relación al Seguro de Enfermedades y Maternidad el aumento de la prima de gasto en el período de proyección se debe al efecto combinado de tres factores: i) el incremento anual del costo unitario del servicio médico en términos reales; ii) el incremento anual de la relación de pensionados y jubilados con respecto a los trabajadores activos, y iii) la aplicación de las probabilidades de sobrevivencia del nuevo esquema de pensiones, las cuales consideran un incremento anual de la esperanza de vida de los pensionados para el período 2010 a 2050. En consecuencia, cada año será necesario destinar un mayor porcentaje de la masa salarial de los trabajadores en activo para cubrir las obligaciones del seguro principalmente del ramo de pensionados.

En virtud de lo anterior, y dado que la prima establecida en la Ley para la cobertura de los Gastos Médicos de Pensionados, es de 1.5% de los salarios de cotización, se observa el grado de desfinanciamiento que ya tiene esta cobertura, y que aumentará con el tiempo. En resumen, es evidente que el rubro de Gastos Médicos de Pensionados presenta una situación financiera insostenible con la prima de Ley actual, de 1.5% de los salarios de los trabajadores activos y se destaca que la prima nivelada de gasto en el período de 50 años se mueve en un rango de 12.5% a 13.9%.

Por otro lado, según dichas valuaciones, el Seguro de Invalidez y Vida podría hacer frente a sus obligaciones durante un lapso de 50 años con una prima de 1.75% sobre el salario base de cotización, incluyendo las obligaciones por prestaciones económicas y el gasto administrativo, en lugar de la de 2.5% que actualmente señala la Ley del Seguro Social.

Lo anterior, con base en el comportamiento esperado de la siniestralidad de la población expuesta, que combinado con el desempeño esperado de la acumulación de saldos de las cuentas individuales del Sistema de Ahorro para el Retiro, arrojan un escenario de obligaciones totales del seguro menores a las originalmente esperadas.

En este contexto, el rebalanceo de primas consistiría en transferir esa prima excedente del 0.75%, del Seguro de Invalidez y Vida, al financiamiento de las prestaciones en especie de la cobertura de los Gastos Médicos de Pensionados, para pasar de la actual prima de 1.5% a la de 2.25% de los salarios base de cotización.

Esta transferencia se haría de forma tal, que tanto los patrones como los trabajadores y el Gobierno Federal continúen participando en el financiamiento del Seguro de Invalidez y Vida y de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en la misma proporción en que lo hacen actualmente.

Por lo que se refiere al Seguro de Riesgos de Trabajo, al disponerse del excedente de las reservas de este Seguro y con base en la siniestralidad esperada e incluyendo los costos del servicio médico de los pensiones provisionales, la prima promedio actual, que se calcula en 1.80% de los salarios base de cotización, prácticamente se encontraría en equilibrio, por lo que no requeriría ajuste alguno.

Con esta medida, se evita que a futuro se sigan acumulando excedentes de recursos en las reservas correspondientes, además de que se logra una mejor redistribución de las cuotas obrero patronales, por seguro.

Dentro de este orden de ideas, la propuesta sería la siguiente:

TEXTO ACTUAL	TEXTO PROPUESTO
Artículo 25. En los casos previstos por el artículo 23, el Estado aportará la contribución que le corresponda en términos de esta Ley, independientemente de la que resulte a cargo del patrón por la valuación actuarial de su contrato, pagando éste, tanto su propia cuota como la parte de la cuota obrera que le corresponda conforme a dicha valuación.	*"**Artículo 25.** ...*
Para cubrir las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad de los pensionados y sus beneficiarios, en los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida, así como retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, los patrones, los trabajadores y el Estado aportarán una cuota de uno punto cinco por ciento sobre el salario base de cotización. De dicha cuota corresponderá al patrón pagar el uno punto cero cinco por ciento, a los trabajadores el cero punto trescientos setenta y cinco por ciento y al Estado el cero punto cero setenta y cinco por ciento.	*Para cubrir las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad de los pensionados y sus beneficiarios, en los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida, así como reliro, cesantía en edad avanzada y vejez, los patrones, los trabajadores y el Estado aportarán una cuota de **dos punto doscientos cincuenta** por ciento sobre el salario base de cotización. De dicha cuota corresponderá al patrón pagar el **uno punto quinientos setenta y cinco** por ciento, a los trabajadores el **cero punto quinientos sesenta y tres** por ciento y al Estado el **cero punto ciento trece** por ciento."*
Artículo 147. A los patrones y a los trabajadores les corresponde cubrir, para el seguro de invalidez y vida el uno punto setenta y cinco por ciento y el cero punto seiscientos veinticinco por ciento sobre el salario base de cotización, respectivamente.	*"**Artículo 147.** A los patrones y a los trabajadores les corresponde cubrir, para el seguro de invalidez y vida el **uno punto doscientos veinticinco** por ciento y el **cero punto cuatrocientos treinta y ocho** por ciento sobre el salario base de cotización, respectivamente."*

2) Seguro de Salud para la Familia

La Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995, en congruencia con el objeto de la Seguridad Social que tiene a su cargo el Instituto Mexicano del Seguro Social, incluyó un esquema tendente a la universalización de la cobertura de seguridad social en lo relativo a la atención de la salud de la población en general.

De esa forma, dentro del Régimen Voluntario, se estableció el Seguro de Salud para la Familia, por el que mediante el pago de una cuota fija equivalente entonces a 135 nuevos pesos mensuales, cualquier trabajador que no fuera sujeto del Régimen Obligatorio del Seguro Social, tendría la opción de celebrar un contrato con el Instituto para que él y su familia tuvieran derecho a las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad previsto en dicha Ley. Asimismo, se previó que el Instituto establecería las reglas de carácter general respecto de la determinación de las condiciones para el aseguramiento correspondiente.

En este contexto, se consideró una aportación del Gobierno Federal por cada familia asegurada, igual a la cuota fija que cubre para el financiamiento de las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad tratándose de los sujetos del Régimen Obligatorio.

Así, se posibilitó el acceso a los servicios médicos institucionales a muchas familias con capacidad económica para cubrir la aportación señalada, que por encontrarse ubicados en sectores no formales de la economía sólo tenían como alternativas asistir a los servicios públicos de salud con cargo al Estado, o bien, a la medicina privada.

En el año 2001, el H. Congreso de la Unión aprobó un importante conjunto de reformas a la Ley del Seguro Social, en la que se incluyó el artículo 242, cuya modificación tuvo como finalidad adecuar las primas del Seguro de Salud para la Familia, tomando en consideración el comportamiento de las transiciones demográfica y epidemiológica, la realidad de la transformación socioeconómica del país y el cambio poblacional de crecimiento del segmento de más de 65 años de edad.

A la par, se observó el comportamiento de la esperanza de vida, la cual se incrementó en la década de los noventas, en seis meses más por cada año, en promedio, ubicándose en 2001 en 77 años para las mujeres y 73 años para los hombres.

Estas nuevas condiciones demográficas y sociales implicaban la necesidad de realizar un mayor esfuerzo general para preservar la salud de toda la población y, en lo particular, para mejorar la calidad de vida de la población en situación de retiro, dado que el éxito de la medicina y una mayor esperanza de vida se expresan también en un incremento en el índice de las enfermedades asociadas con la edad avanzada, generalmente, de carácter crónico-degenerativo, de diagnóstico y tratamiento más complejo y oneroso, como son las afecciones renales, cardiovasculares, oncológicas y diabéticas.

Lo anterior conlleva también a una creciente exigencia social de mejoría en la calidad y calidez de los servicios médicos ofrecidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social a sus usuarios; en la extensión de la cobertura institucional acorde a las expectativas de desarrollo del país, y en la atención del rezago, hoy atacado con seria determinación, en la inversión de infraestructura, equipamiento médico y mobiliario.

En relación con el Seguro de Salud para la Familia, mediante la reforma en comento se pasó a un esquema de financiamiento basado en cuotas anuales diferenciadas por grupo de edad, las cuales se actualizan en febrero de cada año con la variación anual del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Adicionalmente, con esta reforma se vinculó el valor de las primas a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor, a fin de mantenerlas actualizadas.

Aún con esas reformas, actualmente la Ley no prevé un mecanismo que permita ajustar las cuotas en congruencia con la dinámica de la demanda de la población en el acceso a servicios de atención médica, que constituye para el Instituto una herramienta necesaria para conservar el equilibrio financiero de este Seguro, de manera que la ampliación de su cobertura no represente demérito en la calidad y oportunidad de los servicios que el IMSS otorga a los derechohabientes.

En este orden de ideas, debe considerarse que el Consejo Técnico del Instituto, en su carácter de Órgano de Gobierno, cuenta con las facultades previstas en la fracción I, del artículo 251 y en la facción II, del artículo 264, de la Ley del Seguro Social, para administrar el Seguro de Salud para la Familia, así como para realizar las acciones necesarias y oportunas para vigilar su equilibrio financiero y con ello asegurar el otorgamiento del servicio con la calidad y calidez requeridas.

Por ello, se estima conveniente reformar el artículo 242 de la Ley del Seguro Social, a efecto de que en lo sucesivo sea el Consejo Técnico del Organismo quien determine el importe de las cuotas del Seguro de Salud para la Familia, mediante la realización de los análisis y estudios actuariales pertinentes, de tal manera que el ajuste a las mismas responda con oportunidad a la satisfacción de la demanda de servicios médicos de la población no derechohabiente, manteniendo la calidad de dichos servicios.

Con esta propuesta se tiene en consideración que el Seguro de Salud para la Familia corresponde a una cobertura del Régimen Voluntario del Seguro Social, es decir, que al no tratarse de uno de los seguros que integran el Régimen Obligatorio del Seguro Social, las cuotas para su financiamiento no tienen la naturaleza jurídica de contribuciones, sino de aprovechamientos, en términos del Código Fiscal de la Federación y de las determinaciones del Poder Judicial Federal.

Dicho de otra forma, al celebrar los convenios relativos al Seguro de Salud para la Familia, el Instituto Mexicano del Seguro Social no actúa con el carácter de autoridad fiscal, sino como entidad aseguradora, por lo cual no se requiere que las primas correspondientes a dicho Seguro se encuentren establecidas en la Ley, a diferencia de las cuotas de los

seguros del Régimen Obligatorio, que al tener el carácter de contribuciones, sus elementos esenciales, entre ellos, la prima, sí deben establecerse en una norma que tenga el carácter de ley en los aspectos formal y material.

En este sentido, el planteamiento sería el siguiente:

TEXTO ACTUAL

"Artículo 242. Todos los sujetos que voluntariamente se incorporen al seguro de salud para la familia, incluidos los familiares a que se refiere el artículo anterior y cualquier familiar adicional pagarán anualmente la cuota establecida correspondiente, clasificándose por el grupo de edad a que pertenezcan. Las cuotas serán calculadas de acuerdo a la siguiente tabla, la cual será actualizada en febrero de cada año de acuerdo al incremento en el Índice Nacional de Precios al Consumidor del año calendario anterior.

Edad del miembro de la familia en años cumplidos	Cuota total en moneda nacional por miembro del grupo de edad señalado
0 a 19	889.
20 a 39	1,039.
40 a 59	1,553.
60 o más	2,337.

