

**INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL
Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE
LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
2011-2012**

**INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL
Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE
LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
2011-2012**

Primera edición, 2012.

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

Impreso y hecho en México.

Portada

Obra: Apología de la futura victoria de la ciencia médica contra el cáncer, 1958.

Autor: David Alfaro Siqueiros.

El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2011-2012 puede recuperarse parcial o totalmente en la siguiente dirección de Internet: <http://www.imss.gob.mx/instituto/informes/pages/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 2011- 2012



Vivir Mejor



**GOBIERNO
FEDERAL**



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	11
I.2.1. Asegurados trabajadores	11
I.2.2. Salario base de cotización	14
I.2.3. Ingresos	16
I.3. Cobertura poblacional	19
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 2011	34
II.3.2. Proyecciones del gasto médico, 2012-2050	35
II.4. Factores adicionales que ejercen presión sobre el gasto médico	39
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	46
III.3.1. Supuestos	49
III.3.2. Resultados con base en las proyecciones del cierre de 2012	50
III.4. Proyecciones financieras de largo plazo	51

III.4.1. Conceptos y supuestos	52
III.4.2. Situación actual del IMSS	54
III.4.3. Escenario base	55
III.4.4. Comparativo de los resultados del escenario base del Informe actual y el escenario base del Informe anterior	55

Capítulo IV. Seguro de Riesgos de Trabajo **59**

IV.1. Estado de resultados	60
IV.2. Resultados de la valuación actuarial	61
IV.2.1. Proyecciones demográficas	64
IV.2.2. Proyecciones financieras	64
IV.2.3. Balance actuarial	68
IV.2.4. Escenarios de sensibilidad	68
IV.3. Opciones de política	71

Capítulo V. Seguro de Invalidez y Vida **73**

V.1. Estado de resultados	75
V.2. Resultados de la valuación actuarial	76
V.2.1. Proyecciones demográficas	77
V.2.2. Proyecciones financieras	77
V.2.3. Balance actuarial	80
V.2.4. Escenarios de sensibilidad	80
V.3. Opciones de política	82

Capítulo VI. Seguro de Enfermedades y Maternidad **85**

VI.1. Estado de resultados	86
VI.2. Proyecciones financieras de largo plazo	86
VI.2.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad, SEM-Total	88
VI.2.2. Asegurados	91
VI.2.3. Gastos Médicos de Pensionados	91
VI.2.4. Resumen	94
IV.3. Resultados de la valuación actuarial de Gastos Médicos de Pensionados	95
VI.3.1. Proyecciones demográficas	96
VI.3.2. Proyecciones financieras	96
VI.3.3. Balance actuarial	100
VI.4. Opciones de política	102

Capítulo VII. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales **105**

VII.1. Estado de resultados	106

VII.2. Proyecciones financieras de largo plazo	107
VII.3. Análisis financiero complementario	109
VII.3.1. Guarderías	109
VII.3.2. Sistema Nacional de Velatorios	114
VII.3.3. Centros vacacionales	117
VII.4. Opciones de política	121
Capítulo VIII. Seguro de Salud para la Familia	127
VIII.1. Estado de resultados	127
VIII.2. Proyecciones financieras de largo plazo	129
VIII.3. Opciones de política	131
Capítulo IX. Reservas y Fondo Laboral del Instituto	135
IX.1. Antecedentes	136
IX.1.1. La estructura de las reservas y fondo del IMSS	136
IX.1.2. Los propósitos de las reservas y fondo del IMSS	136
IX.1.3. Fundamento normativo para la inversión de las reservas y fondo	138
IX.1.4. Evolución de los saldos de las reservas y fondo	139
IX.2. Inversión de las reservas y fondo	140
IX.2.1. Posición contable del portafolio de inversión	140
IX.2.2. Régimen de inversión	140
IX.2.3. Asignación estratégica de activos	141
IX.2.4. Inversión en Afore XXI	142
IX.2.5. Generación de liquidez para la Subcuenta 1 del Fondo Laboral	145
IX.2.6. Rendimientos financieros obtenidos en 2011	147
IX.2.7. Registro contable	152
IX.2.8. Riesgos financieros de las inversiones institucionales	154
IX.3. El uso y las perspectivas de las reservas y Fondo Laboral	157
IX.3.1. Usos de las reservas	157
IX.3.2. Transferencia de recursos excedentes a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad	157
IX.3.3. Programa de usos futuros de reservas y Fondo Laboral	159
IX.3.4. Proyecciones de los saldos de las reservas y Fondo Laboral	160
Capítulo X. Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto	163
X.1. Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón	164
X.1.1. Valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS	166

X.1.2. Estudio actuarial sobre la suficiencia financiera del Fondo Laboral para las nuevas contrataciones de base	176
X.2. El Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Programa IMSS-Oportunidades	179
X.2.1. Antecedentes	179
X.2.2. Costo laboral del Programa IMSS-Oportunidades	182
X.3. Contingencias de carácter litigioso	186
X.3.1. Contingencias en juicios laborales	189
X.3.2. Contingencias en juicios fiscales y administrativos	190
X.3.3. Contingencias en juicios civiles y mercantiles	191
X.3.4. Programa Nacional de Atención y Control de Juicios	192
X.4. Sistema Nacional de Tiendas	193
X.4.1. Resultados financieros 2006-2011	193
Capítulo XI. Instalaciones y Equipo del Instituto	199
XI.1. Infraestructura inmobiliaria institucional	199
XI.1.1. Instalaciones médicas del Régimen Ordinario	200
XI.1.2. Instalaciones médicas del Programa IMSS-Oportunidades	210
XI.1.3. Unidades no médicas	217
XI.2. Equipo institucional	219
XI.2.1. Equipo médico	219
XI.2.2. Equipo de informática y de comunicaciones	223
Capítulo XII. Acciones y Logros del Instituto en Materia de Salud, Bienestar Social y Transparencia	227
XII.1. Acciones para abatir la mortalidad materna en derechohabientes IMSS	228
XII.2. Diferimiento en cirugía programada	229
XII.3. Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células	230
XII.4. Mejoras de la atención en Urgencias	231
XII.5. Programa de Consulta de Medicina Familiar en 6° y 7° día	232
XII.6. Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS)	232
XII.7. Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético (DIABETIMSS)	234
XII.8. Esquema de distribución de medicamentos	235
XII.9. Desarrollo de infraestructura	236
XII.10. Equipamiento	237
XII.11. Estrategia de compras y contratación de servicios	238
XII.12. Guarderías	239
XII.13. Encuesta de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos	240
Capítulo XIII. Conclusiones y Propuestas	241

Anexo A. Prestaciones y Fuentes de Financiamiento de los Regímenes de Aseguramiento del IMSS	249
A.1. Regímenes y modalidades de aseguramiento del Instituto Mexicano del Seguro Social	249
A.2. Cobertura poblacional y prestaciones	250
A.2.1. Cobertura poblacional y prestaciones del Régimen Obligatorio	250
A.2.2. Cobertura poblacional y prestaciones del Régimen Voluntario	250
A.3. Fuentes de financiamiento	250
 Anexo B. Acciones para Combatir la Evasión Fiscal y Promover el Cumplimiento de las Obligaciones en Materia de Seguridad Social	 255
B.1. Combate a la evasión fiscal	255
B.1.1. Combate a la evasión de las empresas prestadoras de servicios de personal (<i>outsourcing</i>)	256
B.1.2. Combate a la evasión de otros sectores de actividad	256
B.2. Mejora de la coordinación institucional	257
B.3. Incentivos al cumplimiento voluntario	257
 Anexo C. Avances del Presupuesto Basado en Resultados y Sistema de Evaluación del Desempeño	 261
C.1. Antecedentes	261
C.2. PbR-SED en el Instituto, 2011	262
C.3. Resultados y avances de los programas presupuestarios 2011	263
C.4. Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011	265
C.5. Mecanismo de seguimiento de aspectos susceptibles de mejora (2011)	266
C.6. Recomendaciones realizadas por la Auditoría Superior de la Federación derivadas de la revisión a la Cuenta Pública de 2009 “Auditoría de Desempeño a los Seguros, Servicios y Prestaciones No. 1055”	267
C.7. Modelo Sintético de Información del Desempeño (2011)	267
C.8. Recomendaciones realizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con apoyo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (Proceso de Mejora 2011)	268
C.9. Evaluación del Desempeño y Calidad en el Ejercicio del Gasto (SFP)	269
C.10. Actividades inmediatas de evaluación de programas	270
C.10.1. Programa Anual de Evaluación 2012	270
C.10.2. Mecanismo de Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora (2012)	270
 Anexo D. Elementos Involucrados en las Valuaciones Actuariales de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida	 271
D.1. Eventos que generan una prestación en dinero del SRT y SIV	271
D.2. Elementos que inciden en el costo de las sumas aseguradas	272
D.3. Escenario base de la valuación actuarial	275

D.3.1. Población asegurada	276
D.3.2. Beneficios valuados	278
D.3.3. Bases biométricas e hipótesis demográficas y financieras	278
D.3.4. Criterios	279

Anexo E. Supuestos de la Valuación Actuarial de la Cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad

285

E.1. Supuestos demográficos	285
E.2. Supuestos financieros	286

Anexo F. Consideraciones Adicionales de las Reservas y del Fondo Laboral del Instituto

291

F.1. Elementos sobre el proceso integral de inversión	291
F.1.1. Proceso integral de inversión	291
F.1.2. Transparencia y rendición de cuentas	294
F.1.3. Apego a mejores prácticas de inversión	295
F.2. La inversión de las reservas a partir de la crisis financiera de 2008-2009	295
F.2.1. Medidas prudenciales adoptadas	295
F.2.2. Posición institucional en el sector corporativo	297
F.2.3. Acciones realizadas para la recuperación de inversiones en incumplimiento	301
F.2.4. Una perspectiva sobre los resultados de la inversión en el sector corporativo	305
F.3. Registro contable	306
F.3.1. Clasificación de los instrumentos financieros	306
F.3.2. Registros de deterioro	307
F.4. Auditorías realizadas al proceso integral de inversiones financieras	308

Anexo G. Elementos Principales y Estadísticas Relevantes del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

311

G.1. Principales características y evolución del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	311
G.2. Percepciones de los jubilados del IMSS comparadas con las de trabajadores en activo del Instituto	315
G.3. Financiamiento del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	317
G.3.1. Financiamiento histórico, 1966-2011	317
G.3.2. Aportaciones acumuladas en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, 1966-2011	318
G.3.3. Financiamiento actual	319

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

323

H.1. Valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS	324
H.1.1. Características de la población valuada	324

H.1.2. Bases biométricas e hipótesis demográficas y financieras	328
H.2. Estudio actuarial para determinar la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral	328
H.2.1. Características de la población valuada	330
H.2.2. Hipótesis financieras utilizadas en el estudio	332
Anexo I. Programa Nacional de Atención y Control de Juicios	335
I.1. Materia laboral	335
I.1.1. Resultados a nivel nacional	335
I.1.2. Resultados a nivel central	337
I.2. Materia fiscal	339
Glosario	341
Índice de Cuadros	355
Índice de Gráficas	365
Dictamen de los Auditores Independientes	371



Siglas y Acrónimos

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

EA2	Escenario alternativo 2	IPC	Índice de Precios y Cotizaciones
ECE	Expediente Clínico Electrónico	IR	Insuficiencia renal
EED	Evaluación Específica de Desempeño	IRC	Insuficiencia renal crónica
EMSSA	Experiencia demográfica de mortalidad para activos	ISR	Impuesto Sobre la Renta
EMSSI	Experiencia demográfica de mortalidad para inválidos	ISSA	Asociación Internacional de Seguridad Social (por sus siglas en inglés)
ENE	Encuesta Nacional de Empleo	ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ENESS	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social	LAASSP	Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo	LFT	Ley Federal del Trabajo
ENSAT	Encuesta de Satisfacción de Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos	LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
FCOLCLC	Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual	LIF	Ley de Ingresos de la Federación
FIBESO	Fideicomiso de Beneficios Sociales	LSAR	Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro
FIEL	Firma Electrónica Avanzada	LSS	Ley del Seguro Social
GMP	Gastos Médicos de Pensionados	MC	Monto constitutivo
GRD	Grupos Relacionados con el Diagnóstico	MCUP	Método de Crédito Unitario Proyectado
GPO	Gasto de Pago Oportuno	MIFA	Modelo Integral Financiero y Actuarial
HA	Hipertensión arterial	MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
HCT	Honorable Consejo Técnico	MML	Matriz de Marco Lógico
HR	Hospital Rural	MSD	Modelo Sintético de Información de Desempeño
HSL	Hospital Sin Ladrillos	NECE	Nuevo Expediente Clínico Electrónico
IDSE	IMSS Desde Su Empresa	NEIFGSP-08	Norma Específica de Información Financiera Gubernamental para el Sector Paraestatal
IFA	Informe Financiero y Actuarial	NIF	Norma de Inversión Financiera
IFAI	Instituto Federal de Acceso a la Información Pública	NIF D-3	Norma de Información Financiera “Beneficios a los Empleados”
IG	Indemnización Global	NIFG	Norma de Información Financiera Gubernamental
IGD	Indicador General de Desempeño	NRPV	Nueva Red Privada Virtual
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social	NVSM	Número de veces el salario mínimo
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía	OBD	Obligaciones por Beneficios Definidos
INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores		
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres		
INPC	Índice Nacional de Precios al Consumidor		

OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico	SBC-E	Salario base de cotización de equilibrio
ODA	Obligaciones por Derechos Adquiridos	SED	Sistema de Evaluación del Desempeño
OIC	Órgano Interno de Control	SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
OSD	Ofertas Subsecuentes de Descuento	SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda	SEMAR	Secretaría de Marina
PAU	Población Adscrita a Unidad	SFP	Secretaría de la Función Pública
PC	Prima de contribución	SGPS	Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
PCP	Pensiones en Curso de Pago	SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
PbR	Presupuesto basado en Resultados	SHF	Sociedad Hipotecaria Federal
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación	SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
PEMEX	Petróleos Mexicanos	SIEED	Sistema de la Evaluación Específica de Desempeño
PG	Pensiones Garantizadas	SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
PIB	Producto Interno Bruto	SIV	Seguro de Invalidez y Vida
PIP	Proveedor integral de Precios	SIVCM	Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte
PMN	Prima media nivelada o de equilibrio	SMGP	Salario mínimo general promedio
PR	Prima de reparto	SMGVDF	Salario mínimo general vigente del Distrito Federal
PREI	Sistema de Planeación de Recursos Institucionales	SNT	Sistema Nacional de Tiendas
PREVENIMSS	Programas Integrados de Salud	SNTSS	Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor	SNV	Sistema Nacional de Velatorios
PROFEDET	Procuraduría de la Defensa del Trabajo	SRCV	Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez
RCV	Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	SRT	Seguro de Riesgos de Trabajo
RFA	Reserva Financiera y Actuarial	SS	Secretaría de Salud
RGFA	Reserva General Financiera y Actuarial	SSAS	Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora
RJP	Régimen de Jubilaciones y Pensiones	SSE	Seguro de Salud para Estudiantes
RO	Reserva Operativa	SSFAM	Seguro de Salud para la Familia
ROCF	Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento	STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
SAR	Sistema de Ahorro para el Retiro	SUA	Sistema Único de Autodeterminación
SAT	Servicio de Administración Tributaria	SUAVE	Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica
SBC	Salario base de cotización		

SUDINET	Sistema Único de Dictamen a través de Internet
TFJFA	Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa
TIIE	Tasa de Interés Interbancaria 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



Presentación

De acuerdo con el Artículo 2 de la Ley del Seguro Social, 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...”.

Este Informe presenta ante el Ejecutivo Federal y el H. Congreso de la Unión la situación financiera y presupuestaria y los principales riesgos que enfrenta del Instituto, en cumplimiento del Artículo 273 de la misma Ley, en el que, además, se establece que los resultados contables y actuariales aquí contenidos sean dictaminados por auditores externos.

La situación financiera del Instituto sigue teniendo como principales problemas el desbalance estructural entre los ingresos y los gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, incluyendo el componente correspondiente a los Gastos Médicos de Pensionados, y la magnitud actual y futura del pasivo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los propios trabajadores del Instituto.

En el primer caso, como se ha venido señalando en informes anteriores, las enfermedades transmisibles han sido desplazadas por los padecimientos crónico-degenerativos como principales causantes de enfermedad entre una población derechohabiente cada vez más envejecida. El resultado ha sido un creciente gasto por parte del Instituto para proporcionar servicios médicos a sus derechohabientes, a la vez que los ingresos crecen a un ritmo considerablemente menor. En consecuencia, el Seguro de Enfermedades

y Maternidad presenta un déficit que no será eliminado sin modificaciones estructurales a la forma de su financiamiento.

Por otra parte, el creciente número de jubilados y pensionados entre los propios trabajadores del Instituto requiere, y seguirá requiriendo en el futuro próximo, que una cantidad considerable de recursos sea destinada por el IMSS a cubrir el pasivo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, dificultando así la disponibilidad de recursos para la operación de los servicios y prestaciones que el Instituto ofrece a sus derechohabientes.

Para enfrentar ambos problemas, el Instituto ha instrumentado diversas medidas que, si bien han permitido un alivio temporal, no eliminan la necesidad de buscar soluciones con un impacto de largo plazo. Una de ellas es que desde 2009, ha sido necesario utilizar 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 IMSS. Sin embargo, se estima que dicho Fondo se agote a principios de 2013.

De forma complementaria y en cumplimiento con lo establecido en la Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011, en septiembre de 2011, el Consejo Técnico aprobó la transferencia de los excedentes de los saldos de las Reservas Financieras y Actuariales del Seguro de Riesgos de Trabajo y del Seguro de Invalidez y Vida a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedad y Maternidad, por un monto de 61,222 millones de pesos, con el propósito de dar disponibilidad financiera en los próximos años, pero dichos recursos sólo podrán financiar los faltantes de operación hasta el 2016.

Una tercera medida está relacionada con el “Convenio para dar Cumplimiento a la Cláusula Seis Segunda del Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”, suscrito el 27 de junio de 2008 entre el IMSS

y el Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social, 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 no conlleva pasivos laborales 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. Esta medida tiene como meta reducir la presión financiera a largo plazo.

Es importante mencionar que a pesar de la adversa situación financiera, el Instituto ha logrado eficiencias operativas y avances en la oportunidad y calidad del servicio. Como resultado de ahorros en la adquisición de medicamentos y contratación de servicios, así como de la implementación de programas preventivos y de promoción de la salud, el IMSS ha realizado inversiones históricas en infraestructura y equipo médico. Destaca también el fortalecimiento de la Afore XXI mediante su fusión con la Afore Banorte que permitió la creación de la Afore de capital mexicano más grande del sistema, alcanzando una red de distribución más amplia, una reducción en los costos promedio de operación y como consecuencia un decremento de las comisiones en beneficio de los trabajadores afiliados a dicha Afore.

No obstante los esfuerzos que ha hecho el Instituto, la coyuntura operativa y financiera descrita en este documento apunta a la apremiante necesidad de encontrar soluciones duraderas que garanticen la viabilidad financiera de aquellos seguros que hoy presentan desbalances estructurales. Dichas soluciones sólo pueden surgir de un entorno de consenso entre los patrones, el sector obrero, los poderes Ejecutivo y Legislativo y el propio Sindicato del IMSS. Se espera que el presente Informe aporte y facilite las labores necesarias para lograr dichos consensos.

El Consejo Técnico del Instituto Mexicano del
Seguro Social
México, D. F., a 30 de mayo de 2012.



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"*¹. La misma Ley define al Seguro Social como el instrumento básico de la seguridad social² 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)³.

Dentro del conjunto de las instituciones que otorgan prestaciones de seguridad social y/o aseguramiento público en salud en México, el IMSS es la institución con el mayor número de población atendida, seguido por el Seguro Popular (cuadro 1). El IMSS actualmente cuenta con una población derechohabiente adscrita a Unidad de Medicina Familiar (UMF) equivalente a 47.4 millones de personas. Adicionalmente a los servicios médicos que el IMSS ofrece a sus derechohabientes, también brinda 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 10.8 millones de personas.

¹ LSS, Artículo 2.

² *Ídem*, Artículo 4.

³ *Ídem*, Artículo 5.

Cuadro 1.
Población por condición de aseguramiento,
diciembre 2011

Institución	Número de derechohabientes/ afiliados	Porcentaje de la población ^{1/}
IMSS	58,293,160	50.82
Población adscrita a UMF ^{2/}	47,405,653	41.33
IMSS-Oportunidades	10,887,507	9.49
ISSSTE	12,206,730	10.64
Seguro Popular	51,823,314	45.18
PEMEX, SEDENA, SEMAR	1,114,346	0.97
Instituciones privadas	2,049,024	1.79
Otras instituciones públicas	919,891	0.80

^{1/} La población a diciembre de 2011 se estimó a partir de la población a la fecha del Censo de Población y Vivienda 2010 y considerando la tasa de crecimiento promedio anual de la población de 1.4 por ciento (114'706,614 personas).

^{2/} La estadística de población derechohabiente adscrita a 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 2011; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Anuario Estadístico 2011; Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2011; 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.

Cabe señalar que existe la posibilidad de duplicidad en la condición de aseguramiento, por ejemplo, personas que están adscritas y/o afiliadas al mismo tiempo al Programa IMSS-Oportunidades y al Seguro Popular, lo cual significa que la suma de la población que recibe prestaciones de seguridad social y/o aseguramiento público en salud sea mayor al total de la población mexicana.

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

decisión individual o colectiva. El Régimen Obligatorio se integra por cinco tipos de seguros: Riesgos de Trabajo (SRT), Enfermedades y Maternidad (SEM), Invalidez y Vida (SIV), Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS). Mientras que el Régimen Voluntario sólo cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y el Seguro Facultativo⁴.

La amplia gama de servicios médicos, preventivos y curativos que ofrece el IMSS, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y contribuir al desarrollo de las familias derechohabientes. En un día típico del Instituto se realizan más de 470 mil consultas médicas, de las cuales 48,500 son atenciones por urgencias; se registran alrededor de 5,400 egresos hospitalarios y 4 mil intervenciones quirúrgicas; además, se elaboran más de 721 mil análisis clínicos, como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2.
Servicios médicos otorgados en un día típico,
enero a diciembre 2011

Concepto	Promedio total nacional
Población adscrita a UMF ^{1/}	47,405,653
Población adscrita a médico familiar ^{2/}	39,070,929
Total de consultas otorgadas	470,814
Consultas de medicina familiar	326,609
Consultas de especialidades	77,359
Consultas dentales	18,335
Atenciones de urgencias	48,511
Egresos hospitalarios	5,456
Intervenciones quirúrgicas	4,075
Partos atendidos	1,268
Análisis clínicos	721,834
Estudios de radiodiagnóstico	53,721

^{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 Incorporación y Recaudación (DIR) y Dirección de Prestaciones Médicas (DPM), IMSS.

⁴ Ver el Anexo A "Prestaciones y Fuentes de Financiamiento de los Regímenes de Aseguramiento del IMSS" para una descripción detallada.

Los servicios brindados por el IMSS representan la mitad de los servicios de salud otorgados por instituciones públicas, reflejándose esto en el cuadro 3.

Dentro del contexto de seguridad social y de manera complementaria a los servicios de salud, el IMSS brinda prestaciones económicas que protegen tanto a los trabajadores como a sus familiares frente a un evento de riesgo contemplado en la LSS y con apoyo para el cuidado infantil a las madres y padres trabajadores durante su jornada laboral. A la vez se ofrecen otros tipos de prestaciones sociales que contribuyen al bienestar integral de sus derechohabientes, por ejemplo, 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 análisis detallado sobre la situación financiera y presupuestaria –presente y futura– del Instituto y los 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 2011, así como resultados de corto, mediano y largo plazos. En los Capítulos IV a VIII se analiza la situación financiera en la que se encuentran el SRT, el SIV, el SEM, el SGPS y el SSFAM⁵. 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, incluyendo

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/}	46.8	38.6	63.6	29.4	38.7	43.8	52.3	54.4	61.0
ISSSTE	7.5	15.7	3.4	8.9	7.1	7.1	8.9	8.3	12.3
SS ^{2/}	42.2	32.3	24.9	53.9	47.9	43.3	32.4	30.0	19.6
Otras instituciones ^{3/}	3.5	13.5	8.1	7.8	6.2	5.9	6.4	7.3	7.1

^{1/} Incluye IMSS-Oportunidades.
^{2/} Secretaría de Salud, incluye los servicios prestados por los Servicios Estatales de Salud, los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia. Estos servicios incluyen los otorgados bajo el Seguro Popular.
^{3/} Incluye información de hospitales universitarios, PEMEX, SEMAR, ISSSTE estatales y SEDENA.
Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística No. 29, vol. III, 2009.

⁵ 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 pasivo laboral del Programa IMSS-Oportunidades, 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. El Capítulo XII contiene algunas de las principales acciones y logros del IMSS durante la actual administración. 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.

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 detallado y 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/pages/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.

Entorno Económico y Composición del Aseguramiento



Capítulo

I

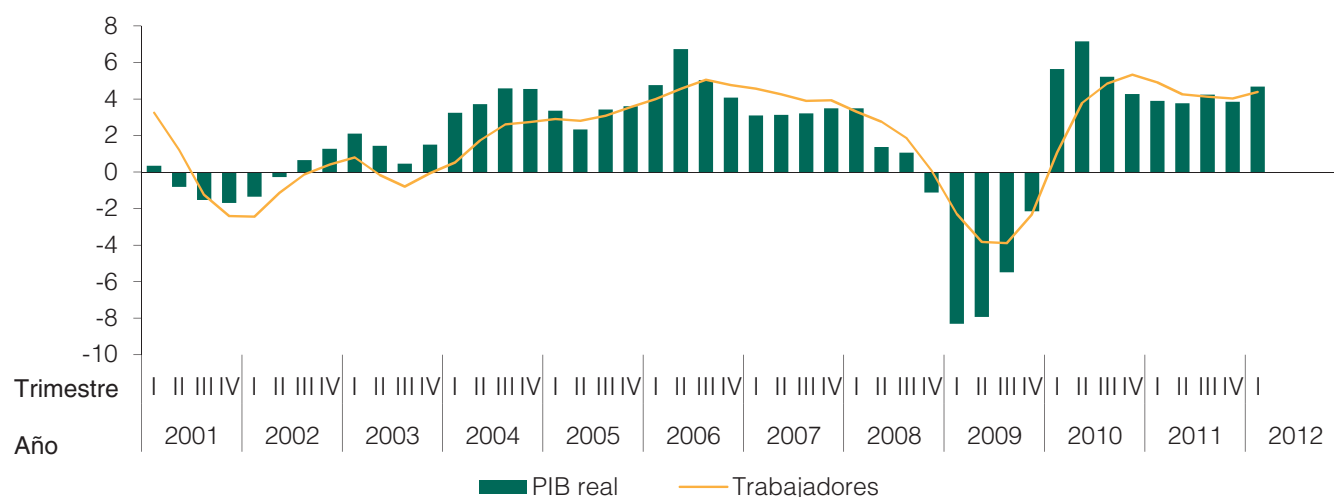
Tres secciones integran el presente capítulo. En la primera se describen diversos factores económicos relacionados con el ciclo económico y el mercado laboral que condicionan el entorno en el que lleva a cabo sus actividades el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estos factores afectan tanto al número de trabajadores que son asegurados en el Instituto como al salario base de cotización (SBC) registrado por los patrones, lo que determina el monto de los ingresos que recauda el IMSS. En la segunda sección se analiza la evolución de estas tres variables fundamentales para las finanzas del Instituto. El capítulo concluye 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

La recuperación de la economía mexicana que se observó a lo largo de 2010 se mantuvo durante 2011, de acuerdo con el crecimiento observado del Producto Interno Bruto (PIB) (gráfica I.1). El crecimiento trimestral del PIB durante 2011 varió entre 3.1 y 4.4 por ciento, con lo que alcanzó un crecimiento anual de 3.9 por ciento. Esta evolución positiva del ciclo económico generó un incremento en el número de trabajadores afiliados en el Instituto.

De manera adicional al impacto que tiene la actividad económica sobre la afiliación de trabajadores al IMSS, existen otros factores que afectan la estructura del mercado laboral y pueden generar cambios en el perfil y la composición de los trabajadores afiliados al

Gráfica I.1.
Producto Interno Bruto real y trabajadores afiliados al IMSS, 2001-2012
 (variación porcentual anual, series desestacionalizadas)



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

Instituto. Entre los factores a considerar, por su impacto potencial en los ingresos que recauda el Instituto, se encuentran: i) la terciarización de la economía; ii) los tipos de relación laboral, y iii) la creciente participación de las mujeres en la fuerza laboral.

El patrón de terciarización de la economía registrado en México durante los últimos años –el sector servicios (sector terciario) ha crecido a un mayor ritmo que los sectores agrícola (primario) e industrial (secundario)–, ha implicado la transferencia relativa de empleo entre distintos sectores de actividad económica. Como se muestra en el cuadro I.1, durante el lapso 2001-2011

el sector servicios registró un crecimiento promedio de 2.4 por ciento anual, muy superior al de los sectores agrícola e industrial de 1.3 por ciento.

El fenómeno descrito de terciarización de la actividad económica se ha traducido en cambios sustanciales en la estructura del mercado laboral, al transferirse el empleo de una división de actividad económica como son las industrias de transformación, donde se observa una alta cobertura de la seguridad social, al comercio, que se caracteriza por un menor nivel de cobertura (gráfica I.2).

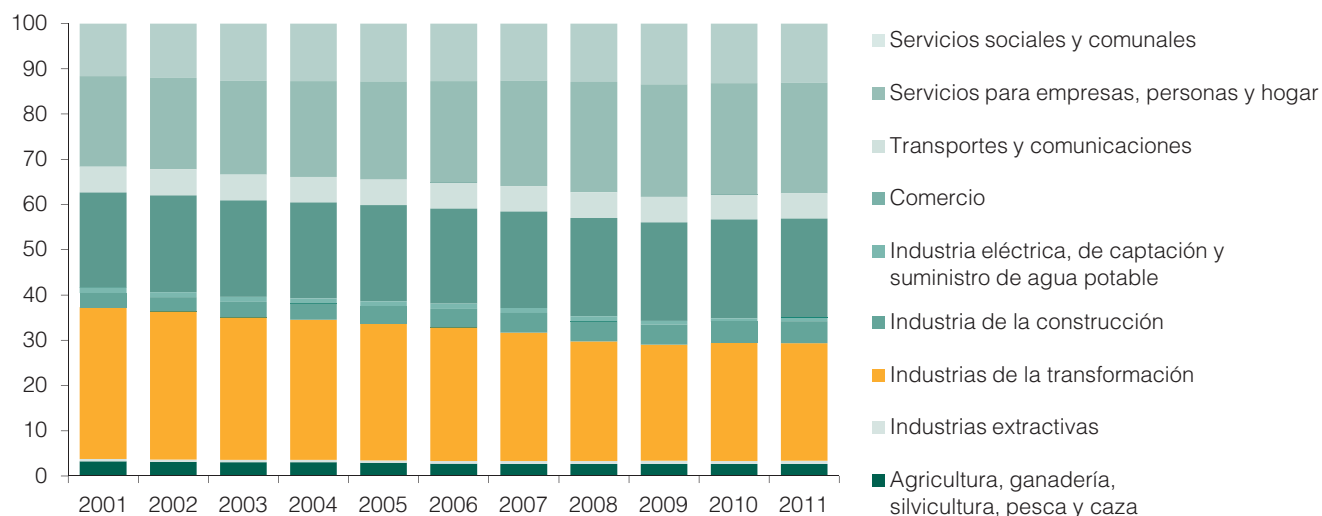
Cuadro I.1.
Crecimiento del Producto Interno Bruto por sector de actividad económica, 2001-2011^{1/}
 (porcentajes)

Sector de actividad económica	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Promedio anual 2001-2011
Primario (agrícola)	3.3	-0.2	2.9	2.5	-2.6	6.3	2.3	1.2	-3.2	2.8	-0.6	1.3
Secundario (industrial)	-2.8	-0.3	0.8	3.7	2.8	5.7	2.0	-0.1	-7.7	6.1	3.8	1.3
Terciario (servicios)	-0.3	0.1	1.5	4.5	4.2	5.3	4.5	2.4	-5.3	5.5	4.2	2.4
Total	-1.0	0.1	1.3	4.0	3.2	5.2	3.3	1.2	-6.2	5.5	3.9	1.9

^{1/} Promedio de la variación anual acumulada. A precios de 2003.

Fuente: INEGI.

Gráfica I.2.
Trabajadores permanentes por división de actividad económica, 2001-2011^{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.

Conviene destacar también, en el análisis del mercado laboral, la composición entre trabajadores permanentes y eventuales. La Ley del Seguro Social (LSS) contempla la afiliación de los dos tipos de trabajadores⁶, y en ambos casos, tanto las condiciones de entero y pago de las cuotas al IMSS como las obligaciones patronales ante el Instituto son las mismas. La única diferencia radica en que los trabajadores 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 enfermedad⁷. Como se ilustra en la gráfica I.3, en los últimos años la proporción de trabajadores eventuales urbanos respecto a los trabajadores permanentes ha aumentado de manera considerable.

⁶ 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).

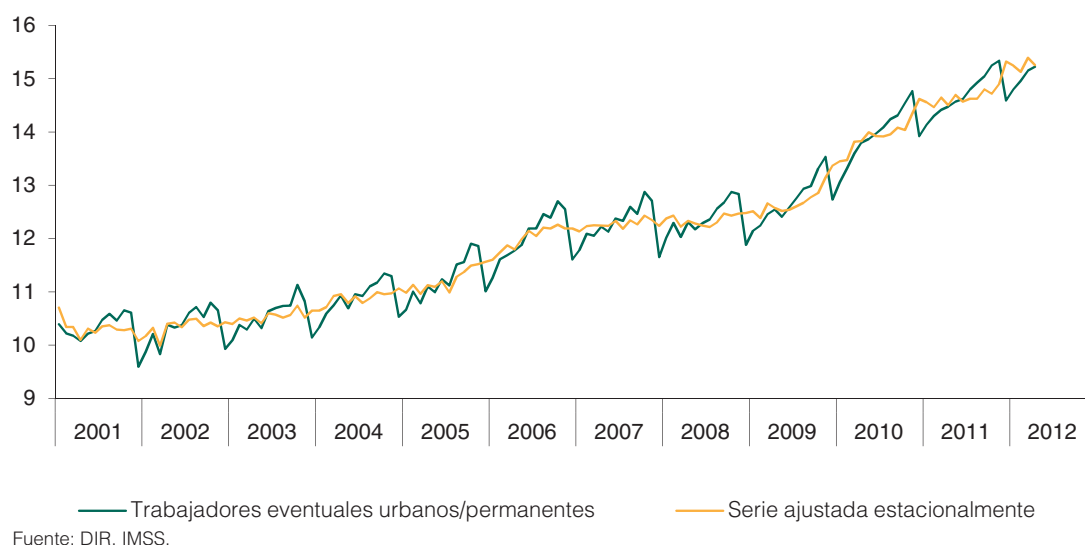
⁷ El asegurado permanente tiene derecho a percibir el subsidio establecido en el Artículo 97 de la LSS cuando tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad, mientras que los trabajadores eventuales pueden percibir el subsidio cuando tienen cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

Un tercer factor que impacta en la conformación del mercado laboral es la creciente incorporación de las mujeres al mismo. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)⁸, en 2011, 43.4 por ciento del total de la población femenina en edad de trabajar formaba parte de la fuerza laboral del país, es decir, poco más de cuatro de cada 10 mujeres participaron de manera activa en el mercado laboral. De 2001 a 2011 la tasa de participación de la población femenina en el mercado laboral aumentó en casi seis puntos porcentuales, observándose el mayor incremento en el rango de edad de 25 a 54 años, en el cual una de cada dos mujeres participa en el mercado laboral.

Como se muestra en el cuadro I.2, en línea con la evolución creciente de la tasa de participación económica femenina, en los últimos 11 años se

⁸ INEGI.

Gráfica I.3.
Razón de trabajadores eventuales urbanos vs. permanentes, 2001-2012
 (porcentajes, al cierre de cada mes)



Cuadro I.2.
Participación femenina en los trabajadores permanentes y eventuales urbanos del IMSS por grupo de edad, 2001-2011
 (porcentajes al mes de diciembre de cada año)

Grupos de edad	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
15 a 24 años	39.5	39.3	39.0	39.0	38.9	39.2	39.3	39.1	38.9	38.1	37.3
25 a 54 años	33.5	33.8	34.2	34.6	34.9	35.5	35.9	36.3	37.0	37.1	37.0
55 a 64 años	23.1	23.7	24.2	24.7	25.1	25.5	26.2	27.0	28.2	28.9	29.4
65 años y más	22.8	23.0	23.2	23.4	23.2	22.8	22.6	23.0	23.8	24.4	24.8
Total	34.3	34.5	34.6	34.9	35.1	35.6	36.0	36.2	36.7	36.7	36.5

Fuente: DIR, IMSS.

incrementó en 2.2 puntos porcentuales la participación relativa de la mujer como parte de los trabajadores permanentes y eventuales urbanos del IMSS, al pasar de 34.3 por ciento del total en 2001 a 36.5 por ciento en 2011. Destacan los grupos de 25 a 54 años y de 55 a 64 años, cuya participación se incrementó en 3.5 puntos porcentuales y 6.3 puntos porcentuales, respectivamente, entre 2001 y 2011.

Cabe destacar dos factores que explican la mayor integración de la población femenina 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 que el segmento de la población con secundaria terminada, estudios medio superior y superior ha aumentado⁹. Por otro lado, se aprecia una marcada disminución en la tasa global de fecundidad en el periodo 2001-2011, al pasar de 2.6 a 2 hijos por mujer¹⁰, y se espera que ésta sea de 1.9 en 2030¹¹.

El aumento de la participación de la mujer en el mercado laboral tiene impactos diferenciados en los ingresos del Instituto: i) por un lado, se genera un incremento de las cuotas obrero-patronales (COP)

⁹ INEGI, Censos de Población y Vivienda, 2000 y 2010.

¹⁰ Proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

¹¹ *Ibid.*

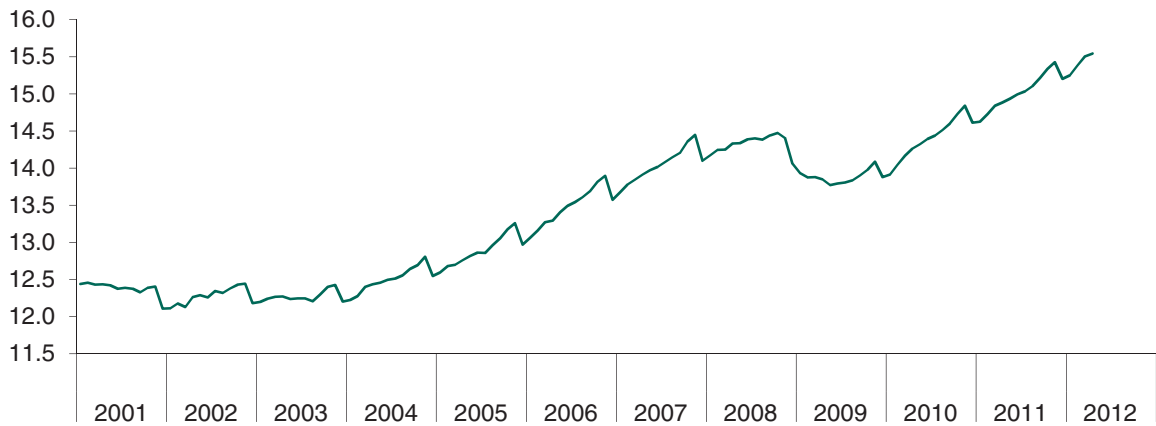
dado que la incorporación femenina al mercado laboral aumenta el número de trabajadoras afiliadas; ii) al mismo tiempo, se observa una disminución relativa de las COP debido a que las mujeres, cuya remuneración promedio es más baja que la de los hombres¹², ingresan en puestos laborales ocupados por la población masculina, lo que origina un desplazamiento de mano de obra que impacta negativamente la base salarial sobre la que se calculan las cotizaciones en materia de seguridad social. También se registran cambios en la demanda de servicios y prestaciones de seguridad social que afectan negativamente las finanzas del IMSS: i) el Instituto deberá otorgar un mayor número de pensiones por invalidez e incapacidad derivada de una enfermedad laboral o un riesgo de trabajo, y ii) resultado de la mayor afiliación de trabajadoras, se observa 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 fecundidad¹³.