El Estado contribuirá conforme a lo dispuesto en la fracción III del artículo 106 de la presente Ley por familia, independientemente del tamaño de la familia."

TEXTO PROPUESTO

*"**Artículo 242.** Todos los sujetos que voluntariamente contraten el seguro de salud para la familia, incluidos los familiares a que se refiere el artículo anterior y cualquier familiar adicional, pagarán anualmente las primas correspondientes, las cuales serán determinadas por el Consejo Técnico del Instituto, previa realización de los análisis y estudios actuariales respectivos, mismas que deberán, una vez aprobadas, ser publicadas en el Diario Oficial de la Federación.*

El Estado contribuirá conforme a lo dispuesto en la fracción III del artículo 106 de la presente Ley por familia, independientemente del número de personas que la integren."

Transitorios

***Primero.** El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.*

***Segundo.** Las personas que a la fecha de inicio de vigencia del presente Decreto tengan contratado con el Instituto Mexicano del Seguro Social un Seguro de Salud para la Familia, continuarán recibiendo los servicios médicos correspondientes sin que se modifique el importe de las cuotas respectivas hasta la terminación del periodo anual contratado con anterioridad a la fecha mencionada.*

***Tercero.** Las personas que se encuentren aseguradas en el Seguro de Salud para la Familia que al entrar en vigor el presente Decreto, de acuerdo con su expediente clínico y el dictamen que elabore el personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, padezcan una enfermedad que requiera de tratamientos de soporte de vida, al renovar su aseguramiento anualmente, continuarán pagando las cuotas respectivas conforme a las disposiciones del artículo 242 de la Ley del Seguro Social vigentes con anterioridad a la entrada en vigor de la reforma contenida en este Decreto.*

Deseo enfatizar, que desde el punto de vista de política pública, con las medidas que se aprobaron a través de la Ley de Ingresos, con los esfuerzos de eficiencia administrativa y fortalecimiento de los ingresos, y con las dos propuestas detalladas en el presente documento que, en tiempo y forma, de acuerdo a los compromisos adquiridos y al mandato del Poder Legislativo, hoy someto a su consideración se tendría, a mediano plazo, una mejor perspectiva de viabilidad financiera presupuestaria del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Aprovecho la oportunidad para reiterarles las seguridades de mi más alta y distinguida consideración.

Daniel Karam Toumeh
Director General

C.c.p. Lic. José Francisco Blake Mora, Secretario de Gobernación. Presente.- Para su conocimiento.
C.c.p. Act. Ernesto Javier Cordero Arroyo, Secretario de Hacienda y Crédito Público. Presente.- Para su conocimiento.

Glosario

Activo (término contable). Es el recurso controlado por una entidad, identificado y cuantificado en términos monetarios, del que se esperan fundamentalmente beneficios económicos futuros, derivado de operaciones ocurridas en el pasado, que han afectado económicamente a dicha entidad.

Activo circulante (término contable). Es el recurso controlado por una entidad, identificado y cuantificado en términos monetarios, del que se esperan fundamentalmente beneficios económicos futuros, derivados de las operaciones ocurridas en el pasado y que se convertirán en efectivo o se realizarán dentro de los próximos 12 meses.

Asegurado. Es el trabajador o sujeto de aseguramiento inscrito ante el Instituto en los términos de la Ley del Seguro Social.

Asegurado no trabajador. Es aquella persona que aun no siendo trabajador afiliado por su patrón, por tener una relación laboral subordinada y remunerada, tiene derecho a los beneficios del Seguro Social. Incluye, entre otros, y para efectos de este Informe, a los pensionados, estudiantes, familiares de los trabajadores del IMSS y de la Comisión Federal de Electricidad (Seguro Facultativo, Modalidad 32), y a los afiliados al Régimen Voluntario, a través de las modalidades de Continuación Voluntaria (Modalidad 40) y Seguro de Salud para la Familia (Modalidad 44) (ver Modalidad de aseguramiento).

Balance general (término contable). También llamado estado de situación financiera o estado de posición financiera, que muestra información relativa a una fecha determinada sobre los recursos y obligaciones financieros de la entidad; por consiguiente, los activos en orden de su disponibilidad, revelando sus restricciones; los pasivos atendiendo a su exigibilidad, revelando sus riesgos financieros, así como el patrimonio contable a dicha fecha.

***Benchmark* (término financiero).** Término en inglés, de uso común en la terminología financiera, que significa punto de referencia. Un *benchmark* es un índice del valor de mercado de un portafolio hipotético de activos financieros que cumple con el régimen, restricciones y perfil del portafolio institucional con el que se le contrasta. El objetivo es evaluar cómo se compara la evolución del *benchmark* con el índice del valor de mercado de la reserva o fondo del IMSS.

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

Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA). Es un espacio dentro de las Unidades Médicas Rurales (UMR) y de los Hospitales Rurales (HR) del Régimen IMSS-Oportunidades dedicado a los jóvenes. Está acondicionado para crear un ambiente amigable en el que los adolescentes participen de manera sistemática en sesiones educativas de salud, a través de diversas actividades. En las sesiones que se imparten a los adolescentes participa un equipo multidisciplinario conformado por: un médico, un psicólogo, una

enfermera, una trabajadora social y un estomatólogo en los HR; y en las UMR, por un médico y un auxiliar del área médica.

Centro de Atención Rural Obstétrica (CARO). Área ubicada en el ámbito de responsabilidad del Programa IMSS-Oportunidades destinada a la atención de la mujer y su producto, durante el embarazo, parto y puerperio en comunidades de difícil acceso y alta marginación, a través de cuidados obstétricos esenciales proporcionados por un médico general y auxiliares de área médica.

Certificado de la Tesorería de la Federación (CETES). Título de crédito al portador denominado en moneda nacional que está a cargo del Gobierno Federal.

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

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

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

Cuenta individual. Es aquella que se abre para cada asegurado en las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE), 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 integra por las subcuentas: de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; de vivienda y de aportaciones voluntarias. Respecto de la subcuenta de vivienda, las AFORE deberán hacer entrega de los recursos al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) en los términos de su propia Ley.

Derechohabiente. Es el(la) asegurado(a), el(la) pensionado(a) 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.

Devengado (término contable). Es el reconocimiento y registro de un ingreso o un gasto en el periodo contable a que se refiere, a pesar de que el desembolso o el cobro pueda realizarse, todo o en parte, en el periodo anterior o posterior.

Equilibrio financiero (de un seguro). Se establece como la igualdad entre el valor presente de los ingresos futuros totales y el valor presente de los gastos futuros totales, para un periodo determinado.

Estados financieros (término contable). Muestran los resultados del manejo de los recursos encomendados a la administración de la entidad, por lo que, para satisfacer ese objetivo, deben proveer información

sobre la evolución de los activos, pasivos, patrimonio contable, ingresos y gastos, los cambios en el patrimonio contable y los flujos de efectivo o de cambios en la situación financiera.

Estado de resultados (término contable). Muestra la información relativa al resultado de las operaciones en un periodo y, por ende, de los ingresos, gastos, así como de la utilidad (pérdida) neta o cambio neto en el patrimonio contable resultante en el periodo.

Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral). Es administrado por el IMSS con el objeto de disponer de los recursos necesarios para el pago de las jubilaciones de sus propios trabajadores. La 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 (RJP) de sus empleados, que sean originados por la creación, sustitución o contratación de plazas. Conforme a la propia Ley, este fondo deberá registrarse en dos cuentas, denominadas Cuenta Especial para el RJP y Cuenta de Otras Obligaciones Laborales.

- La Cuenta Especial para el RJP se integra a su vez por dos Subcuentas:
  - Subcuenta 1 (RJPS1). Se integra con los recursos acumulados en el FCOLCLC hasta el 11 de agosto de 2004 y se utiliza para el pago de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de Base, trabajadores de Confianza "B" y de los jubilados y pensionados del RJP que ostentaban esta condición hasta el 16 de octubre de 2005.
  - Subcuenta 2 (RJPS2). Se constituye y se incrementa con la aportación al RJP excedente a 3 por ciento del salario, establecida para los trabajadores en activo, de Base y Confianza "B", que ostentaban 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. Este excedente que inició en 1 por ciento del salario en 2005 se ha incrementado un punto porcentual cada año, hasta llegar a 7 por ciento del salario. A esta subcuenta también se destina la aportación de 4 por ciento del salario al financiamiento del RJP de los trabajadores de Base y de Confianza "B" que ingresen al Instituto a partir del 16 de octubre de 2005, la cual se incrementará en un punto porcentual en cada revisión anual hasta alcanzar 10 por ciento del salario, lo que conforma la Subcuenta 2B.
- La Cuenta de Otras Obligaciones Laborales no presenta a la fecha recursos acumulados.

Gastos Médicos de Pensionados (GMP). Ver Seguro de Enfermedades y Maternidad.

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

Hospital Rural (HR). Unidad médica de segundo nivel de atención perteneciente al Programa IMSS-Oportunidades, ubicado en zonas rurales o semiurbanas en diferentes entidades del país; el servicio médico es completamente gratuito y puede ser solicitado por cualquier persona sea o no derechohabiente.

Indemnización global (del Seguro de Riesgos de Trabajo). Es la prestación establecida por la Ley del Seguro Social, consistente en el pago de cinco anualidades de una pensión de incapacidad permanente o parcial, en el Seguro de Riesgos de Trabajo, con evaluación definitiva de hasta 25 por ciento. Y será optativa para el trabajador, cuando la valuación exceda de 25 por ciento sin rebasar 50 por ciento.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios que tiene a su cargo la organización y administración del Seguro Social (Ley del Seguro Social, Artículo 5).

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

Modalidad de aseguramiento. Se refiere a grupos de asegurados y sus familiares que gozan de distintos seguros. Existen 15 modalidades de aseguramiento en el IMSS:

- Trabajadores permanentes y eventuales del campo (Modalidad 10).
- Trabajadores permanentes y eventuales del campo (Modalidad 13).
- Trabajadores eventuales del campo cañero (Modalidad 14).
- Reversión de cuotas por subrogación de servicios (Modalidad 17).
- Productores de caña de azúcar (Modalidad 30).
- Seguro Facultativo (Modalidad 32).
- Seguro de Salud para la Familia (Modalidad 33).
- Trabajadores domésticos (Modalidad 34).
- Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio (Modalidad 35).
- Trabajadores al servicio de los gobiernos de los Estados (Modalidades 36, 38 y 42).
- Continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio (Modalidad 40).
- Incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio (Modalidad 43).
- Trabajadores independientes (Modalidad 44).

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.

Nota estructurada (término financiero). Valor referenciado a un subyacente o índice, que da al poseedor la posibilidad de obtener un rendimiento sobre su inversión, de acuerdo con las características establecidas en el mismo.

Outsourcing. Es el uso de recursos exteriores a la empresa para realizar actividades tradicionalmente ejecutadas por personal y recursos internos. Es una estrategia de administración por medio de la cual una empresa delega la ejecución de ciertas actividades a empresas altamente especializadas. Cuando en la contratación de trabajadores para un patrón, a fin de que ejecuten trabajos o presten servicios para él, participe un intermediario laboral, cualquiera que sea la denominación que patrón e intermediarios asuman, ambos serán responsables solidarios entre sí y en relación con el trabajador, respecto del cumplimiento de las obligaciones contenidas en la Ley del Seguro Social.