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

I.2.1. Asegurados trabajadores

El número de asegurados trabajadores del Instituto aumentó durante los cuatro trimestres de 2011, en línea con la evolución de las tasas de crecimiento de la economía, con lo que al 31 de diciembre de ese año el número de trabajadores permanentes y eventuales urbanos ascendió a 15'202,426 personas, nivel superior en 590,797 personas (4 por ciento) al registrado a finales de 2010 (gráfica I.4)¹⁴. Cabe señalar que al cierre de 2011, del total de trabajadores asegurados 412,766 correspondieron a trabajadores propios del IMSS.

Gráfica I.4.
Número de trabajadores afiliados al IMSS, 2001-2011^{1/}
(millones de personas, al cierre de cada mes)



^{1/} Trabajadores permanentes y eventuales urbanos.
Fuente: DIR, IMSS.

¹² En promedio, de enero a diciembre de 2011 el salario pagado a las mujeres fue de 236.14 pesos, mientras que a los hombres correspondió un salario promedio 15.9 por ciento mayor, de 273.76 pesos. Cifras estimadas a partir de la masa salarial determinada en el pago de las cuotas obrero-patronales de los trabajadores de las modalidades 10, 13, 14, 17, 34, 36, 38 y 42.

¹³ Ver el Capítulo VII sobre la demanda de servicios de guarderías.

¹⁴ 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 actividad económica, en tanto que el número de asegurados no trabajadores (pensionados y afiliados al Régimen Voluntario) está asociado principalmente 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.

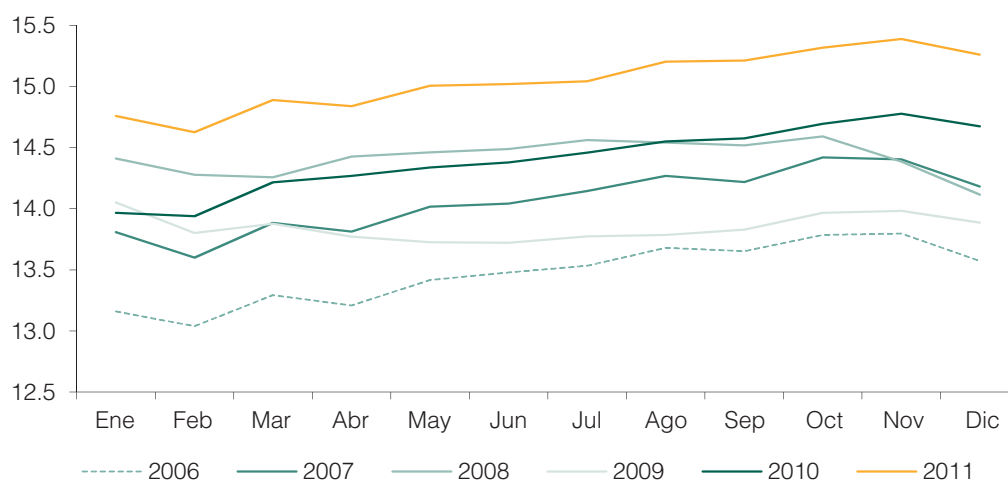
El crecimiento del Producto Interno Bruto en 2011 y la evolución positiva del mercado laboral explican el aumento en el registro de cotizantes ante el Instituto¹⁵. En diciembre de 2011 el IMSS contaba con 15'260,368 cotizantes en las modalidades 10, 13 y 17¹⁶, es decir, 587,368 más que los registrados en el mismo mes del año anterior¹⁷, lo que representó un crecimiento de los cotizantes de 4 por ciento. Cabe destacar que durante 2011 el número de cotizantes se ubicó consistentemente por arriba del observado durante los últimos seis años (gráfica I.5).

Como se observa en la gráfica I.6, el aumento en el número de cotizantes se registró en casi todas las delegaciones del Instituto. En 32 de las 35 delegaciones el número de cotizantes fue mayor al observado

en diciembre del año anterior, siendo las únicas excepciones las delegaciones Guerrero, Tamaulipas y Tlaxcala, donde se registró una disminución del número de cotizantes de 2.6, 0.3 y 0.1 por ciento, respectivamente.

En diciembre de 2011, 42.6 por ciento de los cotizantes se encontraba laborando en registros patronales con más de 250 trabajadores (gráfica I.7), lo que representó un aumento en comparación con 2010, cuando ese porcentaje se ubicó en 41.7 por ciento. Asimismo, en diciembre de 2011, 84.7 por ciento de los registros patronales contaban con 1 a 15 cotizantes, en tanto que sólo 3 por ciento de los registros patronales tenían más de 100 cotizantes.

Gráfica I.5.
Evolución de cotizantes, 2006-2011
(millones^{1/})



^{1/}Las cifras se refieren a cotizantes activos durante cualquier día del mes.
Fuente: DIR, IMSS.

¹⁵ El término cotizante se refiere al trabajador inscrito ante el Instituto que estuvo vigente por lo menos un día en el mes, y sólo considera a las modalidades 10, 13 y 17. Por su parte, la cifra de trabajadores asegurados considera los trabajadores de todas las modalidades vigentes al cierre del mes. Por ello, el número de cotizantes difiere del número de asegurados trabajadores.

¹⁶ 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.

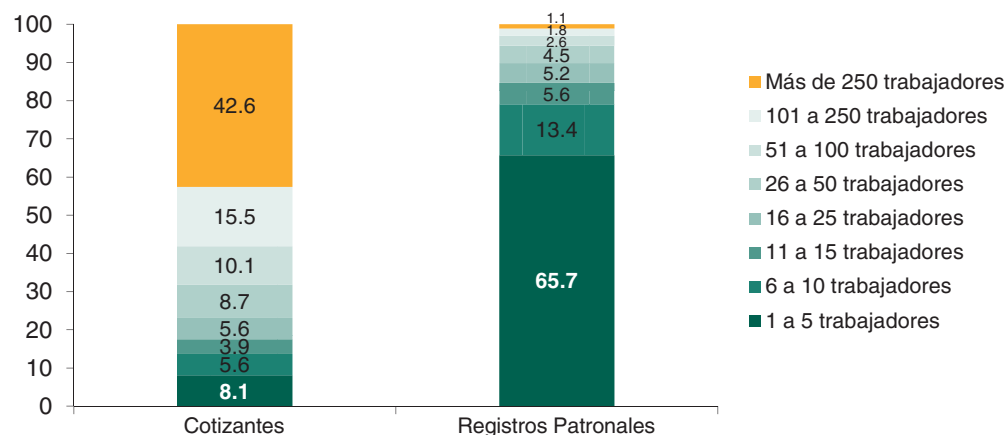
¹⁷ Cabe señalar que las cifras de cotizantes no consideran a los trabajadores del IMSS, a diferencia de la estadística de asegurados trabajadores.

Gráfica I.6.
Variación porcentual anual en el número de cotizantes por delegación, 2010-2011
 (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, 2011
 (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.

En el cuadro I.3 se muestra la distribución de los cotizantes y de los registros patronales por división de actividad económica. Destacan las divisiones de servicios para empresas, personas y hogar, y sociales y comunales, que concentraron 31.8 por ciento de los cotizantes y 34.2 por ciento del total de los registros patronales; en segundo lugar se ubicó la industria de la transformación, con 26.9 por ciento de cotizantes y 14.3

por ciento de los registros patronales, y el sector comercio ocupó la tercera posición, con 21.8 por ciento de los cotizantes y 30 por ciento de los registros patronales.

Cabe señalar que entre diciembre de 2010 y 2011 el número de cotizantes aumentó en todas las divisiones de actividad económica. El mayor crecimiento relativo en el número de cotizantes se registró en las

Cuadro I.3.
Cotizantes y registros patronales por división de actividad económica, 2011^{1/}
(cifras al mes de diciembre^{2/})

División	Cotizantes	Registros patronales	Cotizantes por registro patronal	Estructura Porcentual		Var. absoluta 2010-2011	
				Cotizantes	Registros patronales	Cotizantes	Registros patronales
Servicios para empresas, personas y hogar	3,770,294	224,325	16.8	24.7	27.1	113,426	90
Servicios sociales y comunales	1,080,677	58,908	18.3	7.1	7.1	35,675	833
Industrias de la transformación	4,108,504	118,164	34.8	26.9	14.3	161,920	-1,265
Comercio	3,326,506	248,407	13.4	21.8	30.0	153,310	-315
Industria de la construcción	1,392,057	98,881	14.1	9.1	11.9	43,929	376
Transporte y comunicaciones	852,758	49,289	17.3	5.6	5.9	50,018	228
Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza	455,076	26,849	16.9	3.0	3.2	11,178	-125
Industria eléctrica y de captación y suministro de agua	152,565	1,505	101.4	1.0	0.2	4,518	68
Industrias extractivas	121,931	2,201	55.4	0.8	0.3	13,394	136
Total	15,260,368	828,529	18.4	100.0	100.0	587,368	26

^{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.

Fuente: DIR, IMSS.

industrias extractivas y en la industria de transporte y comunicaciones, con crecimientos de 12.3 y 6.2 por ciento, respectivamente.

I.2.2. Salario base de cotización

Uno de los ejes rectores de la estrategia llevada a cabo por el Instituto ha sido facilitar y promover entre los patrones y sujetos obligados el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social, entre las que se encuentra la correcta afiliación de sus trabajadores con el SBC que perciben. El registro ante el Instituto del SBC efectivamente pagado por los patrones a sus trabajadores es esencial 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 se deben pagar en materia de seguridad social, con las cuales se contribuye a financiar la prestación de los servicios ofrecidos por el Instituto.

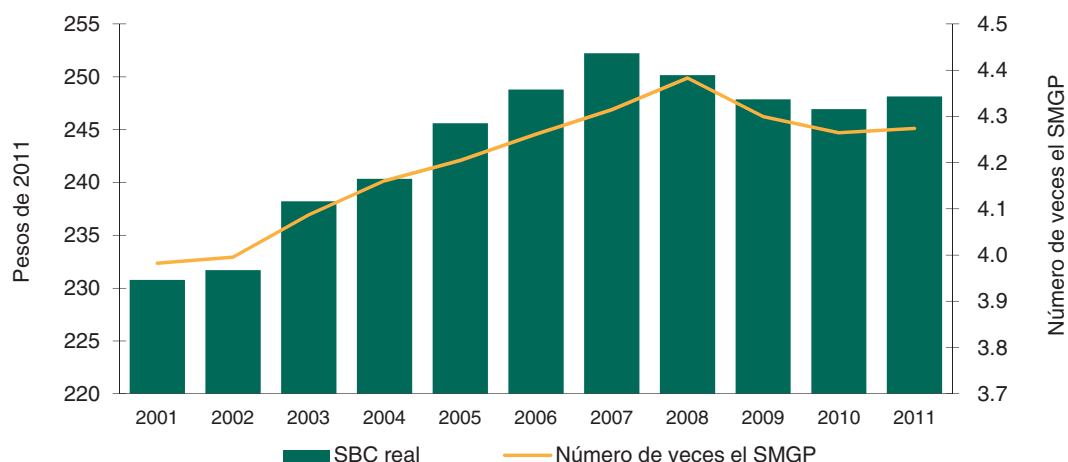
Como se muestra en la gráfica I.8, que presenta la evolución del SBC en términos reales y en número

de veces el salario mínimo general promedio (SMGP), durante los últimos 11 años el SBC real creció 0.73 por ciento por año en promedio, mientras que en número de veces el SMGP aumentó en 0.72 por ciento por año en promedio. En diciembre de 2011, el SBC observado fue de 248.16 pesos diarios, lo que representó un incremento nominal de 4.3 por ciento respecto al nivel alcanzado en 2010, y en términos reales significó un aumento de 0.5 por ciento. En número de veces del SMGP, el SBC aumentó 0.2 por ciento, al pasar de 4.265 a 4.274 veces el SMGP.

El SBC en número de veces el salario mínimo (NVSM) por delegación para 2011 se presenta en la gráfica I.9. Las delegaciones con un SBC en NVSM mayor al promedio nacional fueron: Distrito Federal Norte, Campeche, Distrito Federal Sur, Querétaro, Nuevo León, México Poniente y Morelos, en tanto que Durango, Sinaloa y Yucatán presentaron el SBC en NVSM más bajo a nivel nacional.

La gráfica I.10 muestra la relación entre la tasa de crecimiento real anual del SBC y el SBC en

Gráfica I.8.
Salario base de cotización, 2001-2011
 (pesos de 2011 y número de veces el SMGP^{1/}, al mes de diciembre de cada año^{2/})

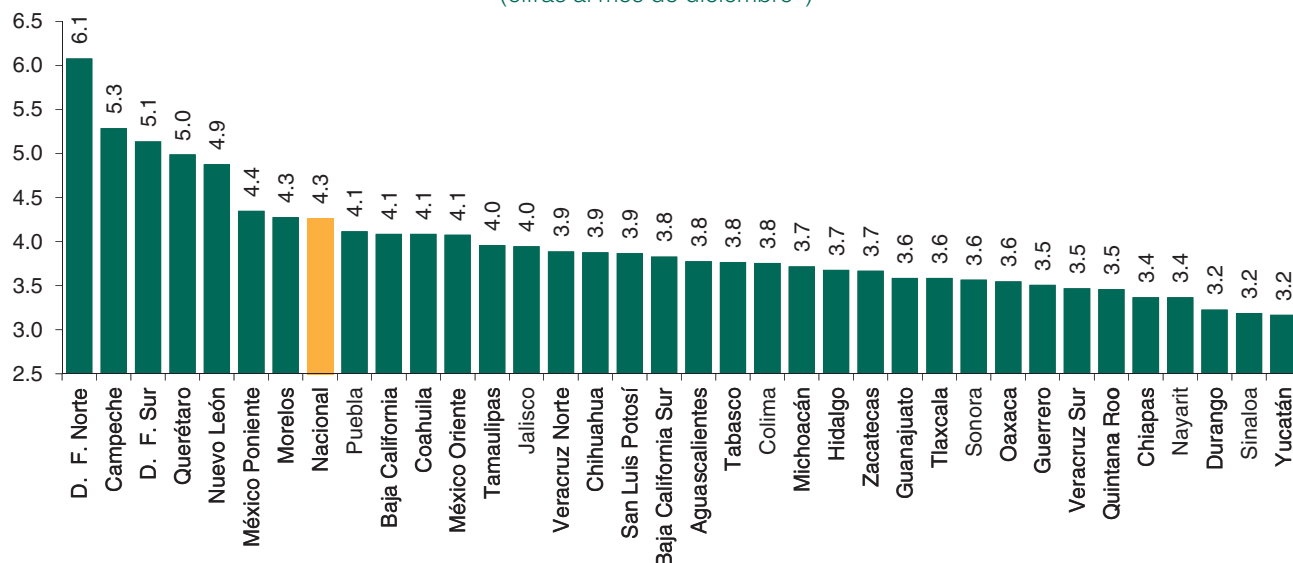


^{1/} A partir de 2010, para el cálculo del salario mínimo general promedio a nivel nacional y por delegación de adscripción al IMSS se tomó como referencia el salario mínimo publicado por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI) para cada una de las tres zonas en las que se divide el 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 se pondera con el promedio de trabajadores permanentes y eventuales urbanos (TPEU) registrados. En 2011 la ponderación se realizó con los datos de enero a octubre de 2010.

^{2/} Las cifras se refieren a cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.

Fuente: DIR, IMSS.

Gráfica I.9.
Salario base de cotización en número de veces el salario mínimo por delegación, 2011
 (cifras al mes de diciembre^{1/})



^{1/} Las cifras se refieren al SBC de los cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.

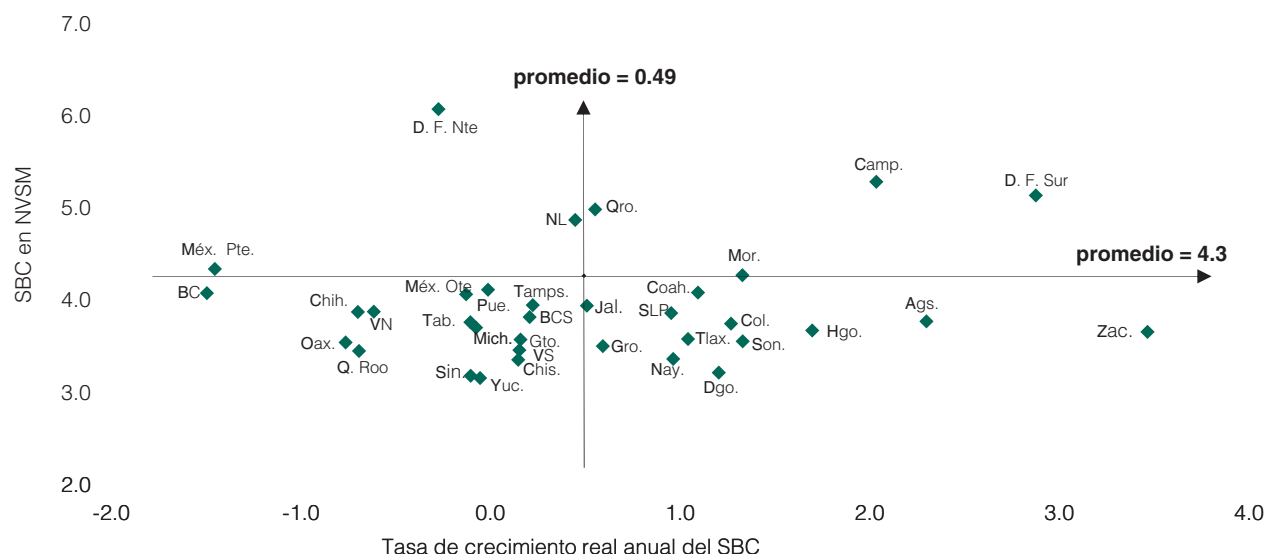
Fuente: DIR, IMSS.

NVSM por delegación para diciembre de 2011. Siete delegaciones (Distrito Federal Norte, Campeche, Distrito Federal Sur, Nuevo León, Querétaro, México Poniente y Morelos), registraron un SBC en NVSM igual o mayor al promedio nacional (4.3 veces el salario mínimo). De éstas, cuatro (Campeche, Distrito Federal

Sur, Morelos y Querétaro) presentaron al mismo tiempo un crecimiento real positivo del SBC mayor al promedio nacional durante el periodo analizado.

De los 15'260,368 cotizantes registrados al cierre de 2011, 70.4 por ciento percibieron un SBC de uno

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, 2011
 (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.

a cuatro veces el salario mínimo, en tanto que 21.2 por ciento se situaba en los rangos de 5 a 10 veces el salario mínimo y 8.4 por ciento se encontraba en más de 10 salarios mínimos (cuadro I.4). Entre 2011 y 2010 no se registraron cambios significativos en la distribución de los cotizantes por nivel de cotización.

El cuadro I.5 muestra que, por división de actividad económica, en siete de ellas se registró un incremento real del SBC en 2011 respecto a 2010: agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza; industrias extractivas; industrias de la transformación; industria eléctrica y de captación y suministro de agua; comercio; servicios para empresas, personas y hogar, y 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.

En la industria eléctrica y de captación y suministro de agua se observó el SBC más alto, con un aumento

real de 3.3 por ciento en relación con 2010, mientras que la división de actividad económica con el menor SBC fue la de agricultura, ganadería silvicultura, pesca y caza.

I.2.3. Ingresos

La evolución positiva de la economía mexicana durante 2011 impactó favorablemente en el mercado de trabajo y en los niveles de empleo, con lo que se incrementó el número de cotizantes afiliados al Instituto. Como resultado del comportamiento de los cotizantes y del SBC, los ingresos de COP del Instituto en 2011 aumentaron 7.2 por ciento (cuadro I.6).

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 365,352.6 millones de pesos, cifra mayor en 5 por ciento en términos reales respecto al nivel que se alcanzó en el 2010.

Cuadro I.4.
Número de cotizantes por nivel de cotización y tamaño de registro patronal, 2011
(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	103,456	41,028	22,295	24,702	30,028	31,738	42,412	86,057	381,716	2.5
2	768,414	469,377	295,977	388,316	536,564	542,646	728,764	1,605,539	5,335,597	35.0
3	197,644	163,599	123,507	182,262	289,706	336,859	505,259	1,411,900	3,210,736	21.0
4	74,454	71,039	58,743	90,916	153,641	196,565	305,375	867,251	1,817,984	11.9
5	31,023	33,594	28,894	48,437	86,337	113,656	187,258	549,866	1,079,065	7.1
6	18,520	20,268	17,497	30,268	55,307	73,748	128,444	377,047	721,099	4.7
7	9,763	12,124	11,076	19,674	39,566	54,508	97,758	290,587	535,056	3.5
8	6,224	7,735	7,481	13,173	25,571	36,321	67,017	216,034	379,556	2.5
9	4,758	5,827	5,319	9,821	18,721	26,956	51,248	170,075	292,725	1.9
10	3,076	4,091	3,855	7,468	13,887	20,553	39,545	127,845	220,320	1.4
11-15	7,967	10,248	10,017	19,006	37,128	53,573	105,379	370,067	613,385	4.0
16-20	3,002	3,920	4,011	7,939	15,462	21,983	44,077	181,952	282,346	1.9
21-25	5,553	6,107	5,885	11,369	22,026	32,781	64,546	242,516	390,783	2.6
Total	1,233,854	848,957	594,557	853,351	1,323,944	1,541,887	2,367,082	6,496,736	15,260,368	100.0
Estructura porcentual	8.1	5.6	3.9	5.6	8.7	10.1	15.5	42.6	100.0	

^{1/} Las cifras se refieren a cotizantes que estuvieron activos durante cualquier día del mes.

Fuente: DIR, IMSS.

Cuadro I.5.
Salario base de cotización y variación por división de actividad económica, 2010-2011
(pesos de 2011 y número de veces el SMGP^{1/}, cifras al mes de diciembre^{2/})

División de actividad económica	2010		2011		Variación relativa (c)/(a)
	SBC (pesos)	SBC en veces el SMGP	SBC (pesos)	SBC en veces el SMGP	
	(a)	(b)	(c)	(d)	
Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza	141.49	2.4	142.34	2.5	1.01
Industrias extractivas	383.54	6.6	388.99	6.7	1.01
Industrias de la transformación	260.47	4.5	261.26	4.5	1.00
Industria de la construcción	186.39	3.2	184.77	3.2	0.99
Industria eléctrica y de captación y suministro de agua	580.29	10.0	599.68	10.4	1.03
Comercio	214.61	3.7	215.68	3.7	1.00
Transporte y comunicaciones	314.70	5.4	313.20	5.4	1.00
Servicios para empresas, personas y hogar	250.77	4.3	253.39	4.4	1.01
Servicios sociales y comunales	274.74	4.7	276.04	4.8	1.00
Total	246.94	4.3	248.16	4.3	1.00

^{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.

Cuadro I.6.
Estructura de los ingresos del IMSS, 2010-2011
(millones de pesos de 2011)

Concepto	2010	2011	Variación porcentual
Cuotas y aportaciones	218,185.3	232,092.3	6.4
Cuotas obrero-patronales	168,364.7	180,440.3	7.2
Régimen Obligatorio	163,869.9	175,886.2	7.3
Cuotas IMSS-Asegurador	156,424.9	168,171.2	7.5
Cuotas IMSS-Patrón	7,445.0	7,715.0	3.6
Régimen Voluntario	4,494.8	4,554.0	1.3
Cuotas IMSS-Asegurador ^{1/}	4,494.8	4,554.0	1.3
Aportaciones del Gobierno Federal	49,820.6	51,652.0	3.7
Régimen Obligatorio	45,922.2	47,427.7	3.3
Régimen Voluntario ^{2/}	3,898.5	4,224.3	8.4
Intereses sobre las reservas	7,810.5	7,956.2	1.9
Otros ingresos^{3/,4/}	7,088.9	5,512.4	-22.2
Pensiones en curso de pago^{5/}	108,928.3	117,098.3	7.5
Adeudo del Gobierno Federal	5,840.2	2,693.4	-53.9
Total	347,853.2	365,352.6	5.0

^{1/} Se refiere a aportaciones al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y otros.

^{2/} Se refiere a aportaciones a los Seguros de Estudiantes (SSE), de Salud para la Familia (SSFAM) y otros.

^{3/} Incluye la aportación de los trabajadores al fondo de jubilación, otros aprovechamientos e 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]).

^{4/} Para 2011, en otros ingresos, no se registra el uso de los recursos de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF) por 2,414.0 millones de pesos y el uso de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) por 18,035.3 millones de pesos. Oficio N°. 90 del 250112, Coordinación de Tesorería.

^{5/} 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).

Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

En comparación con 2010, además de las COP, se registraron aumentos en AGF, los cuales alcanzaron 51,652.4 millones de pesos, con un aumento de 3.7 por ciento, y en los intereses sobre las reservas, los cuales fueron equivalentes a 7,956.2 millones de pesos, con un aumento de 1.9 por ciento. Por otro lado, otros ingresos y el adeudo del Gobierno Federal registraron descensos en comparación con 2010¹⁸.

No obstante que el IMSS logró cumplir con la meta de recaudación integrada en la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) del ejercicio 2011, conviene señalar los riesgos que enfrenta el Instituto y 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. Como se ha señalado en informes anteriores, lo anterior se relaciona estrechamente con la estructura del mercado laboral, los costos relativos del factor trabajo, el nivel de carga

¹⁸ 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.

tributaria¹⁹, el ciclo económico y los ingresos de la población, entre otros elementos.

Si bien la reducción de los niveles de evasión y elusión es una tarea parcialmente exógena a las funciones que desarrolla el Instituto, éste se ha abocado –como parte de su estrategia destinada a incrementar su presencia fiscal y facilitar el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social–, a acometer mejoras administrativas y de gestión tendientes a reducir la evasión y con ello acortar la brecha recaudatoria. En el Anexo B se relacionan las principales acciones que se han desarrollado durante 2011.

Los avances en la reducción de la brecha recaudatoria se ven reflejados en la evolución de la cobertura de los cotizantes al IMSS²⁰. En 2006 el nivel de cobertura de cotizantes no agropecuarios fue de 72.5 por ciento, en tanto que en el cuarto trimestre de 2011 se alcanzó un nivel de cobertura promedio de 75.2 por ciento (gráfica I.11).

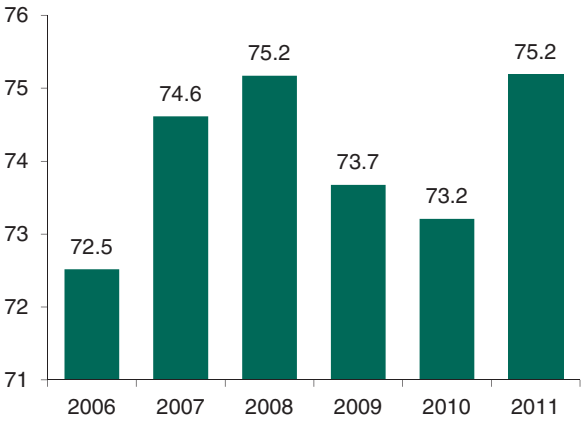
El logro de mayores niveles de cobertura requiere del fortalecimiento de la infraestructura de incorporación y recaudación del Instituto, por medio de la mejora y ampliación de la estructura de recaudación y fiscalización; de una mayor inversión en

capacitación y en el desarrollo de sistemas y en equipo de cómputo e impresión, y de la creación de áreas funcionales que permitan especializar la atención y gestión en materia fiscal.

I.3. Cobertura poblacional

El aumento observado en la afiliación de trabajadores al IMSS impactó en el nivel de cobertura poblacional de los servicios de seguridad social que proporciona el Instituto. Derivado de lo anterior, el total de asegurados

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



Nota: El valor de 2010 presenta un ajuste respecto a lo reportado el año pasado, debido a la reelaboración que el INEGI realizó para poder hacer comparaciones de datos absolutos bajo una plataforma homogénea con 2011. Fuente: DIR, IMSS, con datos del IMSS e INEGI; ENOE.

¹⁹ 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 en comparación con la registrada en los países miembros de la Organización. En 2010, el promedio de la OCDE fue de 8.9 por ciento, mientras que para México este indicador fue de 2.9 por ciento; únicamente 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 Canadá, Chile, Dinamarca e Islandia se observa una menor participación que la registrada por México (16 por ciento), siendo el promedio de la OCDE de 25.7 por ciento.

²⁰ 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. Otra diferencia a destacar es que los datos de cotizantes no agropecuarios corresponde a puestos de trabajo, en tanto que las cifras de la ENOE se refieren a personas.

aumentó en 2011 en 1'237,132 personas (6.11 por ciento) y el número de derechohabientes lo hizo en 2'596,310 personas (4.96 por ciento), comparado con el año anterior. Se estima que al cierre de 2011 la protección de la seguridad social proporcionada por este organismo cubrió a un total de 54'906,396 personas²¹, es decir, 47.9 por ciento de los habitantes del país²². Las cifras de la población derechohabiente del IMSS para 2010 y 2011 se presentan en el cuadro I.7. Al cierre de 2011 había registrados un total de 21'500,627 asegurados, resultado de la incorporación de 637,238 personas en el Régimen Voluntario y de 599,894 personas en el Régimen Obligatorio durante dicho año (cuadro I.8). Destaca el incremento, en el Régimen Voluntario, de 12.8 por ciento en los asegurados en la Modalidad 32, Seguro Facultativo.

Trabajadores eventuales del campo

Para continuar con el avance en la prestación de servicios de seguridad social en el campo²³, 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 decreto²⁴. 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, siempre y cuando el salario base de cotización sea superior a 1.68 veces el salario mínimo general.

- 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 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, 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. Posteriormente, 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. El esquema de apoyo al campo también prevé facilitar la afiliación de los trabajadores eventuales del campo mediante la ampliación del periodo de presentación de los registros de inscripción hasta los primeros ocho días del mes siguiente al que corresponda la información y establece un esquema de acceso a los servicios médicos y de guarderías, en el periodo previo a la presentación del aviso de inscripción del trabajador.

La evolución en el registro de trabajadores eventuales del campo, de 2001 a 2011, se presenta en la gráfica I.12. Como se puede observar, al 31 de diciembre de 2011 se encontraban registrados en el IMSS 147,909 trabajadores, lo que representó un incremento de 95.4 por ciento respecto a la de

²¹ Esta cifra no incluye a los beneficiarios de los servicios que brinda el Programa IMSS-Oportunidades.

²² La población a diciembre de 2011 se estimó tomando como base la población reportada en el Censo de Población y Vivienda 2010, y considerando una tasa de crecimiento promedio anual intercensal de 1.4 por ciento.

Fuente: INEGI.

²³ Modalidad 13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo.

²⁴ Acuerdo ACDO-HCT-150807/336.P (DIR), relativo a las Reglas a que se refiere el Decreto publicado el 24 de julio de 2007, por el que se otorgan beneficios fiscales a los patrones del campo y trabajadores eventuales del campo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de septiembre de 2007.

Cuadro I.7.
Población derechohabiente del IMSS, 2010-2011^{1/}
(cifras al 31 de diciembre de cada año)

Tipo de afiliación	2010	2011	Diferencia absoluta	Variación porcentual
Asegurados	20,263,495	21,500,627	1,237,132	6.11
Asegurados directos ^{2/}	14,738,783	15,350,335	611,552	4.15
Permanentes	12,825,828	13,266,730	440,902	3.44
Eventuales urbanos	1,785,801	1,935,696	149,895	8.39
Jornaleros agrícolas	127,154	147,909	20,755	16.32
Seguro Facultativo ^{3/}	4,966,875	5,603,644	636,769	12.82
Familias	296,426	122,189	-174,237	-58.78
Estudiantes	4,670,449	5,481,455	811,006	17.36
Otros ^{4/}	557,837	546,648	-11,189	-2.01
Familiares de asegurado^{5/}	26,529,996	27,647,467	1,117,471	4.21
Pensionados no IMSS^{6/}	2,789,125	2,915,129	126,004	4.52
En curso de pago ^{7/}	2,582,884	2,691,713	108,829	4.21
Por renta vitalicia	206,241	223,416	17,175	8.33
Pensionados IMSS^{8/}	204,030	220,390	16,360	8.02
Familiares de pensionados^{9/}	2,523,440	2,622,783	99,343	3.94
Total	52,310,086	54,906,396	2,596,310	4.96

^{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 2011, la cifra de "población derechohabiente del IMSS" era de 54'906,396, mientras que la "población adscrita a UMF del IMSS", de 47'405,653. La diferencia de 7'500,743 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.

septiembre de 2007 (75,698 trabajadores), fecha en que entraron en vigor las reglas de operación del decreto correspondiente. Los trabajadores eventuales del campo adheridos al decreto fueron, al 31 de diciembre de 2011, un total de 49,589, lo que significó 33.5 por ciento del total de trabajadores eventuales del campo registrados ante el Instituto.

Con relación al sector cañero, al 31 de diciembre de 2011 había un total de 97,684 productores de caña de azúcar y 38,015 trabajadores eventuales del campo cañero registrados en el IMSS, distribuidos en las siguientes delegaciones: Campeche, Chiapas, Colima, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Jalisco, Veracruz Norte y Veracruz Sur, concentrándose en las tres últimas alrededor de 50 por ciento de los asegurados citados.

Cuadro I.8.
Asegurados por régimen de aseguramiento, 2010-2011
(cifras al 31 de diciembre de cada año)

Régimen de aseguramiento	2010	2011	Estructura porcentual 2011	Variación	
				Absoluta	Porcentual
Obligatorio^{1/}	14,302,596	14,902,490	69.3	599,894	4.19
Voluntario	5,960,899	6,598,137	30.7	637,238	10.69
Cont. Voluntaria en el Régimen Obligatorio (Mod. 40) ^{2/}	72,347	76,107	0.4	3,760	5.20
Seguro Facultativo (Mod. 32)	4,966,875	5,603,644	26.1	636,769	12.82
Seguro de Salud para la Familia (Mod. 33)	485,490	470,541	2.2	-14,949	-3.08
Otras modalidades ^{3/}	436,187	447,845	2.1	11,658	2.67
Total	20,263,495	21,500,627	100.0	1,237,132	6.11

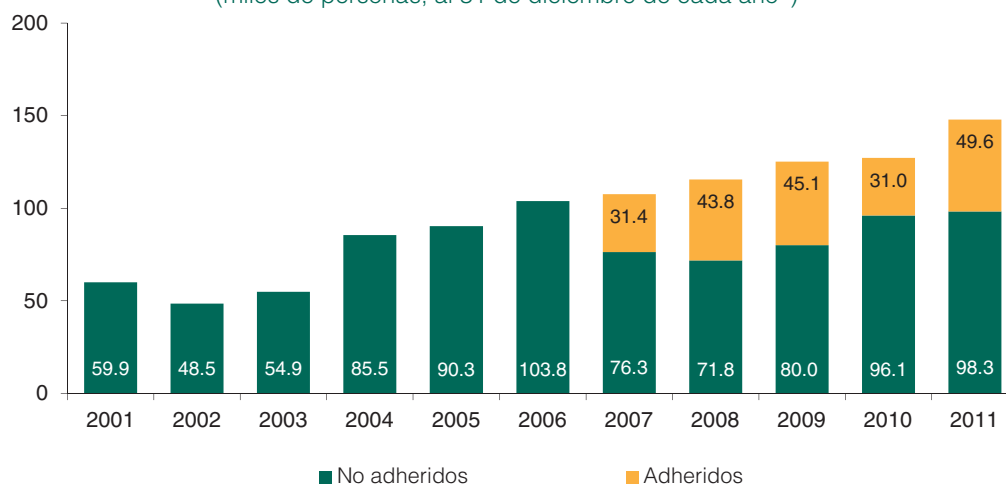
^{1/} En el Régimen Obligatorio se incluyen las Modalidades 10, 13, 14, 17 y 30. Para una descripción detallada de las modalidades de aseguramiento al IMSS ver el Anexo A.

^{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, 2001-2011
(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.

El 30 de junio de 2011 el IMSS, las uniones nacionales de cañeros, las uniones locales y asociaciones 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 2011-2012, con vigencia del 1º de julio de 2011 al 30 de junio de 2012. A través de este convenio, los productores de caña de azúcar se beneficiaron con 217 millones de pesos, ministrados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

al Instituto al 31 de diciembre de 2011. Dichos recursos tuvieron el propósito de apoyar la prestación del servicio médico a los productores de caña de azúcar para el ciclo mencionado y fueron autorizados en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF) dentro del Programa Especial Concurrente para el Desarrollo Rural Sustentable (PEC), para el ejercicio fiscal 2011, habiéndose aplicado, por parte del IMSS, al pago de obligaciones fiscales derivadas del aseguramiento de dichos productores.

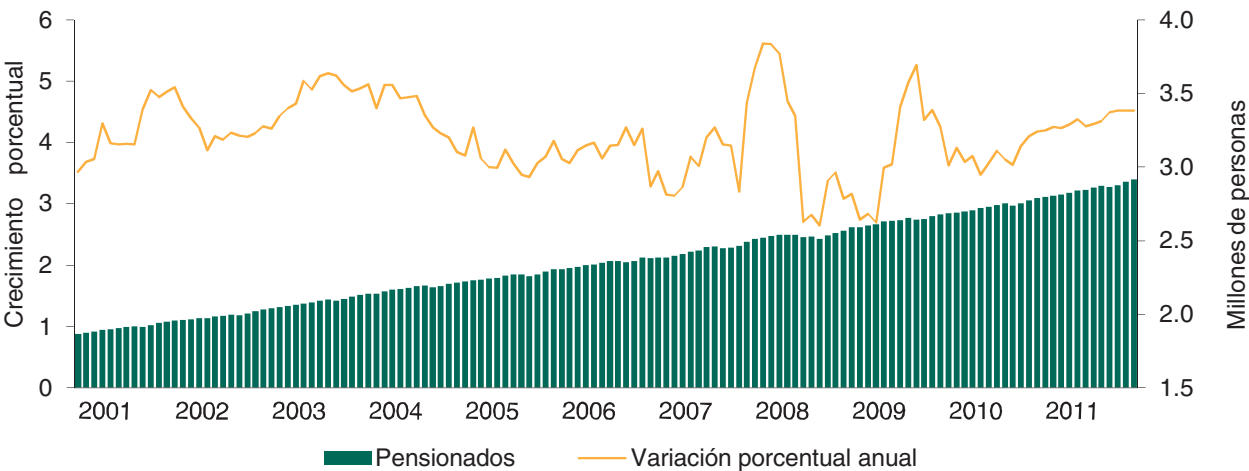
Asegurados no trabajadores

La población pensionada constituye un grupo relevante dentro de los asegurados no trabajadores. A diferencia de los asegurados trabajadores, su aumento depende de las condiciones económicas prevalecientes en años anteriores (por ejemplo, de la creación de empleos e incorporación al IMSS en pasados ejercicios), así como de la dinámica de las estructuras poblacionales, es decir, de la transición demográfica²⁵.

La evolución en el número de pensionados es de particular relevancia para la situación financiera del IMSS, toda vez que no aportan ingreso corriente al Instituto. Los gastos erogados por las prestaciones y servicios que se les proporcionan son cubiertos, principalmente, por las cuotas de los trabajadores en activo y las aportaciones a cargo del Gobierno Federal, de conformidad con lo señalado en la LSS. Como se puede observar en la gráfica I.13, el número de pensionados mantiene una tendencia de crecimiento sostenido, con una tasa de crecimiento promedio anual de alrededor de 4 por ciento entre 2001 y 2011. Al cierre de 2011 se registraron un total de 2'915,129 pensionados y el número de pensionados ex trabajadores del IMSS alcanzó a diciembre de 2011 una cifra de 220,390, con lo que el IMSS, al cierre de 2011, cubría a poco más de 3.1 millones de pensionados (3'135,519).