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

Pasivo circulante (término contable). Es una obligación presente de la entidad, identificada y cuantificada en términos monetarios, y que representa una disminución futura de beneficios económicos, derivada de operaciones ocurridas en el pasado y que son exigibles en un plazo no mayor a un año.

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

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

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

Pensión definitiva (del Seguro de Riesgos de Trabajo). Una pensión definitiva es la prestación económica que reciben los trabajadores asegurados, en el Seguro de Riesgos de Trabajo, una vez que se les declara una incapacidad permanente parcial o total de carácter definitivo, la cual les impedirá reincorporarse al mercado laboral realizando una actividad igual a la que tenían antes de ocurrir el riesgo que ocasionó la incapacidad.

Pensión definitiva (del Seguro de Invalidez y Vida). Es la que corresponde al estado de invalidez que se estima de naturaleza permanente. (Artículo 121 de la Ley del Seguro Social).

Pensión en curso de pago. Son las pensiones que se encuentran vigentes al momento del informe o del reporte que se rinde, y a las cuales se les tiene que cubrir el pago correspondiente en términos de la Ley del Seguro Social (LSS) bajo la que fueron otorgadas, ya sea la LSS de 1973 (LSS 1973) o la LSS de 1997 (LSS 1997). Para efectos prácticos, se denominan pensiones en curso de pago de la LSS 1973 a las pensiones definitivas que deben ser cubiertas por el Gobierno Federal, de acuerdo con lo establecido en el Artículo Duodécimo Transitorio de la LSS 1997, mientras que las pensiones que se otorgaron bajo la LSS 1997 se denominan sumas aseguradas si son definitivas, y pensiones temporales o provisionales si no lo son.

Cabe señalar que también se denominan pensiones en curso de pago a las pensiones vigentes que fueron otorgadas bajo el Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores del IMSS.

Pensión provisional (del Seguro de Riesgos de Trabajo). Es la prestación económica que reciben los trabajadores asegurados, en el Seguro de Riesgos de Trabajo, durante un lapso de hasta dos años, después de que se les declara una incapacidad permanente parcial o total de carácter temporal. Esta incapacidad es objeto de revisión por parte del Instituto y puede cancelarse en caso de que el trabajador incapacitado se rehabilite y se reincorpore al mercado laboral antes de haber cumplido dos años en condición de incapacidad permanente, parcial o total de carácter temporal. (Artículo 61 de la Ley del Seguro Social).

Pensión temporal (del Seguro de Invalidez y Vida). Pensión que otorga el IMSS al asegurado, en el Seguro de Invalidez y Vida, por periodos renovables en los casos de existir posibilidad de recuperación para el trabajo, o cuando por la continuación de una enfermedad no profesional se termine el disfrute del subsidio o la enfermedad persista. (Artículo 121 de la Ley del Seguro Social).

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

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

- Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, en caso de que el retiro se origine por una pérdida de trabajo remunerado a los 60 años de edad o por vejez a los 65 años de edad, y que la pensión se otorgue bajo las condiciones de la LSS de 1973.

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

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

Personal de Base. Son trabajadores del IMSS que ocupan en forma definitiva un puesto tabulado, conforme a las normas del Contrato Colectivo de Trabajo (CCT). Invariablemente ingresan al Instituto mediante propuesta sindical y sus actividades se encuentran descritas en los profesiogramas respectivos, conforme a lo establecido por el Artículo 9 de la Ley Federal del Trabajo. Su nominación se efectúa en los términos de los Reglamentos de Bolsa de Trabajo y de Escalafón del CCT.

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

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

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

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

Prima de ingreso o de contribución. Es la aportación que hacen los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal para el financiamiento de cada seguro, expresada como porcentaje del salario base de cotización (SBC).

Prima media nivelada o de equilibrio/prima de gasto nivelada. Es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero del seguro durante todo el periodo de proyección evaluado. Es igual al cociente del valor presente de los ingresos respecto al valor presente de los gastos en todo el periodo analizado.

Prima de reparto. Es la prima que equilibra los ingresos y gastos proyectados en cada año.

Probabilidades de capital mínimo de garantía (CMG). Son las probabilidades de sobrevivencia de pensionados que utilizan las compañías aseguradoras de fondos de pensiones para calcular los recursos que se requieren para hacer frente a los riesgos y a las responsabilidades que asuman por las operaciones que efectúen en materia de pensiones, así como a los distintos riesgos a los que están expuestas. Estas probabilidades contemplan una expectativa de vida más optimista que la esperada bajo las probabilidades que se aplican para calcular las reservas matemáticas.

Probabilidades de reservas. Son las probabilidades de sobrevivencia de pensionados que utilizan las compañías aseguradoras de fondos de pensiones para calcular las reservas matemáticas con las que deben contar para hacer frente tanto a los riesgos y a las responsabilidades que asuman por las operaciones que efectúen en materia de pensiones, como a los distintos riesgos a los que están expuestas. Estas probabilidades contemplan una expectativa de vida menos optimista que la esperada bajo las probabilidades que se aplican para calcular las reservas de capital mínimo de garantía (CMG).

Programa IMSS-Oportunidades. Programa institucional que ofrece servicios de salud a la población que carece de seguridad social y que habita principalmente en el medio rural y urbano marginado. No obstante, también atiende a derechohabientes del IMSS, a familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades y del Sistema de Protección Social en Salud.

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

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

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

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

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

- Seguro facultativo.
- Seguro de Salud para la Familia.
- Trabajadores domésticos y sus beneficiarios legales. Tienen derecho a prestaciones por:

i) Riesgos de Trabajo (sólo prestaciones en especie); ii) Enfermedades y Maternidad (sólo prestaciones en especie); iii) Invalidez y Vida, y iv) Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

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

Reporto (término financiero). En virtud del reporto, el inversionista (reportador) adquiere por una suma de dinero la propiedad de títulos de crédito, y se obliga a transferir al banco o casa de bolsa (reportado) la propiedad de otros tantos títulos de la misma especie en el plazo convenido y contra reembolso del mismo precio, más un premio. El premio queda en beneficio del reportador, salvo pacto en contrario. El reporto se perfecciona por la entrega de los títulos y por su endoso cuando sean nominativos. En las operaciones de reporto, el Instituto sólo podrá fungir como reportador.

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 en cualquiera de las RFA. Se constituye, incrementa o reconstituye a través de una aportación anual que se estima en el Informe Financiero y Actuarial.

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

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 la planeación de mediano plazo, así como para alcanzar las metas de reservas y fondos señalados en el PEF, en el caso de que se prevea que no sea posible cumplirlas. 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 financiar las RO, previa aprobación del H. Consejo Técnico. El monto máximo del financiamiento 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. A dicha reserva podrán afectarse, además de los ingresos ordinarios del IMSS, los recursos que obtenga de manera extraordinaria. Adicionalmente, los ingresos excedentes a los presupuestados que, en su caso, tuviere el Instituto al cierre de 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.

Reserva Operativa (RO). Es el capital de trabajo de los seguros 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, además de cualquier otro ingreso de los seguros. Sólo se puede disponer de ellas para hacer frente al pago de prestaciones, gastos administrativos y constitución de las RFA del seguro que corresponda, así como para la aportación correspondiente para la constitución de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF) y la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA). Las RO se registran contablemente por separado y se invierten globalmente, es decir, como una sola RO.

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

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

Sistema de Protección Social en Salud. El Sistema de Protección Social en Salud, conocido comúnmente como Seguro Popular (SP) (su brazo operativo), fue creado en 2003 a través de una reforma de la Ley General de Salud. El SP, que empezó a operar el 1 de enero de 2004, es un programa de aseguramiento público voluntario para la población sin seguridad social. Ofrece cobertura a través de dos paquetes de beneficios de salud: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES) y las intervenciones financiadas a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. El financiamiento del SP proviene principalmente de recursos federales y estatales, mientras que las familias también participan con cuotas familiares. La Comisión Nacional de Protección Social en Salud coordina el SP a nivel federal y los Servicios Estatales de Salud lo operan a nivel local. Los servicios médicos del SP se ofrecen por prestadores de las Secretarías de Salud federal y estatales.

Salario base de cotización (SBC). Es el salario diario con el que un trabajador está registrado en el IMSS, y sirve para determinar el monto de las cuotas obrero-patronales a cargo del patrón y la base para el cálculo de las prestaciones en dinero a que tiene derecho el trabajador o sus beneficiarios legales.

Salario base de cotización de equilibrio. Es el salario con el que tendrían que cotizar los trabajadores afiliados al IMSS para que, bajo los esquemas de contribución actuales, el seguro reflejara equilibrio financiero.

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

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

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

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

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

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

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

asistencia médica a los pensionados del Seguro de Invalidez y Vida, Seguro de Riesgos de Trabajo y Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

Seguro de Salud para Estudiantes (SSE). Esquema de aseguramiento creado por acuerdo del Ejecutivo Federal publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 10 de junio de 1987, que otorga las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad a los estudiantes de niveles medio superior y superior que cursen sus estudios en instituciones educativas del Estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte de cualquier otra institución de seguridad social.

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

Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV). Los riesgos protegidos son el retiro, la cesantía en edad avanzada y la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro, en los términos y con las modalidades previstas en la Ley del Seguro Social. El otorgamiento de las prestaciones contenidas requiere del cumplimiento de periodos de espera medidos en semanas de cotización reconocidas por el Instituto, conforme se señala en las disposiciones relativas a cada uno de los ramos de aseguramiento amparados. Los patrones y el Gobierno Federal, en la parte que les corresponde, están obligados a enterar al Instituto el importe de las cuotas obrero-patronales y la aportación estatal del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez. Dichas cuotas se recibirán y se depositarán en las respectivas subcuentas de la cuenta individual de cada trabajador, en los términos previstos en la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

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

Seguro de Sobrevivencia. Es aquel 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.

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

Suma asegurada. Es la cantidad que resulta de restar al monto constitutivo el saldo de la cuenta individual del trabajador.

Tasa de Interés Interbancario de Equilibrio (TIIE). Tasa que el Banco de México ha creado con la finalidad de establecer una tasa de interés interbancaria que

logre representar de manera más fiel las condiciones del mercado.

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

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

Unidad de Inversión (UDI). Es una unidad de valor que tiene como objetivo proteger a los inversionistas de las variaciones bruscas en la inflación. La UDI se creó en 1995 a través del "Decreto por el que se establecen las obligaciones que podrán denominarse en Unidades de Inversión y reforma y adiciona diversas disposiciones del Código Fiscal de la Federación y de la Ley del Impuesto sobre la Renta", publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 1° de abril de 1995. Inició con un valor igual a un peso y desde entonces se le han indexado diariamente las variaciones que ha sufrido el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Asimismo, su valor se publica por parte del Banco de México en el DOF.

Udibonos. Son portafolios hipotéticos de instrumentos de deuda gubernamental, a través de los cuales se le puede dar seguimiento a su nivel de variación de mercado. Udibonos A se refiere al portafolio en circulación de udibonos, en tanto que Udibonos B, al portafolio de estos instrumentos de largo plazo.

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

Unidad Médica Auxiliar (UMA). Unidad del Programa IMSS-Oportunidades. Espacio físico en el que se otorgan acciones de primer nivel de atención a través de un equipo de salud conformado por: i) un técnico rural de salud, que es el responsable de la operación de la unidad, y ii) un auxiliar de área médica de sustitución.

Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA). Espacio físico que recibe pacientes que por sus condiciones clínicas pueden ser egresados el mismo día, sin necesidad de ser hospitalizados. La atención médica otorgada en la UMAA incluye: intervenciones quirúrgicas, endoscopia urológica y del tubo digestivo alto y bajo, inhaloterapia, quimioterapia, hemodiálisis y diálisis peritoneal. Al término de la atención en la UMAA el paciente es enviado a la unidad médica que lo refirió para dar continuidad a su atención médica.

Unidad Médica Rural (UMR). Unidad del Programa IMSS-Oportunidades. Espacio físico en el que se otorgan acciones de primer nivel de atención través de un equipo de salud, el cual constituye una asociación no jerarquizada de personas de diferentes disciplinas profesionales que tienen el objetivo de proveer atención médica integral a los pacientes y familias en cualquier ámbito. El primer nivel de atención está conformado por: i) un médico en servicio social, o por un médico general de base y/o sustitución, quien es responsable de su operación, y ii) un auxiliar de área médica de base y uno de sustitución.

Unidad Médica Urbana (UMU). Unidad del Programa IMSS-Oportunidades. Espacio físico adaptado para otorgar atención médica ambulatoria sustentada en las 13 acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud. El nivel operativo está conformado por un médico y una enfermera general.

Índice de Cuadros

Introducción

Cuadro 1. Población por condición de aseguramiento, diciembre de 2010 2
Cuadro 2. Servicios médicos otorgados en un día típico, enero a diciembre de 2010 2
Cuadro 3. Servicios otorgados en el Sistema Nacional de Salud 3
Cuadro 4. Relación entre el Artículo 273 de la LSS y los capítulos del Informe 5
Cuadro 5. Otros informes del IMSS 6

Capítulo I

Cuadro I.1. Crecimiento del Producto Interno Bruto por sector de actividad económica, 2000-2010 9
Cuadro I.2. Crecimiento de la población ocupada por sector de actividad económica, 2000-2010 9
Cuadro I.3. Población ocupada no obligada a ser afiliada al IMSS, 2010 10
Cuadro I.4. Tasa de participación económica femenina por grupo de edad, 2000-2010 11
Cuadro I.5. Participación femenina en los trabajadores permanentes y eventuales urbanos del IMSS por grupo de edad, 2000-2010 11
Cuadro I.6. Cotizantes y registros patronales por división de actividad económica, 2010 15
Cuadro I.7. Número de cotizantes por nivel de cotización y tamaño de registro patronal, 2010 18
Cuadro I.8. Salario base de cotización y variación por división de actividad económica, 2009-2010 18
Cuadro I.9. Estructura de los ingresos del IMSS, 2009-2010 19
Cuadro I.10. Población derechohabiente del IMSS, 2009-2010 22
Cuadro I.11. Asegurados por régimen de aseguramiento, 2009-2010 23

Capítulo II

Cuadro II.1. Principales motivos de consulta en medicina familiar, de consulta de especialidad y de egreso hospitalario para adulto mayor (65 años y más), 2010 32
Cuadro II.2. Consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y estimación del gasto médico por componente, 2010 34
Cuadro II.3. Proyección de consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y gasto médico por componente, 2011-2050, escenario base 36
Cuadro II.4. Estimación de consultas totales, pacientes con tratamiento, casos de hospitalización y gasto médico por componente, 2011-2050, escenario inercial 37
Cuadro II.5. Introducción de algunos avances tecnológicos en la práctica clínica del IMSS 39

Capítulo III

Cuadro III.1.	Estado de ingresos y gastos dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009	43
Cuadro III.2.	Estado de ingresos y gastos dictaminados al 31 de diciembre de 2010 y 2009, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	44
Cuadro III.3.	Balance General dictaminado al 31 de diciembre de 2010 y 2009	45
Cuadro III.4.	Balance General dictaminado al 31 de diciembre de 2010 y 2009, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	46
Cuadro III.5.	Supuestos 2012-2015 para la proyección del estado de ingresos y gastos	48
Cuadro III.6.	Flujo de efectivo 2010, presupuesto 2011 y proyección 2012-2015	49
Cuadro III.7.	Flujo de efectivo 2010, presupuesto 2011 y proyección 2012-2015, detallados	50
Cuadro III.8.	Flujo de efectivo 2010 y proyección 2011-2016, considerando el incremento estimado en ingresos y gastos 2011	52
Cuadro III.9.	Supuestos 2011-2016, considerando el incremento estimado en ingresos y gastos 2011	52
Cuadro III.10.	Estado de ingresos y gastos, resultado 2010, presupuesto 2011 y proyección 2012-2013, con reconocimiento pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	53
Cuadro III.11.	Resultados de operación, 2010-2013, con relación al total de ingresos con reconocimiento pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	54
Cuadro III.12.	Conceptos de ingresos y egresos calculados en el Modelo Integral Financiero y Actuarial para las proyecciones de flujo de efectivo del IMSS	56
Cuadro III.13.	Principales supuestos utilizados en el Modelo Integral Financiero y Actuarial para las proyecciones de flujo de efectivo, 2012-2050	56
Cuadro III.14.	Estimación del valor presente del superávit o déficit de los seguros acumulado en el periodo 2011-2050 y su relación con el Producto Interno Bruto	57
Cuadro III.15.	Presupuesto 2011 y proyecciones de flujo de efectivo 2012-2050, escenario base (nominales)	58
Cuadro III.16.	Presupuesto 2011 y proyecciones de flujo de efectivo 2012-2050, escenario base (constantes)	59
Cuadro III.17.	Comparativo del flujo de efectivo de los ingresos y los egresos, 2011-2013, proyectados en el escenario base del Informe actual y el del Informe anterior	60

Capítulo IV

Cuadro IV.1.	Estado de ingresos y gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2010	63
Cuadro IV.2.	Escenario comparativo de ingresos y gastos y de cambios en la situación financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2011-2013	65
Cuadro IV.3.	Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	67
Cuadro IV.4.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	69
Cuadro IV.5.	Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2010	71

Cuadro IV.6. Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo 73

Capítulo V

Cuadro V.1. Estado de ingresos y gastos del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2010 77
Cuadro V.2. Escenario comparativo de ingresos y gastos y de cambios en la situación financiera del Seguro de Invalidez y Vida, 2011-2013 79
Cuadro V.3. Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida 81
Cuadro V.4. Resumen de las proyecciones de gasto de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida 82
Cuadro V.5. Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2010 84
Cuadro V.6. Resultados de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida 85
Cuadro V.7. Rebalanceo de primas tripartitas entre el Seguro de Invalidez y Vida y la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad 86
Cuadro V.8. Impacto financiero total del rebalanceo de primas entre el Seguro de Invalidez y Vida y la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad 86

Capítulo VI

Cuadro VI.1. Estado de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2010, con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 89
Cuadro VI.2. Escenario comparativo de ingresos y gastos y de cambios en la situación financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2011-2013, con y sin el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 90
Cuadro VI.3. Bases de cálculo utilizadas en la estimación de la perspectiva financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad 92
Cuadro VI.4. Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 de ingresos, gastos y déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Total 93
Cuadro VI.5. Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 de ingresos, gastos y déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados 95
Cuadro VI.6. Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 de ingresos, gastos y déficit de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados 97
Cuadro VI.7. Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 del déficit financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de sus coberturas 98
Cuadro VI.8. Incremento necesario en la prima de contribución o en el salario base de cotización para obtener equilibrio financiero en el Seguro de Enfermedades y Maternidad y sus coberturas 99
Cuadro VI.9. Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, al 31 de diciembre de 2010 101

Cuadro VI.10. Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, al 31 de diciembre de 2010 102
Cuadro VI.11. Valor presente del déficit de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados 103
Cuadro VI.12. Balance actuarial a 100 años de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, al 31 de diciembre de 2010 104
Cuadro VI.13. Primas de financiamiento requeridas para la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados 105
Cuadro VI.14. Estimación del impacto financiero de las políticas consideradas para dar mayor viabilidad financiera al Seguro de Enfermedades y Maternidad y sus coberturas 106

Capítulo VII

Cuadro VII.1. Estado de ingresos y gastos del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, al 31 de diciembre de 2010, con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 109
Cuadro VII.2. Escenario comparativo de ingresos y gastos y de cambios en la situación financiera del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2011-2013, con y sin el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 111
Cuadro VII.3. Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales 112
Cuadro VII.4. Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 del resultado financiero en el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales 113
Cuadro VII.5. Incremento necesario en la prima de contribución o en el salario base de cotización para obtener equilibrio financiero en el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales 114
Cuadro VII.6. Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS, 2000-2010 116
Cuadro VII.7. Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS por delegación, a diciembre de 2010 118
Cuadro VII.8. Estados de ingresos y gastos del ramo de Guarderías, 2005-2010 119
Cuadro VII.9. Ingresos modificados y gastos del ramo de Guarderías, 2005-2010 120
Cuadro VII.10. Servicios funerarios tradicionales y complementarios que se otorgan en el Sistema Nacional de Velatorios y costos promedio en 2011 121
Cuadro VII.11. Número de servicios funerarios otorgados por el Sistema Nacional de Velatorios por delegación, 2005-2010 122
Cuadro VII.12. Resultado financiero del Sistema Nacional de Velatorios IMSS-FIBESO, 2005-2010 123
Cuadro VII.13. Hipótesis utilizadas en la proyección de los ingresos y gastos del Sistema Nacional de Velatorios, 2011-2015 124
Cuadro VII.14. Resultados de operación 2010 y proyección 2011-2015 del Sistema Nacional de Velatorios IMSS-FIBESO 124
Cuadro VII.15. Estado de resultados comparativo de los centros vacacionales, 2005-2010 126
Cuadro VII.16. Resumen financiero de cada centro vacacional en 2010 128
Cuadro VII.17. Resumen financiero de los centros vacacionales de 2010 y proyección 2011-2015 129
Cuadro VII.18. Impacto esperado por la apertura de los Velatorios de Toluca, Ecatepec y Pachuca en 2012 130

Capítulo VIII

Cuadro VIII.1. Estado de ingresos y gastos del Seguro de Salud para la Familia, al 31 de diciembre de 2010, con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 132

Cuadro VIII.2. Escenario comparativo de ingresos y gastos y de cambios en la situación financiera del Seguro de Salud para la Familia, 2011-2013, con y sin el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 133

Cuadro VIII.3. Cuotas anuales pagadas por los asegurados y por el Gobierno Federal para el financiamiento del Seguro de Salud para la Familia 134

Cuadro VIII.4. Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 de ingresos, gastos y déficit del Seguro de Salud para la Familia 135

Cuadro VIII.5. Presupuesto 2011 y proyección 2012-2050 del déficit financiero del Seguro de Salud para la Familia 137

Cuadro VIII.6. Incremento necesario en la prima de contribución o en la aportación anual por asegurado para obtener equilibrio financiero en el Seguro de Salud para la Familia 137

Cuadro VIII.7. Cuotas y déficit del Seguro de Salud para la Familia 138

Cuadro VIII.8. Estimación del impacto financiero de un ajuste en las cuotas de afiliación al Seguro de Salud para la Familia 139

Capítulo IX

Cuadro IX.1. Propósitos de las reservas y Fondo Laboral 143

Cuadro IX.2. Posición de las reservas y Fondo Laboral 146

Cuadro IX.3. Régimen de inversión 147

Cuadro IX.4. Asignación estratégica de activos de la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales, y las Subcuentas 1 y 2 del Fondo Laboral, vigente para 2010 148

Cuadro IX.5. Productos financieros por reserva y Fondo Laboral 149

Cuadro IX.6. Comparativo valor de mercado *vs.* valor contable 150

Cuadro IX.7. Desempeño de reservas y Fondo Laboral 153

Cuadro IX.8. Fondeos y transferencias de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral 153

Cuadro IX.9. Fondeos y transferencias de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento 154

Cuadro IX.10. Uso 2010 y proyecciones 2011-2015 de las reservas y Fondo Laboral 154

Cuadro IX.11. Monto de las Reservas Financieras y Actuariales de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida susceptible de transferirse a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad 156

Cuadro IX.12. Valor en riesgo de mercado al cierre de 2010 158

Cuadro IX.13. Valor en riesgo de crédito al cierre de 2010 158

Capítulo X

Cuadro X.1. Beneficios por terminación y por retiro valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados” 164

Cuadro X.2. Población de trabajadores activos considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2010 166

Cuadro X.3. Población de jubilados y pensionados del IMSS considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2010 167
Cuadro X.4. Proyección 2011-2095 de jubilados y pensionados del IMSS 168
Cuadro X.5. Valor presente de obligaciones totales (VPOT), al 31 de diciembre de 2010 169
Cuadro X.6. Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2010, de acuerdo con la NIF D-3 173
Cuadro X.7. Registro pleno de obligaciones totales 174
Cuadro X.8. Contribuciones y requisitos establecidos para poder otorgar a los trabajadores de Base que se contrataron bajo el Convenio de octubre de 2005 los beneficios de una jubilación por años de servicio o una pensión por edad 175
Cuadro X.9. Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2010 175
Cuadro X.10. Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2010 176
Cuadro X.11. Pasivos contingentes en juicios laborales, diciembre de 2010 180
Cuadro X.12. Distribución de juicios fiscales y administrativos 180
Cuadro X.13. Pasivos contingentes en juicios administrativos, diciembre de 2010 181
Cuadro X.14. Pasivos contingentes en juicios fiscales, diciembre de 2010 181
Cuadro X.15. Pasivos contingentes en juicios civiles y mercantiles, diciembre de 2010 182
Cuadro X.16. Distribución de establecimientos del Sistema Nacional de Tiendas por delegación en 2010 184
Cuadro X.17. Resumen financiero del Sistema Nacional de Tiendas, 2005-2010 185
Cuadro X.18. Hipótesis utilizadas en la proyección de los ingresos y gastos del Sistema Nacional de Tiendas, 2011-2015 186
Cuadro X.19. Situación financiera del Sistema Nacional de Tiendas en 2010 y proyección 2011-2015 187

Capítulo XI

Cuadro XI.1. Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2010 191
Cuadro XI.2. Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2010 192
Cuadro XI.3. Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2010 193
Cuadro XI.4. Unidades médicas del Régimen Ordinario que no se encuentran en operación, mayo de 2011 194
Cuadro XI.5. Construcción nueva en el Régimen Ordinario, primer nivel de atención, mayo de 2011 196
Cuadro XI.6. Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en el Régimen Ordinario, primer nivel de atención, mayo de 2011 197
Cuadro XI.7. Construcción nueva en el Régimen Ordinario, segundo nivel de atención, mayo de 2011 198
Cuadro XI.8. Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en el Régimen Ordinario, tercer nivel de atención, mayo de 2011 199
Cuadro XI.9. Presupuesto total de inversión en el Régimen Ordinario, incluyendo obras concluidas en 2010 y por concluir en 2011 200
Cuadro XI.10. Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por nivel de atención y tipo de unidad, 2010 200

Cuadro XI.11. Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2010 202
Cuadro XI.12. Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades que no se encuentran en operación, mayo de 2011 203
Cuadro XI.13. Acciones de fortalecimiento en IMSS-Oportunidades, primer nivel de atención, mayo de 2011 204
Cuadro XI.14. Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en IMSS-Oportunidades, segundo nivel de atención, mayo de 2011 205
Cuadro XI.15. Inmuebles no médicos propiedad del IMSS y rentados por tipo de función del inmueble, 2010 206
Cuadro XI.16. Construcción nueva de unidades no médicas, mayo de 2011 207
Cuadro XI.17. Número de bienes clasificados por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades, 2010 209
Cuadro XI.18. Equipo médico adquirido por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades, 2010 210
Cuadro XI.19. Equipo informático por tipo de bien, 2010 211
Cuadro XI.20. Equipo informático adquirido por tipo de bien, 2010 212

Capítulo XIII

Cuadro XIII.1. Estimación del impacto financiero de las políticas consideradas para dar mayor viabilidad financiera al IMSS 225

Anexo A

Cuadro A.1. Modalidades de aseguramiento, número de asegurados y tipo de seguro 229
Cuadro A.2. Cobertura poblacional y prestaciones por ramo de aseguramiento del Régimen Obligatorio 230
Cuadro A.3. Esquema de financiamiento de los seguros del Régimen Obligatorio, 2010 231
Cuadro A.4. Esquema de financiamiento del Seguro de Salud para la Familia, 2010 y 2011 231
Cuadro A.5. Tasa de contribución por ramo de seguro en 2010 232

Anexo C

Cuadro C.1. Programas presupuestarios, 2010 241
Cuadro C.2. Principales indicadores que evalúan los programas aprobados, avances al mes de diciembre de 2010 243
Cuadro C.3. Resumen de recomendaciones SHCP-CONEVAL, marzo de 2010 246
Cuadro C.4. Resumen de recomendaciones SHCP-CEPAL, agosto de 2010 248

Anexo D

Cuadro D.1. Evolución de las rentas vitalicias y de los montos constitutivos otorgados en el Seguro de Riesgos de Trabajo 252
Cuadro D.2. Evolución de las rentas vitalicias y de los montos constitutivos otorgados en el Seguro de Invalidez y Vida 253
Cuadro D.3. Principales indicadores de los trabajadores asegurados en el IMSS vigentes, al 31 de diciembre de 2010, considerados en las valuaciones actuariales de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida 255

Cuadro D.4. Beneficios valuados en los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida 256
Cuadro D.5. Hipótesis demográficas y financieras de las valuaciones actuariales 257
Cuadro D.6. Árbol de decisión del Seguro de Riesgos de Trabajo 259
Cuadro D.7. Árbol de decisión del Seguro de Invalidez y Vida 260

Anexo E

Cuadro E.1. Costo médico general y por grupo de edad utilizado en la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados 264

Anexo F

Cuadro F.1. Lineamientos para la inversión de fondos de seguridad social 270
Cuadro F.2. Montos invertidos en deuda del sector hipotecario 272
Cuadro F.3. Montos invertidos por tipo de deuda del sector hipotecario 273
Cuadro F.4. Montos invertidos en deuda del sector corporativo no hipotecario 274
Cuadro F.5. Inversiones en el sector hipotecario con mayores niveles de riesgo de crédito 277
Cuadro F.6. Intereses obtenidos por las inversiones en el sector corporativo por emisor 278
Cuadro F.7. Intereses obtenidos por las inversiones en el sector hipotecario por emisor 279

Anexo G

Cuadro G.1. Antecedentes y evolución de las prestaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 282
Cuadro G.2. Contribuciones y principales beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los trabajadores del IMSS contratados antes del 12 de agosto de 2004 283
Cuadro G.3. Percepciones anualizadas de trabajadores activos y jubilados del IMSS, 2010 287

Anexo H

Cuadro H.1. Principales indicadores por rangos de edad de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2010, bajo las prestaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 295
Cuadro H.2. Jubilados y pensionados considerados en la valuación actuarial del RJP y de la prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2010 298
Cuadro H.3. Supuestos utilizados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2010 299
Cuadro H.4. Principales indicadores por rangos de edad de los trabajadores valuados bajo la cobertura del convenio de octubre de 2005, al 31 de diciembre de 2010 301
Cuadro H.5. Hipótesis financieras utilizadas para la valuación de la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral 303

Índice de Gráficas

Capítulo I

Gráfica I.1. Producto Interno Bruto real y trabajadores afiliados al IMSS, 2000-2011 8
Gráfica I.2. Trabajadores permanentes por división de actividad económica, 2000-2010 10
Gráfica I.3. Razón de trabajadores eventuales urbanos *vs.* permanentes, 2000-2011 11
Gráfica I.4. Número de trabajadores afiliados al IMSS, 2000-2011 13
Gráfica I.5. Evolución de cotizantes, 2005-2010 13
Gráfica I.6. Variación porcentual anual en el número de cotizantes, 2009-2010 14
Gráfica I.7. Cotizantes y registros patronales por tamaño de registro patronal, 2010 14
Gráfica I.8. Salario base de cotización, 2000-2010 16
Gráfica I.9. Salario base de cotización en número de veces el salario mínimo por delegación, 2010 17
Gráfica I.10. Tasa de crecimiento real del salario base de cotización y salario base de cotización en número de veces el salario mínimo por delegación, 2010 17
Gráfica I.11. Nivel de cobertura de los cotizantes no agropecuarios *vs.* los trabajadores subordinados y remunerados no agropecuarios 21
Gráfica I.12. Trabajadores eventuales del campo, 2000-2010 23
Gráfica I.13. Pensionados, 2000-2010 25
Gráfica I.14. Asegurados no trabajadores excluyendo pensionados, 2000-2010 25

Capítulo II

Gráfica II.1. Población adscrita a médico familiar por grupo de edad, 2000-2010 28
Gráfica II.2. Crecimiento de la población adscrita a médico familiar por grupo de edad, 2000-2010 28
Gráfica II.3. Número de egresos hospitalarios por grupo de edad,1986-2010 29
Gráfica II.4. Número de consultas externas de medicina familiar por grupo de edad, 1986-2010 29
Gráfica II.5. Defunciones por grupo de edad, 1976-2010 30
Gráfica II.6. Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2010 31
Gráfica II.7. Defunciones por tipo de enfermedad, 1998-2009 31
Gráfica II.8. Estimación de la estructura del gasto médico por padecimiento, 2010 35
Gráfica II.9. Comparativo del gasto médico estimado de los seis padecimientos en los escenarios base e inercial, 2011-2050 38

Capítulo III

Gráfica III.1. Superávit (déficit) de operación, 2010-2013, con reconocimiento pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 53

Capítulo IV

Gráfica IV.1. Rentas vitalicias y montos constitutivos del Seguro de Riesgos de Trabajo, 1997-2010 63
Gráfica IV.2. Estado de resultados del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2010 64
Gráfica IV.3. Estado de resultados del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2010-2013, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 65
Gráfica IV.4. Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Riesgos de Trabajo 71
Gráfica IV.5. 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 73

Capítulo V

Gráfica V.1. Rentas vitalicias y montos constitutivos del Seguro de Invalidez y Vida, 1997-2010 77
Gráfica V.2. Estado de resultados del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2010 78
Gráfica V.3. Estado de resultados del Seguro de Invalidez y Vida, 2010-2013, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 79
Gráfica V.4. Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Invalidez y Vida 83