El resto de los asegurados no trabajadores, como se puede observar en la gráfica I.14, también ha

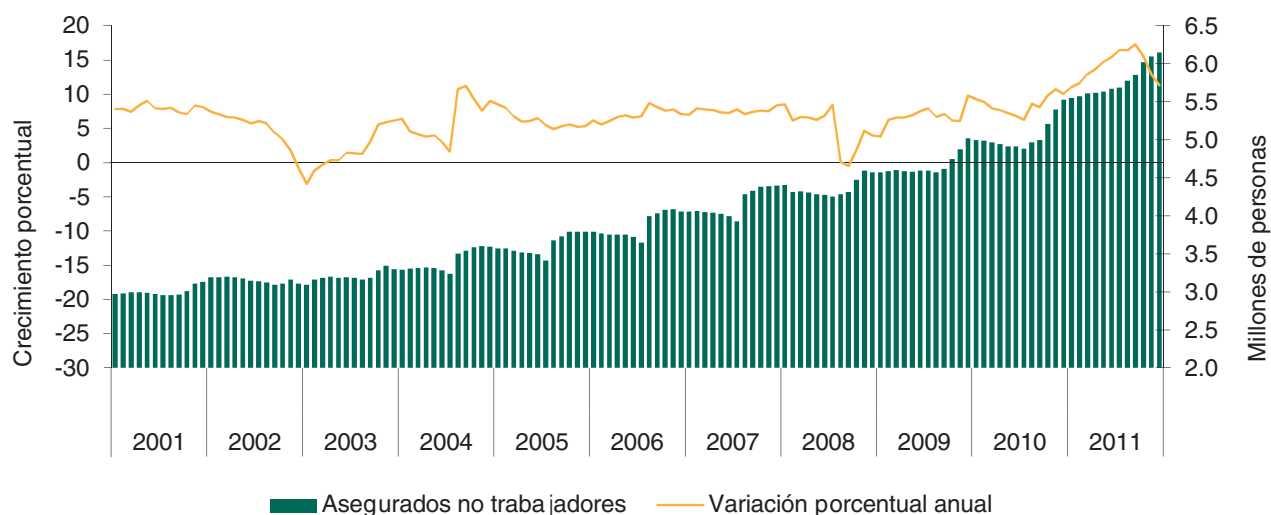
Gráfica I.13.
Pensionados, 2001-2011^{1/}
(millones de personas y porcentajes, al cierre de cada mes)



^{1/} No incluye pensionados ex trabajadores del IMSS.
Fuente: DPES, IMSS.

²⁵ Los pensionados por el SRT y el SIV se originan por contingencias específicas. Para más detalles ver el Anexo D.

Gráfica I.14.
Asegurados no trabajadores excluyendo pensionados, 2001-2011^{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.

experimentado un crecimiento constante en los últimos años²⁶. Durante 2011, aproximadamente 625 mil personas adicionales obtuvieron derechos ante el IMSS bajo este esquema, al haberse registrado durante dicho año una tasa de crecimiento de 14.1 por ciento.

Estudiantes

A diciembre de 2011, 84.8 por ciento de la población de los asegurados no trabajadores, excluyendo a los pensionados, correspondió a estudiantes, lo que equivale a 5.2 millones de personas (5'216,148)²⁷. Los estudiantes de nivel medio superior y superior se incorporaron a la cobertura de seguridad social mediante el Acuerdo presidencial del 10 de junio de 1987, mismo que quedó abrogado por el Decreto del 14 de septiembre de 1998. A partir de entonces, el Gobierno Federal cubre al IMSS una cuota de 1.723 por ciento de un SMGVDF para que se les otorgue

a dicho grupo las prestaciones médicas del SEM. Actualmente, dicha cuota es de 1.07 pesos diarios, lo que significa 391.99 pesos anuales. Con el tiempo, el esquema de prestaciones médicas que se proporciona a los estudiantes se ha ampliado, de manera que hoy todos ellos reciben atención médico-quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y, en su caso, asistencia obstétrica.

Entre 1998 y 2011, el número de estudiantes con cobertura de seguridad social proporcionada por el Instituto pasó de 1.7 millones a 5.2 millones. Esto representa un crecimiento de 208.5 por ciento en el periodo y de 9.1 por ciento en promedio anual. Cabe mencionar que el grupo 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.

²⁶ En 2011, de esta población asegurada, 84.8 por ciento en promedio corresponde a estudiantes.

²⁷ Esta cifra resulta de la actualización de la estadística de estudiantes del año 2011 realizada por DIR.

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 2012 para financiar el SSE serán equivalentes a 31.5 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 22.3 por ciento de los gastos, aun bajo el supuesto de que la morbilidad descienda²⁸. 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 con una cuota de 7.6 por ciento de un SMGVDF para cada estudiante.

²⁸ Aunque la tasa de crecimiento proyectada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) es de -0.92 por ciento para el periodo 2012-2050, se asume de manera conservadora que la población de estudiantes de nivel medio superior y superior tendrá un comportamiento creciente en el periodo 2012-2017, con ligero descenso posterior, toda vez que el pasado 9 de febrero de 2012 se publicó en el DOF el Decreto que reforma el Artículo 3° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciendo al efecto la obligatoriedad de la educación media superior. El mismo Decreto, en su Artículo Segundo estipula la obligatoriedad del Estado de garantizar la educación media superior, de manera gradual, y hasta lograr la cobertura total a más tardar en el ciclo escolar 2021-2022. Adicionalmente, se asume que los costos médicos de los servicios que se proporcionen a esta población se incrementarán a una tasa anual de 2.5 por ciento en términos reales.



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

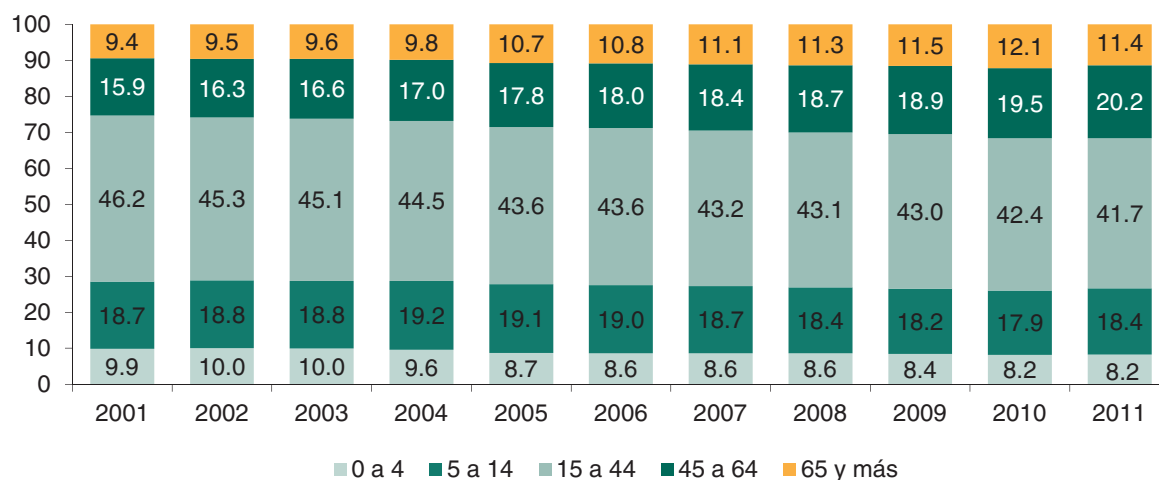
El presente capítulo aborda temas relacionados con las transiciones demográfica y epidemiológica por las que atraviesa la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El envejecimiento de la población derechohabiente combinado con una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas 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 2001-2011. Los cambios más significativos han sido el incremento registrado en el grupo de 45 a 64 años, que en 2011 representa 20.2 por ciento de la población total adscrita a un médico familiar, y el de mayores de 65 años, que equivale a 11.4 por ciento del total.

Gráfica II.1.
Población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 2001-2011^{1/}
 (porcentajes)

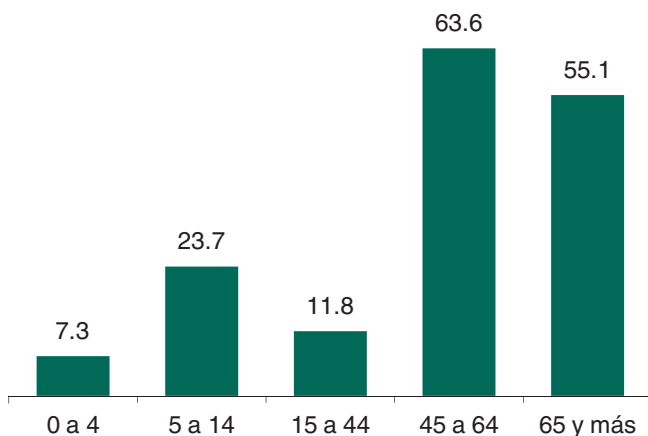


^{1/} Cifras al mes de junio de cada año.

Fuente: Antes del 2010, Dirección de Prestaciones Médicas (DPM); a partir de 2011, Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR), IMSS.

La composición por grupos de edad de la población derechohabiente adscrita a médico familiar continuará registrando un aumento sostenido en el número de personas ubicadas en los grupos de 45 a 64 años y de 65 años y más. Entre 2004 y 2011 estos grupos de edad crecieron a una tasa de 63.6 y 55.1 por ciento, respectivamente. En contraste, se observa una tasa baja de crecimiento para los grupos de edad menores de 44 años (gráfica II.2).

Gráfica II.2.
Crecimiento de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 2000-2011
 (porcentajes)



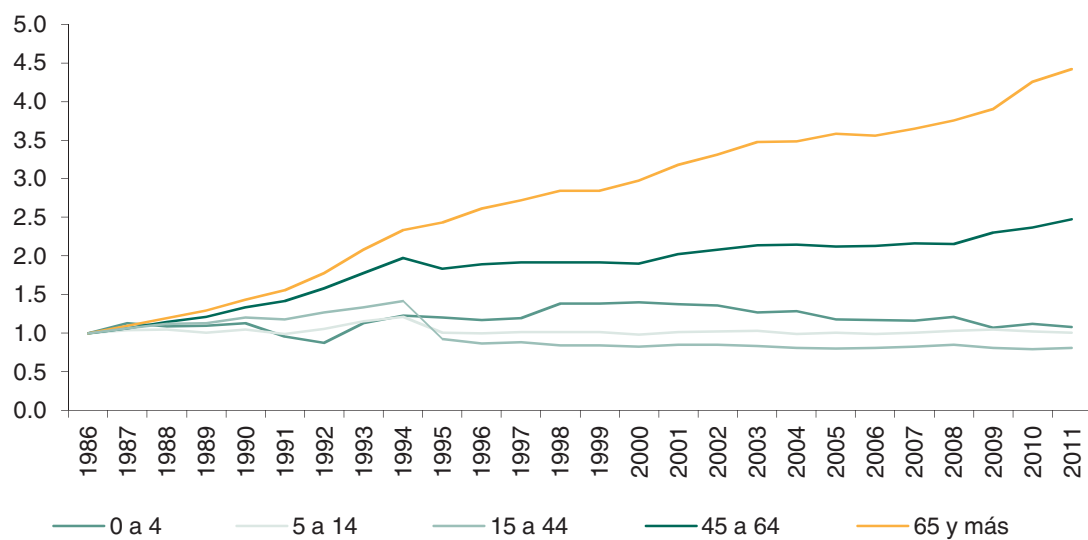
Fuente: DIR, IMSS.

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 en 2011, en el grupo de 65 años y más, la demanda de servicios hospitalarios es 3.4 veces más alta en comparación con el dato observado en 1986.

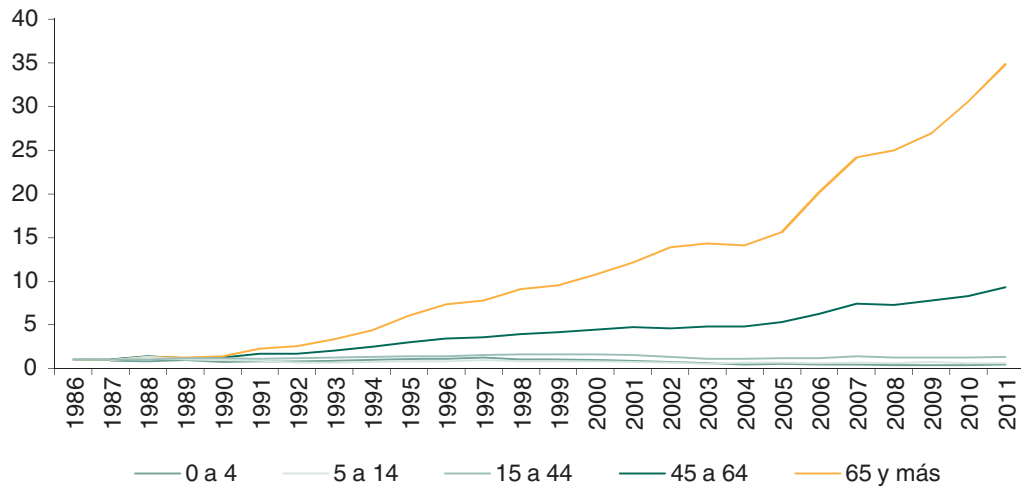
De igual manera, en el caso de la consulta externa de medicina familiar se observa que el grupo de edad que ha experimentado el mayor crecimiento en la utilización de los servicios en las últimas dos décadas es el de 65 años y más (gráfica II.4).

Gráfica II.3.
Egresos hospitalarios por grupo de edad, 1986-2011
 (índice, base 1986=1)



Fuente: DPM, IMSS.

Gráfica II.4.
Consultas externas de medicina familiar por grupo de edad, 1986-2011
 (índice, base 1986=1)



Fuente: DPM, IMSS.

II.2. Transición epidemiológica

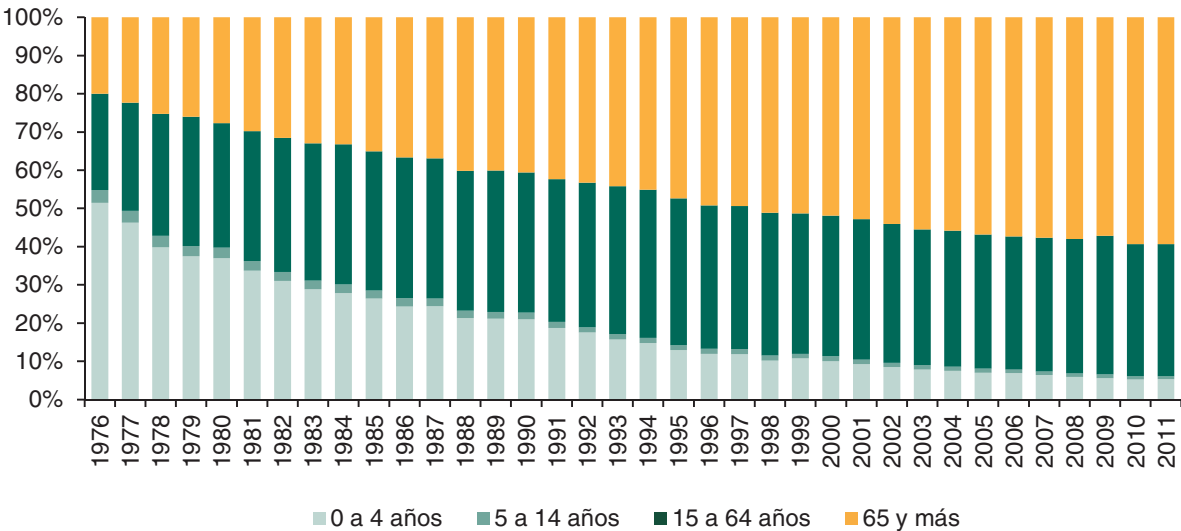
El perfil epidemiológico de una población cambia como resultado de dos fenómenos: el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos, y el cambio en las causas de muerte y de enfermedad. Los factores que originan estos dos fenómenos son, por un lado, la reducción en la natalidad y en la mortalidad general que se reflejan en una mayor esperanza de vida que, aunada a una reducción de 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 2011 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.

Gráfica II.5.
Defunciones por grupo de edad, 1976-2011
(porcentajes)



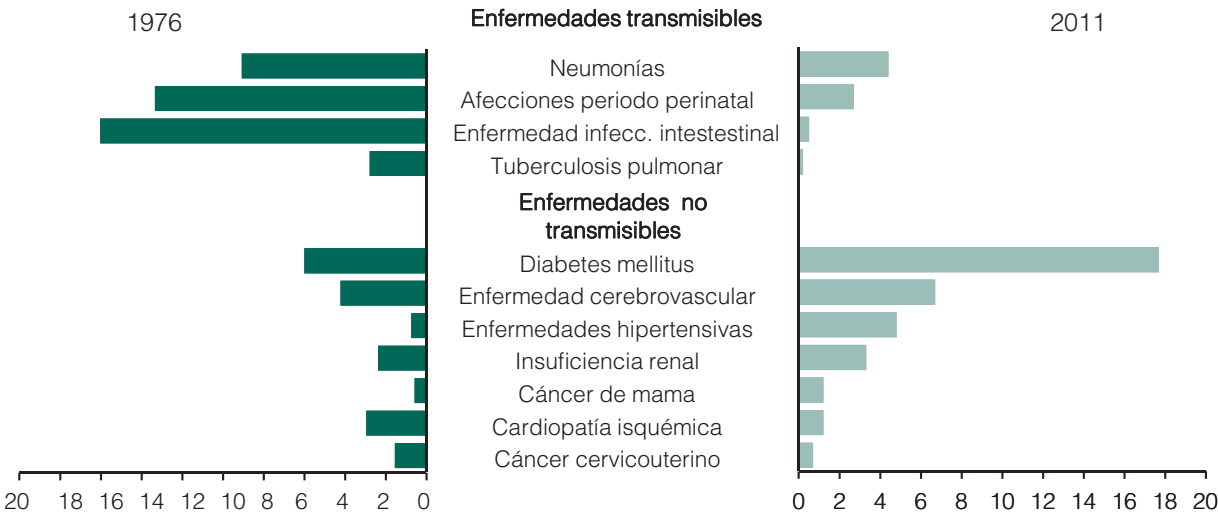
Fuente: DPM, IMSS.

La gráfica II.6 muestra los cambios que se presentan en las causas de mortalidad. 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 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 2011.

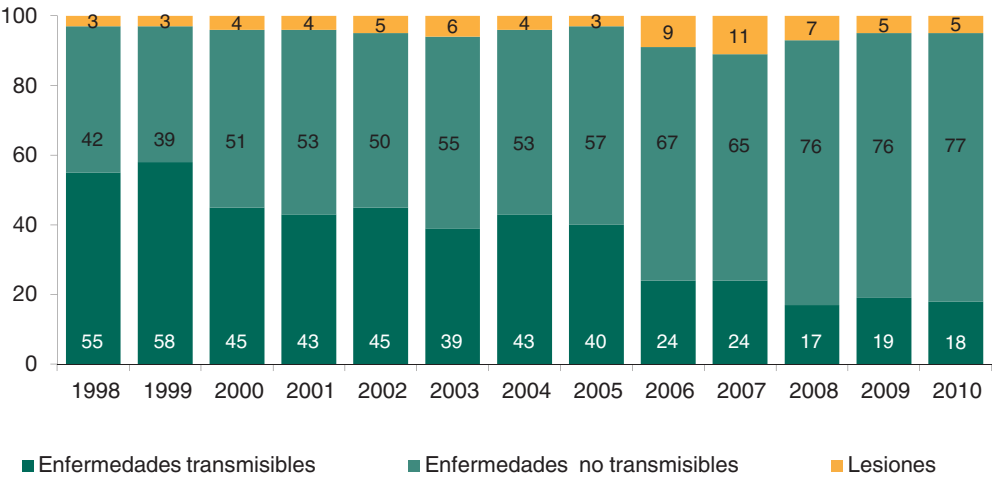
Esta transición epidemiológica se observa no sólo en el ámbito urbano, sino en el rural donde se ofrece atención médica de primer y segundo niveles, principalmente a través del Programa IMSS-Oportunidades (gráfica II.7).

Gráfica II.6.
Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2011
(porcentajes)



Fuente: DPM, IMSS.

Gráfica II.7.
Defunciones por tipo de enfermedad, 1998-2010
(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 cardíacas, 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, la diabetes mellitus 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), 2011

Panel A-Diagnóstico (principal)		Consultas de medicina familiar	Porcentaje
1.	Enfermedades del corazón	7,405,681	40.0
2.	Diabetes mellitus	4,575,966	24.7
3.	Artrosis	586,760	3.2
4.	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	375,480	2.0
5.	Infecciones respiratorias agudas	303,077	1.6
6.	Hiperplasia de la próstata	295,347	1.6
7.	Personas sanas que acuden a los servicios de salud por otros motivos	223,043	1.2
8.	Traumatismos y envenenamientos	203,457	1.1
9.	Dorsopatías	188,939	1.0
10.	Gastritis y duodenitis	183,459	1.0
	Otros	4,171,252	22.5
Total		18,512,461	100
Panel B-Diagnóstico (principal)		Consultas de especialidad	Porcentaje
1.	Enfermedades del corazón	389,733	10.1
2.	Tumores malignos	355,663	9.2
3.	Diabetes mellitus	245,743	6.4
4.	Cataratas	184,714	4.8
5.	Hiperplasia de la próstata	169,365	4.4
6.	Artrosis	166,931	4.3
7.	Traumatismos y envenenamientos	141,841	3.7
8.	Insuficiencia renal	132,460	3.4
9.	Glaucoma	108,884	2.8
10.	Dorsopatías	94,566	2.4
	Otros	1,876,322	48.5
Total		3,866,222	100

Cuadro II.1. (continuación)

	Panel C-Diagnóstico (principal)	Egresos hospitalarios	Porcentaje
1.	Enfermedades del corazón	51,983	13.1
2.	Traumatismos y envenenamientos	31,594	8.0
3.	Diabetes mellitus	28,842	7.3
4.	Tumores malignos	24,874	6.3
5.	Insuficiencia renal	24,227	6.1
6.	Enfermedades cerebrovasculares	16,311	4.1
7.	Colelitiasis y colecistitis	14,913	3.8
8.	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	12,208	3.1
9.	Influenza y neumonía	10,394	2.6
10.	Hernia de la cavidad abdominal	10,201	2.6
	Otros	170,691	43.1
Total		396,238	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 darse 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 cardíacas y las enfermedades cerebrovasculares, con motivo de las cuales durante 2011 se proporcionó atención médica en el IMSS a 30,763 y 15,454 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 242,029 pacientes registrados en el Instituto el año pasado²⁹.

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.

²⁹ Consulta de Diagnósticos Epidemiológicos v2.0, IMSS.

Las estimaciones abarcan un periodo de proyección de 40 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 cambio tecnológico en la medicina y a las variaciones de la morbilidad, entre otros factores³⁰.

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.

- Supervivencia de los pacientes mediante la estimación de tasas de mortalidad para cada padecimiento, obtenida a partir de datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).
- Registros de egresos hospitalarios por institución y padecimiento, obtenidos del SINAIS y de los resultados 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 2011

El gasto total estimado en 2011 para la atención médica de los seis padecimientos asciende a 62,739 millones de pesos, que equivale a 29.1 por ciento del gasto corriente del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) para ese año (cuadro II.2)³¹. La DM y la HA concentran la mayor proporción de este gasto con una participación de 80.7 por ciento.

En la gráfica II.8 se ilustra la estructura del gasto médico estimado para cada padecimiento, evidenciándose las diferencias en el peso relativo de

Cuadro II.2.
Consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y estimación del gasto médico por componente, 2011

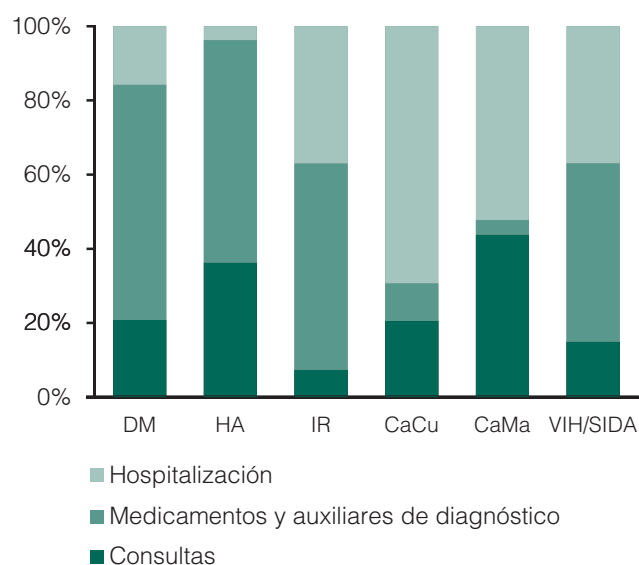
Padecimiento	Casos (miles)			Gasto médico (millones de pesos de 2012)			
	Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnóstico	Hospitalario	Total
DM	12,770	2,068	69	6,392	19,442	4,845	30,678
HA	14,862	6,318	24	7,233	11,962	751	19,946
IR	905	78	79	681	5,108	3,402	9,191
CaCu	140	45	6	117	58	395	569
CaMa	954	35	10	705	63	841	1,609
VIH/SIDA	176	26	3	112	358	276	745
Total	29,806	8,570	191	15,240	36,990	10,509	62,739

Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

³⁰ 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.

³¹ El gasto corriente del SEM en 2011, expresado en pesos de 2012, fue equivalente a 215,506 millones de pesos.

Gráfica II.8.
Estimación de la estructura del gasto médico por padecimiento, 2011



Fuente: DF, IMSS.

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 69, 52 y 37 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 63, 60 y 56 por ciento del gasto total estimado para cada padecimiento, respectivamente. En el CaMa y la HA el gasto para consultas médicas representa aproximadamente 44 y 36 por ciento del gasto total estimado para cada padecimiento, respectivamente.

II.3.2. Proyecciones del gasto médico, 2012-2050

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 plazo³². 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 2.5 por ciento³³.

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 constantes³⁴.
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.

³² Para el efecto de las nuevas tecnologías sobre el gasto médico en el corto, mediano y largo plazos, ver la sección II.4.

³³ La tasa de incremento real de 2.5 por ciento es consistente con la utilizada por el Instituto en las proyecciones financieras de la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) al 31 de diciembre de 2011.

³⁴ 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.

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 2012 y 2050 el gasto pasaría de 65,155 a 284,788 millones de pesos, lo cual

significa una tasa de crecimiento real media anual de 4 por ciento. Las enfermedades que concentrarían la mayor proporción del gasto serían la DM y la HA con 80.3 por ciento en 2012 y 64.8 por ciento en 2050.

Cuadro II.3.
Proyección de consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y gasto médico por componente, 2012-2050, escenario base

Padecimiento	Año	Casos (miles)			Gasto médico (millones de pesos de 2012)			
		Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnóstico	Hospitalización	Total
DM	2012	13,216	2,056	70	6,780	19,766	5,083	31,629
	2020	16,495	2,140	90	10,304	24,739	7,940	42,983
	2030	20,733	2,283	117	16,567	33,342	13,234	63,143
	2040	24,064	2,315	145	24,603	42,663	20,877	88,144
	2050	25,756	2,297	165	33,700	53,565	30,439	117,705
HA	2012	16,181	6,243	25	8,071	11,829	782	20,681
	2020	20,078	6,127	32	12,194	11,436	1,227	24,857
	2030	25,367	6,733	42	19,710	12,949	2,089	34,748
	2040	29,582	7,531	54	29,412	16,490	3,405	49,307
	2050	31,475	8,154	64	40,049	21,659	5,126	66,834
IR	2012	929	97	77	717	5,559	3,494	9,770
	2020	988	211	91	927	15,810	5,049	21,786
	2030	1,150	321	108	1,376	31,188	7,709	40,273
	2040	1,262	406	122	1,925	50,674	11,161	63,760
	2050	1,276	448	129	2,487	75,446	15,075	93,007
CaCu	2012	144	44	7	123	59	416	598
	2020	174	40	7	181	75	558	814
	2030	208	34	8	278	99	748	1,125
	2040	232	30	7	397	131	918	1,445
	2050	243	28	6	532	171	1,014	1,716
CaMa	2012	968	36	11	734	67	888	1,688
	2020	1,071	42	11	997	96	1,147	2,240
	2030	1,133	43	11	1,363	132	1,418	2,913
	2040	1,121	41	9	1,740	171	1,513	3,424
	2050	1,070	39	6	2,140	218	1,275	3,633
VIH/SIDA	2012	179	27	3	116	392	279	788
	2020	187	37	3	148	606	322	1,076
	2030	181	42	2	184	947	358	1,489
	2040	162	40	2	211	1,209	355	1,775
	2050	138	34	1	230	1,357	306	1,893
Total	2012	31,617	8,503	191	16,541	37,672	10,942	65,155
	2020	38,993	8,597	234	24,751	52,762	16,243	93,756
	2030	48,772	9,456	289	39,477	78,658	25,556	143,691
	2040	56,423	10,363	339	58,288	111,339	38,228	207,854
	2050	59,958	11,000	371	79,137	152,416	53,235	284,788

Fuente: DF, IMSS.

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, 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.

Cuadro II.4.
Proyección de consultas totales, pacientes con tratamiento, casos de hospitalización y gasto médico por componente, 2012-2050, escenario inercial

Padecimiento	Año	Casos (miles)			Gasto médico (millones de pesos de 2012)			
		Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnóstico	Hospitalización	Total
DM	2012	13,216	2,056	70	6,780	19,766	5,083	31,629
	2020	17,282	2,314	92	10,795	26,898	8,112	45,806
	2030	23,114	2,876	123	18,469	42,747	13,923	75,139
	2040	28,675	3,384	157	29,315	64,398	22,687	116,401
	2050	32,966	3,728	185	43,130	90,802	34,236	168,168
HA	2012	16,181	6,243	25	8,071	11,829	782	20,681
	2020	21,294	6,150	32	12,933	11,463	1,238	25,635
	2030	29,107	6,832	43	22,617	13,103	2,134	37,854
	2040	36,996	7,734	56	36,784	16,893	3,521	57,197
	2050	43,262	8,454	66	55,050	22,421	5,366	82,838
IR	2012	929	97	77	717	5,559	3,494	9,770
	2020	1,143	231	95	1,073	17,353	5,297	23,723
	2030	1,439	374	121	1,722	36,614	8,646	46,981
	2040	1,719	490	148	2,624	61,723	13,463	77,811
	2050	1,930	572	169	3,762	96,372	19,689	119,824
CaCu	2012	144	44	7	123	59	416	598
	2020	179	41	8	187	76	624	887
	2030	224	39	10	299	106	980	1,384
	2040	261	39	11	446	145	1,452	2,044
	2050	286	40	13	627	195	2,027	2,848
CaMa	2012	968	36	11	734	67	888	1,688
	2020	1,132	45	13	1,054	102	1,350	2,506
	2030	1,280	56	16	1,541	161	2,144	3,846
	2040	1,368	65	19	2,124	240	3,197	5,561
	2050	1,400	72	21	2,801	337	4,474	7,613
VIH/SIDA	2012	179	27	3	116	392	279	788
	2020	197	39	3	157	626	382	1,165
	2030	209	50	3	212	1,097	535	1,844
	2040	206	56	3	268	1,637	704	2,608
	2050	197	58	3	328	2,218	893	3,439
Total	2012	31,617	8,503	191	16,541	37,672	10,942	65,155
	2020	41,228	8,819	244	26,198	56,518	17,005	99,721
	2030	55,373	10,227	318	44,859	93,827	28,361	167,048
	2040	69,224	11,768	394	71,562	145,035	45,024	261,622
	2050	80,042	12,924	457	105,699	212,346	66,686	384,730

Fuente: DF, IMSS.

Como puede observarse, al no contemplarse en las proyecciones las acciones de prevención y/o detección 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 2012 en 432, 301 y 1,126 por ciento, respectivamente. Por su parte, el gasto médico derivado de la atención médica al CaCu se incrementaría entre 2012 y 2050 en 376 por ciento, mientras que el correspondiente a VIH/SIDA y CaMa aumentaría en 351 y 337 por ciento, respectivamente.

Comparación entre los escenarios base e inercial

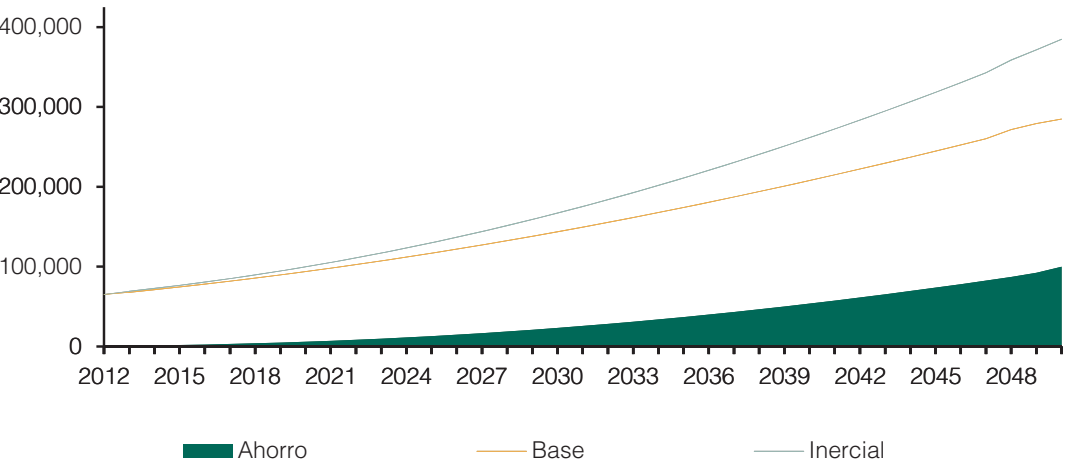
Desde 2001, año en que se diseñó el programa PREVENIMSS, se han implementado diversas acciones por grupo de riesgo para controlar algunos

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.

Gráfica II.9.
Comparativo del gasto médico estimado de los seis padecimientos^{1/} en los escenarios base e inercial, 2012-2050



^{1/} Se refiere a DM, HA, IR, CaCu, CaMa y VIH/SIDA.
Fuente: DF, IMSS.

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

La demanda por servicios médicos ha presentado y seguirá presentando una tendencia creciente. El proceso de envejecimiento poblacional que se presenta en el país implica para el Instituto que sus derechohabientes utilicen cada vez más intervenciones y procedimientos de alta complejidad. Pero las presiones sobre el gasto médico no ocurren solamente a través de la demanda. Existen factores adicionales que se hacen presentes a través de la oferta de servicios de atención médica y que incrementan el costo que enfrenta el Instituto para proveer dichos servicios a sus derechohabientes.

Por un lado, el crecimiento en los precios de los insumos que el Instituto requiere para producir los servicios médicos que presta a sus derechohabientes incrementan el costo de producción a través de presiones puramente inflacionarias. Por otro lado, la incorporación de nuevas tecnologías en los procesos de atención médica conlleva usualmente una mayor efectividad de los servicios prestados, pero también un alto costo al menos en la etapa inicial de aplicación de la tecnología innovadora.

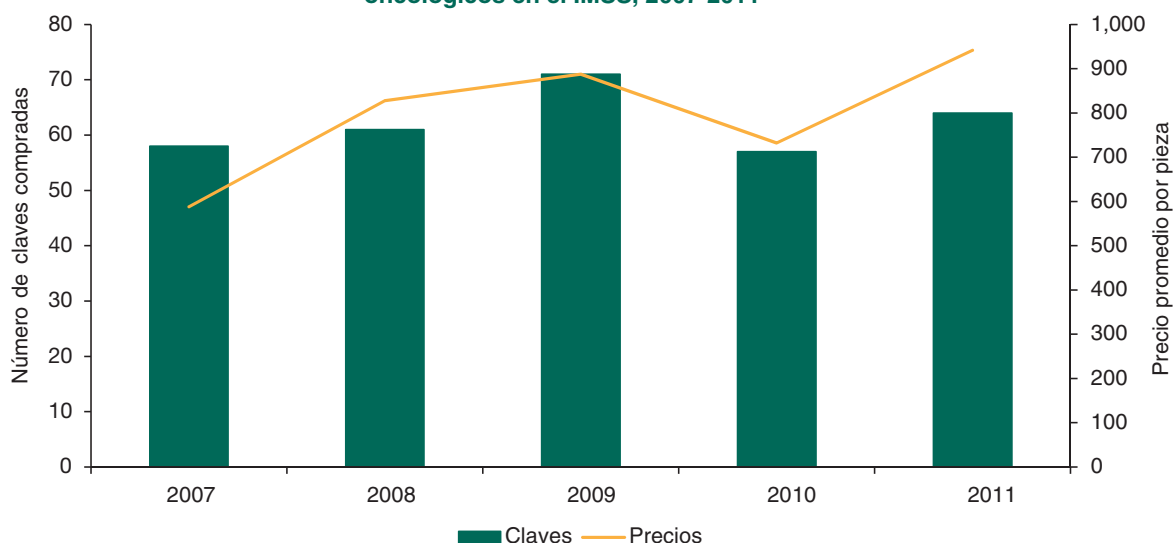
La innovación de medicamentos ejemplifica claramente este proceso. El desarrollo de nuevas sustancias activas es protegida mediante patentes permitiéndole a la empresa farmacéutica que desarrolló la innovación vender su producto de forma exclusiva durante 20 años o más. Lo anterior generalmente trae como consecuencia que, mientras la patente esté vigente, el medicamento se comercialice a un precio relativamente alto. Una vez que la patente expira, la sustancia activa puede ser explotada libremente por cualquier empresa, convirtiéndola en un medicamento genérico que regularmente es comercializado a un precio menor que cuando contaba con una patente vigente.

Para ilustrar lo anterior, observemos el caso de los medicamentos utilizados en el tratamiento de los distintos tipos de cáncer. En 2011, las compras de medicamentos oncológicos representaron 9.8 por ciento del total del gasto de medicamentos. La gráfica II.10 muestra la evolución de los precios promedio ponderados por pieza de los medicamentos oncológicos comprados en los últimos cinco años por el Instituto, así como el número de claves del Cuadro Básico de Medicamentos del IMSS adquiridas en cada uno de los años. Como se puede observar, el precio promedio se ha incrementado 60 por ciento en términos nominales, al pasar de 588 a 942 pesos entre 2007 y 2011, porcentaje considerablemente superior a la inflación nacional acumulada durante el mismo periodo (24 por ciento). Este resultado refleja cómo el costo de los tratamientos de los pacientes que padecen algún tipo de cáncer se ha incrementado considerablemente en los últimos años, influidos en parte por la inclusión de nuevos medicamentos para tratar estos padecimientos. Cabe mencionar que gran parte del costo de la atención de un paciente oncológico corresponde al costo de medicamentos, por tratarse de padecimientos tratados predominantemente de forma ambulatoria.

En la medida en que la innovación sea continua, la absorción de las nuevas tecnologías en la práctica clínica presenta una presión también continua sobre los costos de producción de los servicios médicos. El cuadro II.5 presenta algunos ejemplos de avances en la práctica clínica y el año en que fueron introducidos al Instituto.

El componente inflacionario de los precios de los insumos terapéuticos y no terapéuticos y la incorporación del cambio tecnológico constituyen, entonces, factores que se suman a la transición demográfica y epidemiológica para presionar a la alza el gasto del Instituto en la prestación de servicios médicos.

Gráfica II.10.
Evolución de los precios de compra de medicamentos
oncológicos en el IMSS, 2007-2011^{1/}



^{1/} Entre 2009 y 2011 se incorporaron diez claves oncológicas y se excluyó una en el Cuadro Básico de Medicamentos del IMSS. La variación en el número de claves mostradas en la gráfica corresponde a las claves compradas en cada uno de los años. El precio es resultado de promediar los precios por pieza de los medicamentos oncológicos comprados por el Instituto, ponderado por su peso relativo en cada año.

Fuente: DF, IMSS.

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 de papiloma humano.
2010	Adquisición de tomógrafos de 64 cortes ^{1/} .
2011-2012	Adquisición de 14 aceleradores lineales y un "Cyberknife" ^{2/} .

^{1/} Un tomógrafo es un equipo que permite realizar imágenes digitalizadas del cuerpo humano apoyando el diagnóstico de diferentes enfermedades.

^{2/} Los aceleradores lineales y el "Cyberknife" son equipos oncológicos utilizados para el tratamiento de tumores cancerosos mediante radiación externa. Los aceleradores lineales comenzarán a operar entre agosto y septiembre de 2012.

Fuente: IMSS.



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 2011 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 (2012 a 2018), y ii) una perspectiva de largo plazo (2012 a 2050). En el primer periodo se utiliza el Modelo de Proyecciones Financieras a Corto Plazo, mientras que en el segundo, el Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA)³⁵.

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 su Reglamento, 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

³⁵ 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).

de Información Financiera D-3 (NIF D-3) “Beneficios a los Empleados” emitida por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera (CINIF).