Capítulo VI

Gráfica VI.1. Estado de resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2006-2010 89
Gráfica VI.2. Estado de resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2010-2013, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 91
Gráfica VI.3. Primas de contribución, de reparto y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Total, 2011-2050 94
Gráfica VI.4. Salario base de cotización y de equilibrio del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Total, 2011-2050 94
Gráfica VI.5. Primas de contribución, de reparto y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, 2011-2050 96
Gráfica VI.6. Salario base de cotización y de equilibrio del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, 2011-2050 96
Gráfica VI.7. Primas de contribución, de reparto y media nivelada de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, 2011-2050 98
Gráfica VI.8. Salario base de cotización y de equilibrio de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, 2011-2050 98
Gráfica VI.9. Comportamiento de la prima de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados 103

Capítulo VII

Gráfica VII.1. Estado de resultados del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2006-2010 109
Gráfica VII.2. Estado de resultados del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2010-2013, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 111
Gráfica VII.3. Primas de contribución, de reparto y media nivelada del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2011-2050 113

Gráfica VII.4. Salarios base de contribución y de equilibrio del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2011-2050 113
Gráfica VII.5. Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2010 114
Gráfica VII.6. Población de 0 a 6 años, según tipo de persona que cuida al menor, 2000 y 2009 115
Gráfica VII.7. Comportamiento de la capacidad instalada en las guarderías del IMSS, 2000-2010 116
Gráfica VII.8. Capacidad instalada por tipo de prestación, 2000-2010 117
Gráfica VII.9. Población usuaria mensual de los centros vacacionales, 2005-2010 125
Gráfica VII.10. Población usuaria anual de los centros vacacionales, 2005-2010 125

Capítulo VIII

Gráfica VIII.1. Estado de resultados del Seguro de Salud para la Familia, 2006-2010 133
Gráfica VIII.2. Estado de resultados del Seguro de Salud para la Familia, 2010-2013, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 134
Gráfica VIII.3. Primas de contribución, de reparto y media nivelada del Seguro de Salud para la Familia, 2011-2050 136
Gráfica VIII.4. Aportación anual de contribución y aportación anual de equilibrio del Seguro de Salud para la Familia, 2011-2050 136
Gráfica VIII.5. Población afiliada al Seguro de Salud para la Familia por sexo y grupo de edad, a diciembre de 2010 137
Gráfica VIII.6. Población afiliada al Seguro de Enfermedades y Maternidad y al Seguro de Salud para la Familia por grupo de edad, a diciembre de 2010 138

Capítulo IX

Gráfica IX.1. Estructura de las reservas y fondos del IMSS según la LSS 142
Gráfica IX.2. Evolución del saldo contable de las reservas y Fondo Laboral 145
Gráfica IX.3. Evolución del saldo contable de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral 145
Gráfica IX.4. Evaluación del desempeño de corto plazo de la RGFA, índice del benchmark vs. índice del valor de mercado, 2010 151
Gráfica IX.5. Evaluación del desempeño de corto plazo de las RFA, índice del benchmark vs. índice del valor de mercado, 2010 151
Gráfica IX.6. Evaluación del desempeño de corto plazo de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, índice del benchmark vs. índice del valor de mercado, enero a marzo de 2010 152
Gráfica IX.7. Evaluación del desempeño de corto plazo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, Índice del benchmark vs. índice del valor de mercado, 2010 152
Gráfica IX.8. Usos y saldos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, Segunda Adecuación del Presupuesto, 2009-2013 155
Gráfica IX.9. Usos y saldos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad, Segunda Adecuación del Presupuesto, 2011-2015 155
Gráfica IX.10. Usos y saldos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, proyecciones del cierre 2011, 2009-2014 155
Gráfica IX.11. Usos y saldos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad, proyecciones del cierre 2011, 2011-2016 155
Gráfica IX.12. Proyecciones de los saldos de las reservas y Fondo Laboral 156
Gráfica IX.13. Evolución del valor en riesgo de mercado durante 2010 158

Gráfica IX.14. Evolución del valor en riesgo de crédito durante 2010 159

Capítulo X

Gráfica X.1. Incremento neto en el número de plazas ocupadas, 1977-2010 167
Gráfica X.2. Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, total y a cargo del IMSS-Patrón 169
Gráfica X.3. Pasivo laboral del IMSS, 1999-2010 170
Gráfica X.4. Pasivo laboral de los trabajadores activos que ingresaron a trabajar en el IMSS antes del 12 de agosto de 2004 y de los jubilados y pensionados actuales 171
Gráfica X.5. Estimación de las aportaciones anuales de los trabajadores y de los pagos anuales por pensiones y jubilaciones 177
Gráfica X.6. Asuntos en trámite por tipo de proceso, diciembre de 2010 178
Gráfica X.7. Asuntos en trámite de atención prioritaria por tipo de proceso, diciembre de 2010 179
Gráfica X.8. Asuntos en trámite por tipo de proceso, Dirección Jurídica y delegaciones, diciembre de 2010 180
Gráfica X.9. Número de clientes atendidos en el Sistema Nacional de Tiendas, 2005-2010 184

Capítulo XI

Gráfica XI.1. Estado físico del inmueble, equipo e instalaciones de las unidades médicas del Régimen Ordinario por nivel de atención, 2010 195
Gráfica XI.2. Número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes de la población adscrita a médico familiar, de segundo y tercer niveles de atención, 1980-2010 197
Gráfica XI.3. Estado físico del inmueble, equipo e instalaciones de las unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por tipo de bien y nivel de atención, 2010 203
Gráfica XI.4. Estado físico del inmueble, equipo e instalaciones de las unidades no médicas propiedad del IMSS, 2010 207
Gráfica XI.5. Crecimiento de la población adscrita a la unidad e importe de las altas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2010 208

Anexo A

Gráfica A.1. Distribución de afiliados por régimen de aseguramiento, 2010 228

Anexo C

Gráfica C.1. Matriz de Marco Lógico del Presupuesto basado en Resultados: esquema global de reforma presupuestaria 240

Anexo D

Gráfica D.1. Eventos que generan una prestación en dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo 250
Gráfica D.2. Eventos que generan una prestación en dinero en el Seguro de Invalidez y Vida 251
Gráfica D.3. Elementos que inciden en el costo de las sumas aseguradas 252
Gráfica D.4. Casos y montos constitutivos de los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida 254
Gráfica D.5. Distribución de los trabajadores asegurados valuados por grupo de edad y sexo, al 31 de diciembre de 2010 255

Anexo E

Gráfica E.1. Distribución de los pensionados por el IMSS, por grupo de edad y sexo, al 31 de diciembre de 2010 263

Gráfica E.2. Costo médico general y por grupo de edad utilizado en la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados 263

Anexo F

Gráfica F.1. Proceso integral de inversión de las reservas y Fondo Laboral 266

Anexo G

Gráfica G.1. Financiamiento del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 1966-2010 288

Gráfica G.2. Financiamiento acumulado de 1966 a 2010 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 288

Gráfica G.3. Gasto total del Régimen de Jubilaciones y Pensiones en el periodo 1966-2010, incluyendo los recursos acumulados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral 290

Gráfica G.4. Fuentes de financiamiento del gasto total en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 2011 290

Gráfica G.5. Fuentes de los recursos del IMSS-Patrón para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 2011 291

Anexo H

Gráfica H.1. Distribución de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2010, bajo las prestaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, por tipo de contratación y sexo 295

Gráfica H.2. Pirámide poblacional por edad de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2010 296

Gráfica H.3. Pirámide poblacional por antigüedad de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2010 296

Gráfica H.4. Distribución de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2010, bajo las prestaciones del Convenio de octubre de 2005, por tipo de contratación y sexo 301

Gráfica H.5. Pirámide poblacional por edad de los trabajadores valuados bajo la cobertura del Convenio de octubre de 2005, al 31 de diciembre de 2010 302

Gráfica H.6. Pirámide poblacional por antigüedad de los trabajadores valuados bajo la cobertura del Convenio de octubre de 2005, al 31 de diciembre de 2010 302

Anexo I

Gráfica I.1. Demandas notificadas por las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2004-2010 306

Gráfica I.2. Laudos favorables notificados por las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2004-2010 306

Gráfica I.3. Juicios laborales en trámite, radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2004-2010 307

Gráfica I.4. Audiencias diferidas en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2008-2010 307

Gráfica I.5.	Demandas notificadas a nivel nacional, 2005-2010	307
Gráfica I.6.	Laudos favorables al IMSS, 2004-2010	307
Gráfica I.7.	Juicios laborales en trámite, diciembre 2004-2010	308
Gráfica I.8.	Audiencias diferidas a nivel nacional, 2004-2010	308
Gráfica I.9.	Juicios fiscales en trámite, a nivel nacional, 2004-2010	308
Gráfica I.10.	Sentencias a nivel nacional en las que se declara la nulidad lisa y llana de los actos impugnados, 2008-2010	309
Gráfica I.11.	Sentencias a nivel nacional en las que se declara la nulidad para efectos de los actos impugnados, 2008-2010	309
Gráfica I.12.	Sentencias a nivel nacional en las que se declara la validez de los actos impugnados, 2008-2010	309
Gráfica I.13.	Sentido de las sentencias emitidas en juicios de amparos por el Poder Judicial de la Federación	309

Dictamen de los auditores independientes

A la Secretaría de la Función Pública
A la H. Asamblea General y a la H. Comisión de Vigilancia del
Instituto Mexicano del Seguro Social
Organismo Público Descentralizado integrante del
Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal

1. Hemos examinado el balance general del Instituto Mexicano del Seguro Social (el Instituto), Organismo Público Descentralizado integrante del Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal, al 31 de diciembre de 2010, y los estados de ingresos y gastos, de variaciones en el patrimonio y de flujos de efectivo, que le son relativos por el año que terminó en esa fecha. Dichos estados financieros son responsabilidad de la Administración del Instituto. Nuestra responsabilidad consiste en expresar una opinión sobre los mismos con base en nuestra auditoría.

2. Nuestro examen se efectuó 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 las bases contables aplicables al Instituto, que se describen en el párrafo 3 siguiente. 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 normas contables utilizadas, de las estimaciones significativas efectuadas por la administración y de la presentación de los estados financieros tomados en su conjunto. Consideramos que nuestro examen proporciona una base razonable para sustentar nuestra opinión.