La presentación de ambas versiones, 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 2011 ascendieron a 274,676 millones de pesos. Por su parte, el gasto de operación fue de 274,379 millones de pesos. El excedente de operación o devengado resultante ascendió a 297 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, así como del uso de los recursos de las reservas y fondos del Instituto. De los ingresos totales 68.4 por ciento corresponden a las cuotas obrero-patronales (COP), 19.9 por ciento a las aportaciones del Gobierno Federal (AGF) y el restante 11.7 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 servicios al personal (pago de nómina a trabajadores del Instituto); beneficios a los empleados (pagos al personal pensionado y jubilado) y el costo de beneficios a los empleados del ejercicio para la reserva contable del RJP con base en la NEIFGSP-08 destinado para el pago de pensiones de trabajadores IMSS a futuro; las prestaciones económicas a los asegurados (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; los pasivos de las reservas financieras y actuariales, así como otros gastos³⁶.

La composición del gasto de operación se puede apreciar en el cuadro III.1, que muestra el estado

³⁶ El concepto de otros gastos incluye intereses financieros y actuariales, pérdida por deterioro de instrumentos financieros, castigos por incobrabilidades, 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 2011 y 2010
(millones de pesos)

Concepto	2011	2010
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales	187,851	171,718
Aportaciones del Gobierno Federal	54,702	50,690
Productos de inversiones y otros ingresos, neto	32,123	29,113
Total de ingresos	274,676	251,521
Gastos		
Servicios de personal (nómina a trabajadores IMSS)	125,924	117,229
Beneficios a los empleados (pagos a pensionados y jubilados IMSS)	41,836	36,477
Costo de beneficios a los empleados (RJP)	3,518	6,923
Prestaciones en dinero	21,609	21,192
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	39,229	36,257
Mantenimiento	3,281	3,311
Servicios generales y subrogación de servicios	20,385	17,979
Intereses financieros y actuariales	440	297
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	309	672
Castigos por incobrabilidades y fluctuación en precios	6,288	2,025
Depreciaciones	3,893	1,962
Reversión de cuotas obrero-patronales	1,003	931
Reservas financieras y actuariales	6,664	6,138
Total de gastos	274,379	251,393
Excedente neto de ingresos sobre gastos del ejercicio	297	128

Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010.

de resultados por el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2011. Del total del gasto, que ascendió a 274,379 millones de pesos, se destinó principalmente para:

- servicios de personal, 45.9 por ciento;
- beneficios a los empleados, 15.2 por ciento;
- consumo de medicamentos, materiales de curación, servicios integrales y otros, 14.3 por ciento;
- mantenimiento y conservación de los bienes muebles e inmuebles, y servicios generales y subrogación de servicios, 8.6 por ciento;
- prestaciones económicas, 7.9 por ciento;
- reservas financieras y actuariales, 2.4 por ciento;
- otros gastos, 4.4 por ciento, y

- costo de beneficios a los empleados, 1.3 por ciento.

Los beneficios a los empleados y el costo de beneficios a los empleados integran el costo de las obligaciones laborales reconocidas en el periodo, equivalente a 16.5 por ciento.

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 2011 ascendió a 703,122 millones de pesos³⁷. El efecto de registrar en la contabilidad institucional el total del CNP de las obligaciones

³⁷ El CNP (con cargo a resultados del ejercicio 2011) 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.

laborales implicaría la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable por 653,170 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 2011 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 SGPS se vuelve deficitario y el SRT y el SIV disminuyen su excedente de ingresos sobre gastos.

III.2. Balance general

Al 31 de diciembre de 2011, el balance general del Instituto presenta un activo total de 295,811 millones de pesos, conformado por el activo circulante (activo a corto plazo) y el activo no circulante (activo a largo

Cuadro III.2.
Estado de ingresos y gastos dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos)

Concepto	2011	2010
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales	187,851	171,718
Aportaciones del Gobierno Federal	54,702	50,690
Productos de inversiones y otros ingresos, neto	32,123	29,113
Total de ingresos	274,676	251,521
Gastos		
Servicios de personal (nómina a trabajadores IMSS) ^{1/}	121,623	112,746
Beneficios a los empleados (pagos a pensionados y jubilados IMSS)	46,137	40,960
Costo de beneficios a los empleados (RJP)	656,985	661,179
Prestaciones económicas	21,609	21,192
Consumos de medicamentos, materiales de curación y otros	39,229	36,257
Mantenimiento	3,281	3,311
Servicios generales y subrogación de servicios	20,385	17,979
Intereses financieros y actuariales	440	297
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	309	672
Castigos por incobrabilidad	6,288	2,025
Depreciaciones	3,893	1,962
Reversión de cuotas obrero-patronales	1,003	931
Reservas financieras y actuariales	6,664	6,138
Total de gastos	927,846	905,649
Excedente neto de ingresos sobre gastos del ejercicio	-653,170	-654,128

^{1/} En "servicios de personal" no se consideran 4,301 y 4,483 millones de pesos en 2011 y 2010, respectivamente, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al RJP, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de "beneficios a los empleados".

Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010, 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 2011 y Proyecciones para 2012.

plazo) (cuadro III.3). El activo circulante suma 120,629 millones de pesos que incluyen, entre otros rubros, efectivo y equivalentes, instrumentos financieros a corto plazo, COP por cobrar, cuentas y documentos por cobrar e inventarios. El activo no circulante equivale a 175,182 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.

El pasivo del Instituto ascendió a 215,724 millones de pesos y se desagrega en: 28,118 millones de pesos de pasivo circulante y 187,606 millones de pesos de pasivo no circulante; en este último se incluyen 97,818 millones de pesos de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA), 16,788 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

Cuadro III.3.
Balance General dictaminado al 31 de diciembre de 2011 y 2010
(millones de pesos)

Concepto	2011	2010
Activo		
Activo circulante	120,629	116,685
Efectivo y equivalentes	19,831	14,291
Instrumentos financieros	57,825	57,194
Gobierno Federal (contribuciones por cobrar, neto)	4,577	3,479
Cuotas obrero-patronales por cobrar, neto	22,298	23,547
Documentos y otras cuentas por cobrar, neto	8,517	11,308
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	1,483	1,388
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros, neto	6,098	5,478
Activo no circulante	175,182	180,731
Instrumentos financieros	62,331	73,516
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	14,208	13,794
Inversión en acciones	2,866	492
Inmuebles de dominio público de la Federación, mobiliario y equipo, neto	94,528	91,804
Otros activos, neto	1,249	1,125
Total del activo	295,811	297,416
Pasivo y patrimonio		
Pasivo circulante	28,118	29,019
Proveedores, contratistas y otros	16,977	18,302
Gastos acumulados y retenciones por pagar	11,141	10,717
Pasivo no circulante	187,606	192,789
Reservas financieras y actuariales	97,818	93,568
Reservas del Programa de Primer Empleo y retenciones para jubilaciones	17,832	12,745
Reserva para beneficios a los empleados (RJP)	71,956	86,476
Total de pasivo	215,724	221,808
Patrimonio	80,087	75,608
Ganancia no realizada de instrumentos financieros	3,972	-
Donaciones	1,745	1,533
Superávit por revaluación	65,841	65,843
Excedentes de ingresos sobre gastos del ejercicio	297	128
Excedentes de ingresos sobre gastos de ejercicios anteriores	8,232	8,104
Total del patrimonio y pasivo	295,811	297,416

Fuente: DF, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010.

Federal en enero de 2008, y 71,956 millones de pesos del costo de las obligaciones laborales registradas. El patrimonio ascendió a 80,087 millones de pesos y está constituido, entre otros, por 1,745 millones de pesos de donaciones, 65,841 millones de pesos de superávit por revaluación, 297 millones de pesos de excedentes de ingresos sobre gastos, y 8,232 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 2011 con el reconocimiento pleno de las obligaciones laborales bajo la metodología NIF D-3. En 2011 el rubro de la reserva para beneficios a los empleados ascendió a 3'142,649 millones de pesos y se integra por 3'070,693 millones de pesos de obligaciones laborales no registradas por el Instituto y 71,956 millones de pesos que corresponden a la reserva constituida por dicho concepto. Este último rubro disminuyó 16.8 por ciento en términos nominales, 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 2011, el patrimonio del Instituto sería negativo en 2'990,606 millones de pesos. Esto significa que con el registro de la totalidad del pasivo ya devengado se absorbería el patrimonio del Instituto y aun así la cantidad obtenida no sería suficiente para cubrir los pasivos derivados de las obligaciones laborales asociadas al RJP.

III.3. Proyecciones financieras de corto plazo

En esta sección se presentan las proyecciones para el periodo 2012-2018 utilizando el Modelo de

Proyecciones Financieras a Corto Plazo. Dicho modelo toma en cuenta los mayores ingresos que se anticipan al cierre de 2012 en comparación a lo programado en la Primera Adecuación al Presupuesto 2012 aprobada por el H.Consejo Técnico (HCT) el 28 de marzo de ese año.

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 2011.

En primer lugar, como resultado de una recuperación sostenida de la economía desde 2010, el número de cotizantes registrados alcanzó 15.2 millones, 587 mil más con respecto a diciembre del 2010, mientras que el salario base de cotización (SBC) aumentó 4.3 por ciento (ver detalles en el Capítulo I). Esto significó para el IMSS ingresos de COP en flujo de efectivo por 180,435 millones de pesos³⁸, 11,012 millones de pesos adicionales a lo presupuestado en la Segunda Adecuación al Presupuesto 2011, autorizada por el HCT en la sesión del 26 de enero de 2011.

En dicha Adecuación al Presupuesto, el Instituto estimó ingresos por 350,134 millones de pesos, gastos por 354,151 millones de pesos³⁹ y recursos en las reservas y Fondo Laboral de 9,303 millones de pesos; de estos últimos, 4,925 millones de pesos corresponden al monto establecido en el Artículo 7 del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF) 2011 y 4,378 millones de pesos a ingresos derivados de rendimientos de las RFA, la Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA), y la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF)⁴⁰.

³⁸ Difiere de lo presentado en el Cuadro III.1, derivado de que éste considera obligaciones devengadas del Instituto que no se incluyen en el flujo de efectivo.

³⁹ Ambas cifras (ingresos y gastos) incluyen PCP equivalentes a 114,996 millones de pesos las cuales no se presentan en el Estado de Ingresos y Gastos debido a que el IMSS participa en calidad de administrador de esos recursos; mientras que en el flujo de efectivo se incluyen porque corresponden a movimientos de entrada y salida de efectivo.

⁴⁰ Para una descripción detallada de la estructura de las reservas y fondo del Instituto y sus propósitos, ver el Capítulo IX.

Cuadro III.4.
Balance General dictaminado al 31 de diciembre de 2011 y 2010, con el registro pleno del
costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos)

Concepto	2011	2010
Activo circulante	120,629	116,685
Efectivo y equivalentes	19,831	14,291
Instrumentos financieros	57,825	57,194
Gobierno Federal (aportaciones) por cobrar, neto	4,577	3,479
Cuotas obrero-patronales por cobrar, neto	22,298	23,547
Documentos y otras cuentas por cobrar, neto	8,517	11,308
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	1,483	1,388
Inventarios de medicamentos, materiales de curación y otros, neto	6,098	5,478
Activo no circulante	175,182	180,731
Instrumentos financieros	62,331	73,516
Créditos hipotecarios y préstamos a mediano plazo al personal	14,208	13,794
Inversión en acciones	2,866	492
Inmuebles de dominio público de la Federación, mobiliario y equipo, neto	94,528	91,804
Otros activos, neto	1,249	1,125
Total del activo	295,811	297,416
Pasivo y patrimonio		
Pasivo circulante	28,118	29,019
Proveedores, contratistas y otros	16,977	18,302
Gastos acumulados y retenciones por pagar	11,141	10,717
Pasivo no circulante	3,258,299	2,611,101
Reservas financieras y actuariales	97,818	93,568
Reservas del Programa de Primer Empleo y retenciones para jubilaciones	17,832	12,745
Reserva para beneficios a los empleados (RJP)	3,142,649	2,504,788
Total de pasivo	3,286,417	2,640,120
Patrimonio	-2,990,606	-2,342,704
Ganancia no realizada de instrumentos financieros	3,972	-
Donaciones	1,745	1,533
Superávit por revaluación	65,841	65,843
Déficit de ingresos sobre gastos del ejercicio	-653,170	-654,128
Déficit de ejercicios anteriores por pasivo laboral	-2,417,226	-1,764,056
Excedentes sobre gastos de ejercicios anteriores	8,232	8,104
Total del patrimonio y pasivo	295,811	297,416

Fuente: DF, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010, 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 2011 y Proyecciones para 2012.

En virtud de que los egresos superaban a los ingresos, el HCT autorizó con el Acuerdo ACDO.AS3. HCT.260111/2.P.DF utilizar un monto total de hasta 23,321 millones de pesos provenientes de las reservas y fondo, conformados de la siguiente manera:

- 2,735 millones de pesos de la ROCF cuyo uso se sustenta en el Artículo 277 C⁴¹ de la Ley del Seguro Social (LSS), y
- 20,586 millones de pesos de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral) con fundamento en el Artículo 286 K⁴² de la LSS.

Con fundamento en el Artículo 277 de la LSS, el Instituto llevó a cabo las evaluaciones trimestrales de los ingresos recibidos y el gasto incurrido con respecto al presupuesto 2011, por lo que al cierre del ejercicio fiscal los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- ingresos totales en flujo de efectivo por 367,225 millones de pesos, incluyendo 674 millones de pesos provenientes de los intereses de la Subcuenta 2 del FCOLCLC;

⁴¹ 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..."

⁴² 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".

- egresos totales en flujo de efectivo por 375,093 millones de pesos;
- acumulación de 11,851 millones de pesos a las reservas y fondo (6,926 millones de pesos adicionales a la meta de 4,925 millones de pesos establecida en el Artículo 7 del DPEF 2011);
- incremento de 765 millones de pesos en la ROCF por concepto de rendimientos y costos financieros del ejercicio fiscal;
- déficit en la disponibilidad de las Reservas Operativas (RO) por 35 millones de pesos, los cuales serán solicitados al Gobierno Federal toda vez que corresponden a Pensiones en Curso de Pago (PCP) del ejercicio 2011, y
- uso final de las reservas y fondos por un total de 20,449 millones de pesos (2,414 millones de pesos de la ROCF y 18,035 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC).

En los últimos tres ejercicios fiscales los ingresos ordinarios han sido insuficientes para cubrir los egresos, por lo que el IMSS ha dispuesto de recursos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para apoyar la nómina del RJP⁴³; de la RGFA para cubrir las erogaciones extraordinarias derivadas de la afectación por la

⁴³ Se dispusieron 4,403 millones de pesos en 2009 y 9,900 millones de pesos en 2010. En 2009, 1,733 millones de pesos correspondieron a inversión de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral y 2,670 millones de pesos a productos generados durante el ejercicio.

Influenza A H1N1⁴⁴, y de la ROCF para apoyar a sus programas prioritarios de inversión⁴⁵.

Por otro lado, el SEM ha presentado un déficit creciente, situación que se ha reportado al Ejecutivo Federal y al H. Congreso de la Unión todos los años, a partir de 2002, a través del presente Informe, mientras que el SRT y el SIV han reportado superávit, tanto en su flujo de efectivo de corto plazo, como en su balance actuarial. Como antecedente importante cabe señalar que bajo la LSS vigente desde 1997, el Instituto no ha hecho uso de las RFA del SIV y del SRT, pues los diversos estudios financieros y actuariales realizados por el Instituto y por despachos externos han resaltado que estos dos seguros son superavitarios. En 2003 el Departamento del Actuario del Gobierno del Reino Unido (GAD por sus siglas en inglés), señaló que las RFA del SIV y del SRT mantenían mucho más que lo requerido y por lo tanto estas reservas podrían ser mucho más útiles en cualquier otro lado.

El 15 de noviembre de 2010 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) para el ejercicio fiscal 2011, la cual en su Artículo 1º señala 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...”*. Para dar cumplimiento a dicho precepto legal se contrató al Despacho Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., para elaborar el “Estudio Actuarial para determinar la Reserva Óptima de los seguros de RT e IV”, cuyo objetivo fue determinar el nivel recomendado que deberían mantener las RFA del SIV y SRT. Como resultado Lockton determinó

que el excedente de la RFA de los SIV y SRT al 31 de diciembre de 2010 es de 61,222 millones de pesos; 36,395 millones de pesos del SIV y 24,827 millones de pesos del SRT. El HCT con el Acuerdo ACDO.AS3. HCT.280911/263.R.DF, aprobó la transferencia de recursos provenientes de los excedentes de los saldos de las RFA de los SIV y SRT en los términos del Artículo 1º de la LIF para el ejercicio fiscal 2011; el traspaso de los recursos se efectuó el 1º y 3 de noviembre de 2011.

Las proyecciones financieras del modelo de corto plazo muestran cómo se acentúa el excedente de gastos sobre ingresos; por lo que para el presente ejercicio y el próximo año se prevé la utilización de la totalidad de los 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, y a partir de 2013 se estima comenzar a utilizar la RFA del SEM.

III.3.1. Supuestos

En el cuadro III.5 se presentan algunos de los supuestos utilizados para las proyecciones 2012-2018 de ingresos y gastos en el escenario de cierre 2012.

Se asume que en el periodo 2013-2018 los asegurados permanentes mantendrán un crecimiento constante de 2 por ciento, mientras que el incremento real del SBC será de 1.1 por ciento. Por otro lado, la inflación promedio se estima en 3.5 por ciento para la misma referencia de años.

En la siguiente sección se presentan las cifras de ingresos y gastos, en términos de flujo de efectivo.

⁴⁴ Se dispusieron 616 millones de pesos en 2009.

⁴⁵ Se dispusieron 5,562 millones de pesos en 2010 cuyo uso se sustenta en el Artículo 277 C de la LSS.

Cuadro III.5.
Supuestos de proyecciones financieras de corto plazo, 2012-2018

Concepto	Promedio 2001-2011	Promedio 2007-2011	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Crecimiento de asegurados trabajadores permanentes (%) ^{1/}	1.53	1.74	3.65	3.22	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
Crecimiento de cotizantes promedio (%) ^{1/}	1.85	2.29	4.47	4.42	2.84	2.84	2.84	2.84	2.84	2.84
Crecimiento real de los salarios de cotización (%) ^{2/}	1.60	0.11	0.84	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10
Inflación promedio anual (%) ^{3/}	4.6	4.4	3.44	3.7	3.6	3.6	3.5	3.5	3.5	3.5
Días cotizados (promedio) ^{2/}	343	343	343	344	343	343	343	343	343	343
Pago a segundo mes (% promedio) ^{2/}	0.98	0.99	0.99	0.98	0.99	0.99	0.98	0.98	0.98	0.98
Plazas ocupadas IMSS (al cierre) ^{2/}	361,445	371,985	391,820	400,373	408,070	412,120	416,080	416,080	416,080	416,080
Incremento de plazas	2,904	6,642	5,878	8,553	7,697	4,050	3,960	-	-	-

^{1/} Asegurados permanentes y cotizantes, 2001-2011: registros IMSS; 2012: estimación de la DF 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, 2001-2011: registros IMSS; 2012-2018: estimación de la DF.

^{3/} Inflación promedio anual, 2001-2011: Banco de México (Banxico). 2012-2013: Encuesta sobre las expectativas de los especialistas en economía del sector privado, mayo de 2012, Banxico.

Fuente: DF, IMSS.

III.3.2. Resultados con base en las proyecciones del cierre de 2012

Al mes de abril de 2012 la recaudación registró un incremento de 2,729 millones de pesos, lo que representa un incremento de 3.3 por ciento respecto a lo programado en la Primera Adecuación al Presupuesto 2012.

En una perspectiva de mayores ingresos, como se puede apreciar en el cuadro III.6, al final del año se estiman ingresos de 404,687 millones de pesos; en tanto que los gastos podrían ser del orden de los 414,642 millones de pesos en los diversos capítulos que lo componen, arrojando un déficit de 9,955 millones de pesos antes del incremento de reservas y de 19,261 millones de pesos después de la acumulación de las reservas y Fondo Laboral, más 194 millones de pesos por los intereses restringidos de la ROCF. Estos faltantes podrán cubrirse, con fundamento en lo autorizado por el HCT con el Acuerdo ACDO.AS3. HCT.280312/63.P.DF, a través del uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC con 17,660 millones de pesos, de conformidad con lo establecido en el Artículo 286 K

de la LSS, para apoyar el gasto en la nómina del RJP y de la ROCF, en el marco de los Artículos 277 A y 277 C de la LSS, para financiar la operación del Instituto y los programas prioritarios de inversión con 1,795 millones de pesos.