3. Como se menciona en la Nota 2 de los estados financieros, el Instituto prepara y presenta sus estados financieros con base en lo dispuesto en la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG), en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), así como en las Normas Especificas de Información Financiera Gubernamental para el Sector Paraestatal (NEIFGSP), emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), las cuales están autorizadas por dicha Secretaría a través del catálogo de cuentas de fecha 11 de julio de 2005 y que difieren de las Normas de Información Financiera (NIF) mexicanas, emitidas por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera, A.C. (CINIF); asimismo, de conformidad con el artículo 234 del Reglamento de la LFPRH, el Instituto puede aplicar supletoriamente las NIF que le sean autorizadas por la SHCP. Las principales diferencias entre las bases contables autorizadas con respecto a las NIF son las siguientes:

   a) Las NEIFGSP no establecen el tratamiento contable aplicable a los pasivos que pudieran derivarse de procesos legales en casos de demandas contra el Instituto, así como por aquellos casos derivados de obligaciones a largo plazo, relacionadas con servicios médicos que obligatoriamente deben proporcionarse a la población derechohabiente bajo la cobertura del Seguro de Enfermedades y Maternidad en los ramos de asegurados (SEM) y de Gastos Médicos de Pensionados (GMP). Los pasivos de largo plazo relacionados con los servicios médicos, se encuentran cuantificados en términos actuariales; sin embargo, éstos no se reconocen en los estados financieros del Instituto.

b) La NEIFGSP 008 Reconocimiento de las Obligaciones Laborales al Retiro de los Trabajadores de las Entidades del Sector Paraestatal, difiere con respecto a las disposiciones establecidas en la NIF D-3 Beneficios a los Empleados, debido a que en esta última, el reconocimiento del costo neto del periodo en el estado de ingresos y gastos es obligatorio para todo tipo de entidades que devengan obligaciones en calidad de patrones por beneficios a los empleados; mientras que en la NEIFGSP 008, para las entidades paraestatales de la Administración Pública Federal, el reconocimiento del costo neto del período es de aplicación obligatoria siempre y cuando, no implique la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable. Con base en lo anterior, durante 2010 y 2009, el Instituto reconoció parcialmente en el estado de ingresos y gastos $43,400 y $36,782 millones de pesos, en lugar de $702,139 y $690,889 millones de pesos, respectivamente. Consecuentemente, al 31 de diciembre de 2010 y 2009, el pasivo laboral registrado por el Instituto es insuficiente en $1,250,373 y $1,202,240 millones de pesos, respectivamente, los cuales fueron ajustados en los rubros del servicio pasado no reconocido por beneficios no adquiridos y pérdidas actuariales en el cálculo actuarial correspondiente.

c) El Instituto reconoce contablemente ciertas transacciones como las compras de algunos activos fijos y servicios para obra contratados, así como liquidaciones contractuales, cuando se requisita la documentación fiscal correspondiente o cuando se realiza el pago respectivo y no al momento de recibir los bienes o servicios, o cuando se han devengado las obligaciones correspondientes tal como lo requiere la NIF C-9 Pasivos, Provisiones, Activos y Pasivos Contingentes y Compromisos.

d) Como se describe en el inciso a. de la Nota 2.1.1, el Instituto está depreciando sus activos fijos considerando únicamente los valores históricos. Las disposiciones contenidas en la NEIFGSP 007 Reconocimiento de los Efectos de la Inflación y en la NIF B-10 Efectos de la Inflación, difieren con respecto a la política contable que mantiene el Instituto sobre la depreciación de los efectos de la inflación, reconocidos hasta el 31 de diciembre de 2007, la cual se basa en la opinión descrita en el oficio No. 309-A-11-A126/2009, emitida el 13 de abril de 2009 por la SHCP. Dado lo anterior, al 31 de diciembre de 2010 el Instituto no ha reconocido la depreciación del valor actualizado de los activos que, de acuerdo con estimaciones del propio Instituto, ascendería a $723 millones de pesos por el efecto acumulado de 2008 a 2010, debiendo haber afectado $232 millones de pesos en gastos de 2010.

4. Como se indica en la Nota 11 a los estados financieros, al 31 de diciembre de 2010 la cuenta de obras en proceso presenta un saldo de $12,585 millones de pesos, siendo que una parte de éstas deberían estar clasificadas como obras en uso y ser sujetas de depreciación. Este valor está integrado por $10,574 millones de pesos a valor histórico y $2,011 millones de pesos por concepto de actualización por inflación. De los valores históricos, $1,106 millones de pesos corresponden a obras terminadas y finiquitadas, que la Administración del Instituto está en proceso de capitalizar a obras en servicio. Adicionalmente, existen otras obras ya terminadas por un importe de $7,456 millones de pesos que están en proceso de finiquitarse para también estar dispuestas a clasificarse como obras en uso en los estados financieros. El traspaso de las obras en proceso a obras en uso debe hacerse por su valor histórico adicionado con su correspondiente actualización.

5. Como se indica en la Nota 2.2.8 a los estados financieros, el Instituto ha mantenido la política de crear una estimación para cuotas obrero-patronales por cobrar de dudosa recuperación, aplicando el 1.25% al importe de la emisión mensual anticipada de cuotas; no obstante, al 31 de diciembre de 2010, el saldo de $7,330 millones de pesos en la estimación para cuentas de cobro dudoso es insuficiente para absorber el total de las cuentas por cobrar

a patrones con problemas específicos de cobro, que ascienden a $9,343 millones de pesos. Como se observa en la nota 5 a los estados financieros, la estimación para cuentas de cobro dudoso se ha disminuido en forma importante en los dos últimos años, principalmente como consecuencia de la aplicación de un programa de regularización de adeudos; por lo que la administración del Instituto está revisando las bases para su determinación y adaptación a las actuales políticas de cobro, considerando también la aprobación del programa de regularización de adeudos establecido en la Ley de Ingresos de la Federación, que considera adeudos hasta junio de 2010 y cuya vigencia concluye el 31 de marzo de 2011.

6. Como se señala en la Nota 6-d a los estados financieros, al 31 de diciembre de 2010, el Instituto mantiene registrado en el rubro de documentos y otras cuentas por cobrar, un importe de $704 millones de pesos, correspondientes a las cuentas de liquidaciones contractuales, liquidaciones por litigio, para laudos y liquidaciones de relaciones laborales, que están en proceso de ser comprobadas para afectar el gasto correspondiente o, en su caso, reintegrarse el efectivo. Durante 2010 la Administración del Instituto llevó a cabo un proceso de comprobación que le permitió aplicar a las cuentas de gastos un importe de $485 millones de pesos del saldo acumulado al 31 de diciembre de 2009; no obstante, por el saldo al 31 de diciembre de 2010, no se tiene reconocida provisión alguna para reconocer su efecto en los resultados del ejercicio.

7. Como se describe en la Nota 2.2.6, en el ejercicio de 2010 el Instituto reconoció un efecto de deterioro en el valor de los instrumentos financieros, registrando un gasto por $672 millones de pesos. El reconocimiento del deterioro implicó disminuir el valor de los instrumentos financieros, incrementando los gastos financieros del ejercicio, con lo cual los valores de los instrumentos financieros se muestran a su valor razonable, equivalente al valor de mercado.

8. Como se menciona en la Nota 1.01 de los estados financieros, referente a la problemática del Instituto, en las expectativas presentadas en el "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009-2010", se señala que el balance financiero que presentan los seguros valuados actuarialmente, como: el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) y el Seguro de Invalidez y Vida (SIV), muestran suficiencia financiera en el corto, mediano y largo plazos, no así los seguros asociados a las prestaciones médicas y sociales, como: el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), el Seguro de Enfermedades y Maternidad, Salud para la Familia (SSFAM) y el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) los cuales son negativos, y se prevé que esta situación se acentuará con el transcurso de los años. Las proyecciones realizadas considerando la tendencia de los ingresos y los gastos de estos cinco seguros, indican que los superávits del SRT y del SIV se irán atenuando mientras que los déficits de los otros seguros tenderán a aumentar. La situación financiera del Instituto es sin duda complicada, se considera que dependerá de las estrategias que sean establecidas en el corto plazo, así como del apoyo del Gobierno Federal para garantizar la continuidad operativa y social de la Institución para hacer frente a sus obligaciones. Como consecuencia de este desbalance financiero del Instituto, a partir de 2009 se inició el uso de recursos provenientes de las reservas y fondos para financiar su operación cotidiana. Conforme a lo proyectado, y de poder contar con la posibilidad legal, los saldos existentes en las reservas y el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) podrían ayudar a financiar la operación del Instituto hasta el año 2014. La Ley del Seguro Social (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 de los seguros superavitarios. La situación financiera del Instituto indica que es indispensable la instrumentación de medidas externas, incluyendo cambios al marco legal, 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.

9. En nuestra opinión, excepto por la insuficiencia en la estimación de cuentas de cobro dudoso que se describe en las Notas 5 y 6 anteriores, y por la inadecuada clasificación de las obras en proceso, que se explica en la Nota 4 anterior, los estados financieros antes mencionados presentan razonablemente, en todos los aspectos importantes, la situación financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social, Organismo Público Descentralizado integrante del Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal, al 31 de diciembre de 2010, y los ingresos y gastos, las variaciones en el patrimonio y los flujos de efectivo por el año que terminó en esa fecha, de conformidad con las bases contables descritas en el párrafo 3 anterior.

10. Los estados financieros al 31 de diciembre de 2009, que se presentan únicamente para efectos comparativos, fueron examinados por otros Contadores Públicos, quienes emitieron su dictamen con fecha 31 de marzo de 2010 incluyendo las siguientes salvedades:

a) Aplicamos diversos procedimientos de revisión a los saldos iniciales del balance general del Instituto, sin embargo, la evidencia obtenida no permite determinar si existen situaciones al inicio del año que tengan algún efecto significativo en los estados financieros correspondientes al ejercicio 2009.

b) Al 31 de diciembre de 2009 el saldo de la cuenta de obras en proceso asciende a $10,745 millones. Con base en la información recibida, no fue posible constatar el estado de cada una de las obras y su conciliación con los registros contables y determinar si, en su caso, algunas de ellas debieran estar como obras en servicio con los efectos correspondientes en los estados financieros.

c) Al 31 de diciembre de 2009, el Instituto tiene registrado dentro del rubro de documentos y otras cuentas por cobrar, un importe de $892 millones correspondiente a las cuentas de liquidaciones contractuales, en litigio, para laudos y liquidaciones de relaciones laborales. A este respecto, el Instituto está en proceso de depurar dicho importe, por lo que a esa fecha no se ha identificado el monto que pudiera traspasarse a bancos o gastos del ejercicio.

d) Al 31 de diciembre de 2009, el Instituto tiene registrado un saldo por cobrar por $592 millones, con Promotora de Centros de Esparcimiento, S.A. de C.V., no obstante que de acuerdo con información proporcionada por el área legal, este saldo está en litigio desde 2004 y no se tiene certeza de su recuperabilidad. El Instituto no ha incluido en la reserva para cuentas incobrables este importe.

Prieto, Ruiz de Velasco y Cía., S.C.

C.P.C. Erwin Alejandro Ramírez Gasca
Socio
México, D.F., a 22 de marzo de 2011.

LOCKTON

20 de Mayo de 2011

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

En relación al Contrato de Prestación de Servicios de Consultoría Actuarial No. P051808 celebrado el 10 de Diciembre de 2010 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 al 31 de Diciembre de 2010".

La auditoría se realizó a los siguientes modelos que se han diseñado en la Dirección de Finanzas del IMSS para proyectar la situación financiera y actuarial de los seguros que administra el Instituto: i) Modelo Actuarial de Largo Plazo; ii) Modelo Financiero de Corto Plazo; y, iii) Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo. Dicha auditoría consistió en verificar la confiabilidad y razonabilidad de la información y de las hipótesis y supuestos empleados en cada modelo, y en validar su metodología y los resultados generados. Para el Modelo Actuarial de Largo Plazo, el método utilizado para practicar la Auditoría fue el método de censo, mientras que para los otros dos modelos se utilizó la técnica de proyección de estados financieros

En el caso del Modelo Actuarial de Largo Plazo, a partir del cual se elaboran en el IMSS las valuaciones actuariales del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), el Seguro de Invalidez y Vida (SRT) y el ramo de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), se verificaron de manera especial las proyecciones de nuevos pensionados que resultan de aplicar las bases biométricas por edad, sexo y tipo de pensión que actualizó nuestra Firma en 2009 con la información de las pensiones iniciales del periodo 1998-2008. Asimismo, se verificaron las distribuciones por sexo de los componentes familiares de inválidos e incapacitados, y de los asegurados fallecidos.

Adicionalmente, se verificaron las estimaciones realizadas en el Instituto sobre los montos constitutivos del SRT y del SIV y sobre la sobrevivencia de pensionados del ramo de GMP, utilizando las bases biométricas para la determinación del Capital Mínimo de Garantía de la Circular S-22.2 publicada en el Diario Oficial de la Federación del 19 de noviembre de 2009.

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 RISQ

LOCKTON®

A través de las valuaciones actuariales elaboradas mediante el Modelo Actuarial de Largo Plazo, nuestra Firma analizó para el SRT, el SIV y el ramo de GMP, la suficiencia de las primas 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 a las que tienen derecho en el SRT y el SIV, así como por las prestaciones en especie que deben proporcionárseles bajo el ramo de GMP. Este análisis permitió ratificar tanto la suficiencia financiera del SRT y del SIV para cubrir en el largo plazo las prestaciones por pensiones, indemnizaciones, subsidios y ayudas, como la notoria insuficiencia de la prima del ramo de GMP para financiar las prestaciones en especie a los pensionados y sus beneficiarios.

A este respecto, cabe señalar que las conclusiones emitidas por nuestra Firma en torno a la suficiencia financiera de las primas del SRT y el SIV y a la insuficiencia de la prima del ramo de GMP se desprenden de los resultados que arrojan las valuaciones actuariales realizadas a partir del Modelo Actuarial de Largo Plazo, cuyos cálculos son responsabilidad de la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales (CARI) del Instituto Mexicano del Seguro Social, en tanto que nuestra responsabilidad consiste en expresar una opinión sobre los mismos tomando como base la auditoría practicada.

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 puedan afectar significativamente la suficiencia de las cuotas y contribuciones establecidas en la LSS, así como el nivel de las reservas actuariales de los seguros y del ramo valuados.

Asimismo, además de validar las prestaciones económicas y las prestaciones en especie otorgadas; se validaron los Gastos Administrativos y Operativos en que incurre el Instituto por el otorgamiento de dichas prestaciones, los cuales se ven reflejados en el balance del SRT y el SIV.

Por lo que se refiere al Modelo Financiero de Corto Plazo, nuestra Firma analizó el comportamiento que han tenido en los últimos años el flujo de efectivo de ingresos y egresos del Instituto, así como el presupuesto para el año 2011 y los supuestos empleados para proyectar su evolución en 2012 y 2013, considerándose que tales supuestos son adecuados, al igual que los resultados obtenidos.

En cuanto al Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo, en el cual se recogen tanto las proyecciones del Modelo Actuarial de Largo Plazo en cuanto a prestaciones en dinero del SRT y del SIV como las proyecciones del Modelo Financiero de Corto Plazo, la auditoría practicada permitió concluir que son razonables y adecuadas las hipótesis con las que se proyectaron las tendencias de los ingresos y los egresos por rubro para el periodo 2014-2050, y en consecuencia también son adecuados los resultados obtenidos.

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 RSQ

LOCKTON®

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 de los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida, así como del nivel de sus reservas actuariales para hacer frente a las prestaciones en dinero estipuladas en la Ley del Seguro Social, así como sus gastos administrativos y de operación.

Certifico que el Modelo Actuarial de Largo Plazo por medio del cual se proyecta la situación financiera del ramo de GMP presenta razonablemente la situación financiera de dicho ramo, destacando que el nivel de reservas con que se cuenta para hacer frente a las obligaciones del mismo no es suficiente y que el nivel de cuotas establecido en la Ley del Seguro Social no permite generar suficiencia en el corto, mediano y largo plazo.

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 periodo que abarcan sus proyecciones.

Atentamente,

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 EOS RISQ

Hewitt Associates S.C.
Blvd. Avila Camacho No. 36, Piso 12
Col. Lomas de Chapultepec
11000 México D.F.
Tel 52 55 53 40 28 00 Fax 52 55 56 87 34 72
www.hewitt.com

Hewitt

26 de abril de 2011

Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. Paseo de la Reforma 476
Col. Juárez
México D. F. 0600
México, D.F.

Estimados señores:

De acuerdo al contrato de Prestación de Servicios número P051806 celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Hewitt Associates, S. C. 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 2010 y Proyecciones 2011, nos permitimos señalar que dicha Valuación Actuarial considera lo siguiente:

- 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.

- Se tomaron en cuenta tanto los recursos que el Instituto ha destinado para afrontar las obligaciones derivadas del RJP y para constituir las reservas del Fondo para el Cumplimiento de las Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) Subcuenta 1, 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.

- 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 son consistentes con los utilizados en la Valuación Actuarial al 31 de diciembre de 2009.

- El gasto del IMSS para afrontar sus obligaciones laborales durante el 2010 (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 Instituto se apega a la NIF08-BIS de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

- En los Estados Financieros del Instituto, de acuerdo a la NIF08-BIS, el cargo a resultados del RJP correspondiente al ejercicio 2010 considera: los pagos por prima de antigüedad y cláusulas contractuales, el pago de la nómina de pensionados y las prestaciones del RJP (pago por pensiones complementarias descontadas las aportaciones de los trabajadores) y la provisión constituida durante el ejercicio. De esta forma, los recursos destinados por el Instituto para cubrir sus obligaciones laborales, derivadas del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de sus Trabajadores, coinciden con el cargo a resultados reportado en la Valuación Actuarial al 31 de diciembre de 2010.

Con base en lo anterior, hacemos 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 las Empleados", al 31 de Diciembre de 2010 y Proyecciones 2011, así como sus resultados, 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.

Asimismo, hacemos constar que se actuó con objetividad en la cuantificación de las obligaciones sin que existiera impedimento alguno o relación que modificara los resultados del dictamen. Nuestra única relación con el Instituto y con los beneficios que otorga, es como Actuario Consultor, en observancia del Código de Ética Profesional del Colegio Nacional de Actuarios, A.C. y no existe ninguna alguna situación que pudiera restarle objetividad a nuestro trabajo.

Por último, certificamos que los resultados obtenidos, en nuestra opinión, reflejan razonablemente la situación del IMSS al 31 de diciembre de 2010 con respecto a su obligación laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de sus trabajadores.

Act. Patricia Fernanda Barra Ochoa

Cédula profesional número 1938621

Registro de Actuario Certificado en Pasivos Laborales Contingentes 060-1938621

Registro de Actuario Dictaminador de Planes de Pensiones ante la CONSAR, CNSAR/VJ/DGNC/DGACLI/RA/038/2000/R-2009

Act. Ma. del Carmen Fernández Reyes

Cédula profesional número 1748295

Registro de Actuario Certificado en Pasivos Laborales Contingentes 066-1748295

Registro de Actuario Dictaminador de Planes de Pensiones ante la CONSAR, CNSAR/VJ/DGNC/DGACLI/RA/049/2002/R-2008

LOCKTON

11 de Mayo de 2011

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. P051808, celebrado entre Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y nuestra Firma, 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 (FCOLCLC) al 31 de diciembre de 2010".

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) saldo acumulado más rendimientos al 31 de diciembre de 2010 en la subcuenta 2A del FCOLCLC, por $10,241 millones; ii) saldo acumulado más rendimientos al 31 de diciembre de 2010 en la subcuenta 2B del FCOLCLC por $1,460 millones; iii) aportaciones futuras de los trabajadores en activo que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004; y, iv) aportaciones futuras de los trabajadores contratados por el IMSS conforme al citado Convenio Adicional.

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 RISQ

El estudio no certifica el detalle mensual de las aportaciones realizadas a diciembre de 2010, 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.

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 10 pensionados cubiertos bajo lo establecido en el Convenio Adicional y los 44,520 trabajadores de Base y Confianza "B" con fecha de ingreso al Instituto a partir del 12 de agosto de 2004 y con aportaciones registradas en la subcuenta 2B del FCOLCLC, el valor presente de obligaciones totales (VPOT) correspondiente al RJP, considerando como tasa de descuento la meta anual de rendimiento fijada por el Instituto del 3.7% real, se encuentra plenamente financiado con el saldo en la Subcuenta 2 del FCOLCLC a la fecha de valuación, más el valor presente de las aportaciones futuras de los propios trabajadores y las aportaciones futuras excedentes al 3% de los trabajadores en activo contratados antes del 12 de agosto de 2004, quedando un remanente para cubrir futuras variaciones que pudieran presentarse en los supuestos aplicados.

ATENTAMENTE,

Act. Marcela Flores Quiroz
Cédula Profesional No. 1280075
Perito Valuador 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 EOS

LOCKTON

20 de Mayo de 2011

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

En relación al Contrato de Prestación de Servicios de Consultoría Actuarial No. P051637 celebrado el 15 de Diciembre de 2010 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 al "Estudio Actuarial para Determinar la Reserva Óptima de los Seguros de Riesgo de Trabajo e Invalidez y Vida del IMSS".

El estudio actuarial se realizó utilizando el método de censo a partir del cual se elaboran, en el IMSS, las valuaciones actuariales del Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) y el Seguro de Invalidez y Vida (SRT) utilizando las proyecciones de nuevos pensionados que resultan de aplicar las bases biométricas por edad, sexo y tipo de pensión. Asimismo, se utilizaron las distribuciones por sexo de los componentes familiares de inválidos e incapacitados, así como de los asegurados fallecidos.

De manera adicional, se calcularon los montos constitutivos del SRT y del SIV, utilizando las bases biométricas de la Circular S-22.2 publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de noviembre de 2009.

Por otra parte, se incorporaron los Gastos Administrativos y Operativos en que incurre el Instituto por el otorgamiento de las prestaciones económicas y las prestaciones en especie, los cuales se ven reflejados en el balance del SRT y el SIV; dichos conceptos son necesarios para obtener una reserva óptima la cual considere dichas erogaciones.

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

El estudio elaborado tuvo los siguientes objetivos:

a) Determinar si los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT) e Invalidez y Vida (SIV) presentan suficiencia financiera en el largo plazo para cubrir sus obligaciones por las prestaciones que establece la LSS, así como por los gastos en que incurre el Instituto para otorgar dichas prestaciones.

b) El determinar si las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) del SRT y del SIV podrían ser transferidas total o parcialmente a la RFA del seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM)

c) Calcular la magnitud de las RFAs del SRT y del SIV a transferirse al SEM.

El estudio fue realizado con base a las normas actuariales generalmente aceptadas, las cuales permiten que los resultados obtenidos no contengan errores que puedan afectar significativamente el monto de las reservas óptimas obtenidas.

Por lo expuesto anteriormente, certifico que la información y los supuestos utilizados, así como la metodología aplicada en el Estudio Actuarial para Determinar la Reserva Óptima de los Seguros de Riesgo de Trabajo e Invalidez y Vida del IMSS, son suficientes, consistentes y presenta razonablemente la situación financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asimismo, certifico que los resultados obtenidos de las Reservas Óptimas de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida, se encuentran calculadas con un alto grado de confiabilidad.

Atentamente,

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 EOS RISO