En prospectiva hacia los años de 2013 a 2018, el mayor reto que enfrenta el Instituto es hacer frente al crecimiento de la nómina del RJP, ya que si bien se han realizado esfuerzos importantes para contener este crecimiento –tales como las reformas a la LSS en 2004 y los cambios al Contrato Colectivo de Trabajo (CCT) en 2005 y 2008– persiste el pasivo laboral contingente. Esta presión de gasto ha requerido de la utilización de la Subcuenta 1 del FCOLCLC y, como se muestra en el cuadro III.6, los recursos de esta subcuenta se agotan en el año 2013. Al cierre de 2012 se estima que la nómina del RJP tendrá un crecimiento en el gasto de 10.8 por ciento, en tanto que para el periodo 2013-2018 se estima un promedio de aumento de 8.7 por ciento.

Otro aspecto de importancia en el corto plazo es el gasto en inversión física, ya que con el propósito

de fortalecer y ampliar la cobertura de los servicios de salud a través de la modernización del equipo existente y de la conclusión del Programa de Obras, se espera un crecimiento de 19.7 por ciento en este rubro durante el año 2012. Bajo la premisa de que el Programa de Obras en curso se concluye en el año 2012, para el periodo 2013-2018 se espera una disminución del gasto en inversión física, continuando exclusivamente con el fortalecimiento/mantenimiento del programa de adquisición de equipo médico e informático, a través de la adquisición, entre otros, de equipo oncológico y de reemplazo de equipos de imagenología y resonancia. Para el periodo 2013-2018 se estima una inversión promedio anual de 3,182 millones de pesos.

Para dar respaldo a la estrategia de fortalecer la infraestructura médica, se estima un incremento de 15,707 plazas para el periodo 2013-2015 con lo que se espera atender las necesidades de cobertura de las plantillas relacionadas a obras médicas terminadas, así como de construcción, ampliación y remodelación de unidades médicas; lo que permitirá mantener el nivel de operación en las condiciones actuales, en lo referente a los indicadores de diferimiento quirúrgico y oportunidad en las consultas médicas (ver Capítulo XII).

Para los años 2013 y 2014 se estima un déficit después de la acumulación de reservas y fondos por 19,713 y 25,593 millones de pesos⁴⁶, respectivamente, originado por la evolución de la nómina del RJP y las sumas aseguradas, las cuales se proyectan en conjunto con crecimientos de 8.8 por ciento para 2013 y 2014 con relación al año anterior.

Para hacer frente a los requerimientos operativos de la institución y los movimientos de la ROCF, en 2013 se estima utilizar el remanente de los recursos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC de conformidad con el Artículo 286 K de la LSS por un importe de 896 millones de pesos y también se prevé iniciar el uso de la RFA

del SEM con 18,817 millones de pesos y con 25,593 millones de pesos para 2014.

La proyección de ingresos y gastos para 2015 registra un déficit de 27,691 millones de pesos más 910 millones de pesos de los intereses restringidos de la ROCF, mismos que serían cubiertos casi en su totalidad con el saldo de la RFA del SEM por 27,488 millones de pesos, quedando un faltante de 1,113 millones de pesos que para cubrirlo, el Instituto podría someter a consideración del HCT la utilización de los fondos disponibles de la ROCF.

De 2016 a 2018, la situación se agrava al incrementarse el déficit en 30,901, 35,431 y 36,584 millones de pesos⁴⁷ para cada año, sin que exista posibilidad de que dichos faltantes sean cubiertos con la generación de ingresos corrientes.

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 apartado, 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

⁴⁶ Incluye movimientos de la ROCF.

⁴⁷ Ídem.

Cuadro III.6.
Flujo de efectivo 2011, presupuesto 2012 y proyecciones 2012-2018,
considerando el incremento estimado en ingresos y gastos 2012
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2011	Ppto. 2012 ^{1/}	Cierre 2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Saldo inicial de las RO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ingresos (1)	367,225	390,183	404,687	430,548	463,493	493,999	526,470	562,736	601,257
Egresos (2)	375,093	400,138	414,642	439,402	475,060	509,771	545,093	584,721	623,186
Servicios de personal	124,896	132,943	133,271	142,057	150,664	159,838	168,965	178,488	188,480
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	44,265	48,270	49,058	52,981	57,146	62,061	67,725	74,057	81,093
Subsidios y ayudas y pensiones temporales y provisionales	13,078	13,138	13,993	14,981	16,063	17,175	18,295	19,501	20,789
Sumas aseguradas	8,361	9,067	9,395	10,585	12,009	13,292	14,739	16,350	18,133
Inversión física	8,275	9,901	9,901	3,342	4,829	3,876	2,717	3,709	617
Materiales y suministros	39,069	41,659	43,373	47,622	52,718	57,843	62,895	67,694	72,884
Servicios generales	22,851	25,038	24,882	27,093	29,547	32,166	34,948	37,946	41,206
Operaciones ajenas	-4,037	-4,813	-4,194	-4,490	-4,747	-5,022	-5,253	-5,491	-5,740
Pensiones en Curso de Pago	118,334	124,935	134,962	145,231	156,831	168,543	180,063	192,468	205,723
Excedente (déficit) (3)=(1)-(2)	-7,868	-9,955	-9,955	-8,854	-11,567	-15,772	-18,624	-21,985	-21,928
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	11,851	9,306	9,307	10,207	13,172	11,919	11,311	12,418	13,565
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	-19,719	-19,261	-19,261	-19,062	-24,739	-27,691	-29,934	-34,403	-35,493
Movimientos de la ROCF	-765	-194	-194	-651	-854	-910	-967	-1,027	-1,091
Uso de la ROCF Art. 277 A de la LSS	-	-	1,441	-	-	-	-	-	-
Uso de la ROCF para programas de inversión	2,414	4,645	354	-	-	-	-	-	-
Uso del FCOLCLC	18,035	14,810	17,660	896	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM ^{2/}	-	-	-	18,817	25,593	27,488	-	-	-
Transferencia neta entre reservas (6)	19,684	19,261	19,261	19,062	24,739	26,578	-967	-1,027	-1,091
Saldo en RO después de transferencias (7)=(5)+(6)	-35	-	-	-	-	-1,113	-30,901	-35,431	-36,584

^{1/} Corresponde a la Primera Adecuación al Presupuesto 2012.

^{2/} 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.

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.7.

Las proyecciones de los rubros enumerados en el cuadro III.7 se realizaron asumiendo las hipótesis macroeconómicas que se muestran en el cuadro III.8, a partir de las cuales se construyó el escenario base cuyos resultados se muestran en el apartado III.4.3.

Cuadro III.7.
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.

Cuadro III.8.
Principales supuestos utilizados en el Modelo Integral Financiero y Actuarial
para las proyecciones de flujo de efectivo, 2013-2050

Escenario base	2013	2014	2015	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Crecimiento de asegurados trabajadores permanentes (%) ^{1/}	1.77	1.74	1.69	1.58	1.18	0.83	0.56	0.31	0.10	0.02	0.02
Crecimiento real de los salarios de cotización (%) ^{1/}	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Inflación diciembre-diciembre (%) ^{1/}	3.60	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/}	5.40	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/}	10,061	11,418	14,370	16,277	14,908	8,893	9,178	3,042	717	63	7
Crecimiento de nuevas plazas de trabajadores del IMSS (%) ^{3/}	1.08	1.71	2.15	2.61	0.46	0.33	0.22	0.12	0.04	0.01	0.01

^{1/} Hipótesis de las valuaciones actuariales del IMSS al 31 de diciembre de 2011.

^{2/} Para los años 2013 y 2014 se consideraron los supuestos del Marco Macroeconómico de la SHCP, contenido en los Criterios Generales de Política Económica para la LIF y el PEF 2012; para el periodo 2015-2050 se utilizaron los supuestos de las valuaciones actuariales del IMSS al 31 de diciembre de 2011.

^{3/} Para 2013 y 2014 se consideraron las tasas de crecimiento implícitas por el Programa de Inversión Física y otros programas institucionales. A partir de 2015 corresponde a la hipótesis demográfica de las valuaciones actuariales del IMSS al 31 de diciembre de 2011.

Fuente: SHCP; DF, IMSS.

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 2012, y las cifras que en él se reportan corresponden a la Primera Adecuación al Presupuesto, aprobada por el HCT el 28 de marzo de 2012; ii) debido a que el año base de las proyecciones es 2012, las cifras del escenario base se expresan en pesos de ese año; iii) las proyecciones del gasto derivado del RJP provienen de la valuación actuarial de ese régimen al 31 de diciembre de 2011, 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 2011, y iv) a partir de 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 ya se habrán agotado para ese año.

III.4.2. Situación actual del IMSS

En el cuadro III.9 se muestra la situación financiera que se estimó en el Informe pasado para los cinco seguros en el periodo 2011-2050 medida en valor presente, y se compara con la que se estima actualmente para ese mismo lapso. Los resultados por seguro están expresados en pesos de 2011 y se comparan contra el PIB estimado para 2011 en los Criterios Generales de Política Económica de ese año⁴⁸.

Cuadro III.9.
Estimación del valor presente del superávit o déficit de los seguros acumulado y su relación con el
Producto Interno Bruto
(millones de pesos de 2011)

Año de estimación	Informe 2010-2011		Informe 2011-2012		
	Superávit/ déficit acumulado	% PIB 2011 ^{1/}	Superávit/ déficit acumulado	% PIB 2011 ^{1/}	% PIB 2012 ^{2/}
Seguros deficitarios:					
Seguro de Enfermedades y Maternidad	-2,477,494	17.5	-2,644,689	18.7	16.4
Asegurados	-641,064	4.5	-662,464	4.7	4.0
Pensionados	-1,836,431	13.0	-1,982,225	14.0	12.4
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	-31,038	0.2	-38,438	0.3	0.2
Seguro de Salud para la Familia	-172,782	1.2	-189,679	1.3	1.2
Seguros superavitarios:					
Seguro de Riesgos de Trabajo	231,325	1.6	268,492	1.9	1.6
Seguro de Invalidez y Vida	554,321	3.9	775,869	5.5	4.7
Total	-1,895,668	13.4	-1,828,446	12.9	11.5

^{1/} Periodo 2011-2050.

^{2/} Periodo 2012-2050.

Fuente: DF, IMSS.

⁴⁸ 14'140,600 millones de pesos. Esta cifra fue estimada por la SHCP, y se publicó en noviembre de 2010 en los Criterios Generales de Política Económica para la LIF y el PEF para el ejercicio 2011. Se utiliza por razones de comparabilidad con los resultados por seguro del Informe del año pasado. El PIB reportado oficialmente por el Banco de México para 2011 es de 14'342,321 millones de pesos.

En el cuadro III.9 se puede apreciar que el valor presente del déficit global estimado actualmente para el periodo 2012-2050 es de 12.9 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) del 2011, mientras que en el Informe del año pasado fue de 13.4 por ciento del PIB, es decir 0.5 punto porcentual mayor. Este resultado se explica porque en las proyecciones de este año se estima un mayor superávit para el SIV y el SRT, y un incremento en el déficit que se proyecta para el SEM.

En el caso del SIV, el mayor superávit se explica por: i) el ajuste a la alza de las probabilidades de muerte de inválidos que aprobó en abril de 2012 el Comité del Artículo 81 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (LSAR), respecto del cual se ahonda en el Capítulo V, y ii) el cambio en la hipótesis de crecimiento real de los salarios, que en el Informe actual es de 1 por ciento (cuadro III.8), contra un crecimiento de 1.4 por ciento en el Informe del año anterior.

En el SRT, el ligero aumento en el superávit obedece al cambio en la hipótesis de crecimiento real de los salarios referida anteriormente, la cual casi contrarresta el efecto de la reducción de las probabilidades de muerte de incapacitados, aprobada en abril de 2012 por el Comité del Artículo 81 de la LSAR.

En el SEM el incremento en el déficit se explica fundamentalmente por una reducción en los ingresos, derivado de la modificación en la hipótesis de crecimiento real que se mencionó antes, misma que tiene un mayor efecto en la cobertura de GMP, cuyos ingresos tienen como base el SBC.

El cuadro III.9 también incluye el valor presente del déficit global y por seguro expresado en porcentaje del PIB de 2012⁴⁹. Bajo esta comparación el denominador de la relación es mayor que el de 2011 y se contempla un año menos en el periodo; por lo tanto la relación del déficit contra el PIB se reduce.

⁴⁹ 15'164,900 millones de pesos, cifra que corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica para la LIF y el PEF 2012.

III.4.3. Escenario base

Los resultados que se presentan en el cuadro III.10 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.

De acuerdo con las proyecciones de largo plazo, en el año 2012 se utilizarán 4,645 millones de pesos de la ROCF y 14,810 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, mientras que en el año 2013 se utilizarán de esta subcuenta 3,690 millones de pesos, y además 16,809 millones de pesos de la RFA del SEM para financiar el déficit esperado en ese año. En el año 2014 se usarán 24,708 millones de pesos de la RFA del SEM y en 2015 se agotará esta reserva y, aun así, a partir de ese año el Instituto comenzará a registrar déficits crecientes en su operación.

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.

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

Como se observa en el cuadro III.11, en las proyecciones presentadas en el Informe pasado, el déficit de operación esperado para el año 2012 era de

Cuadro III.10.
Presupuesto 2012 y proyecciones de flujo de efectivo 2013-2050, escenario base
(millones de pesos de 2012)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Saldo inicial de las RO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ingresos (1)	400,296	410,864	424,376	441,575	457,636	526,807	621,620	726,169	841,398	925,602	924,781	895,490
Cuotas obrero-patronales	191,411	196,994	202,327	207,734	213,096	233,138	256,644	278,736	298,789	316,848	333,439	350,771
Aportaciones del Gobierno Federal	58,193	59,320	60,391	61,452	62,467	65,956	69,426	72,063	73,793	74,725	75,075	75,395
Otros ingresos	150,692	154,550	161,658	172,388	182,074	227,712	295,550	375,370	468,816	534,029	516,267	469,325
Pensiones en curso de pago	135,047	42,313	149,362	159,900	170,742	214,440	279,592	356,473	446,652	507,934	485,675	433,486
Otros ^{1/}	15,645	12,238	12,295	12,488	11,331	13,272	15,957	18,897	22,165	26,095	30,592	35,838
Egresos (2)	410,250	423,916	441,194	464,671	487,396	577,823	695,458	825,735	967,098	1,069,160	1,080,151	1,059,112
Servicios de personal	132,943	138,556	143,696	149,501	155,930	178,313	206,918	238,082	271,370	305,876	343,678	386,410
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	48,270	50,952	52,973	55,366	58,244	72,198	83,345	92,083	97,099	92,740	82,890	68,919
Subsidios y ayudas	11,201	11,525	11,842	12,163	12,479	13,675	15,078	16,394	17,585	18,653	19,631	20,651
Pensiones temporales y provisionales	1,214	1,248	1,430	1,478	1,536	1,946	2,627	3,308	3,841	4,273	4,455	4,406
Indemnizaciones y laudos	722	743	764	784	805	882	972	1,057	1,134	1,203	1,266	1,332
Sumas aseguradas	9,067	11,637	12,766	15,642	16,379	19,992	25,715	33,006	41,348	48,581	51,576	52,188
Inversión física	9,901	3,229	3,285	3,340	3,393	3,573	3,749	3,878	3,958	3,995	4,000	4,004
Materiales y suministros	41,659	42,437	43,175	43,904	44,599	46,965	49,271	50,972	52,021	52,503	52,572	52,621
Servicios generales	25,039	25,568	26,074	26,579	27,066	28,786	30,590	32,070	33,186	33,976	34,529	35,095
Pensiones en curso de pago	135,047	142,313	149,362	159,900	170,742	214,440	279,592	356,473	446,652	507,934	485,675	433,486
Otros gastos ^{2/}	-4,813	-4,290	-4,174	-3,986	-3,776	-2,946	-2,399	-1,588	-1,096	-574	-120	-
Excedente (déficit) de operación del año (3)=(1)-(2)	-9,954	-13,052	-16,818	-23,096	-29,760	-51,016	-73,838	-99,566	-125,699	-143,558	-155,370	-163,622
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4) ^{3/}	9,307	6,900	7,269	7,973	8,199	9,115	10,866	12,577	14,813	17,414	20,491	24,489
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	-19,261	-19,952	-24,087	-31,068	-37,958	-60,131	-84,704	-112,143	-140,513	-160,973	-175,861	-188,111
Movimientos de la ROCF ^{4/}	-194	-547	-621	-770	-799	-925	-1,112	-1,336	-1,604	-1,927	-2,315	-2,781
Uso de la ROCF, Artículo 277 A de la LSS ^{5/}	4,645	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de la ROCF para programas de inversión ^{6/}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso del FCOLCLC ^{7/}	14,810	3,690	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM ^{8/}	-	16,809	24,708	26,065	-	-	-	-	-	-	-	-
Transferencia neta entre reservas (6)	19,261	19,952	24,087	25,295	-799	-925	-1,112	-1,336	-1,604	-1,927	-2,315	-2,781
Saldo en RO después de transferencias (8)=(5)+(6)-(7)	-	-	-	-5,774	-38,758	-61,057	-85,816	-113,478	-142,117	-162,900	-178,176	-190,892

^{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).

^{3/} En 2012 corresponde a la meta establecida en el Artículo 7 del DPEF 2012 más productos financieros adicionales de las RFA y RGFA, de conformidad con lo programado en el Presupuesto 2012. En 2013 y 2014 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 14,810 millones de pesos autorizados en el Presupuesto 2012 y 3,690 millones de pesos esperados en 2013 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.11.

Comparativo del flujo de efectivo de los ingresos y los egresos, 2012-2014, proyectados en el escenario base del Informe actual y el del Informe anterior
(millones de pesos de 2012)

Concepto	2012	2013	2014
Ingresos propios^{1/}			
Proyección anterior	248,809	253,957	260,621
Proyección actual	265,249	268,552	275,013
Diferencia (1)	16,441	14,595	14,392
Egresos^{2/}			
Proyección anterior	265,033	272,400	285,188
Proyección actual	275,203	281,604	291,832
Diferencia (2)	10,170	9,204	6,644
Efecto adverso total (3)=(1)+(2)	6,271	5,391	7,748

^{1/} Incluyen COP, AGF y otros ingresos.

^{2/} No incluyen PCP.

Fuente: DF, IMSS.

16,225 millones de pesos, como resultado de un monto estimado de 248,809 millones de pesos de ingresos propios y de 265,033 millones de pesos de gastos⁵⁰. En el presupuesto aprobado por el HCT para este año, se estiman ingresos propios para el IMSS por 265,249 millones de pesos y gastos por 275,203 millones de pesos, con lo cual el déficit de operación esperado es de 9,954 millones de pesos, es decir, 38.6 por ciento menor al estimado el año pasado.

A pesar de que a partir del año 2013 los supuestos utilizados en el presente Informe son prácticamente los mismos que los utilizados en el Informe pasado, la proyección actual refleja el efecto de iniciar con cifras de ingresos y egresos mayores a los que se consideraron el año anterior.

En términos reales, la tasa de crecimiento de los ingresos propios proyectada en el Informe anterior

para 2012 era de 1.8 por ciento real, mientras que el presupuesto aprobado para este año contempla una tasa real de 2.5 por ciento. Por lo que respecta a los egresos (sin incluir las AGF por las PCP), la proyección del Informe 2010-2011 estimaba una tasa de incremento de 2.4 por ciento real, mientras que en el presupuesto 2012 esta tasa es de 3.2 por ciento.

La mayor tasa de crecimiento de los egresos contemplada en el presupuesto 2012 con respecto a la del año anterior se explica por lo siguiente:

- Sumas aseguradas. En el Informe anterior, la proyección de corto plazo para 2012 suponía un crecimiento de 3.6 por ciento en el gasto de sumas aseguradas, mientras que en el presupuesto 2012 se estima un crecimiento de 4.4 por ciento.
- Materiales y suministros. La proyección de corto plazo para este rubro contemplaba un crecimiento de 1.8 por ciento en 2012, en tanto que el presupuesto 2012 considera un crecimiento de 2.6 por ciento.
- Servicios generales. La proyección de corto plazo para 2012 suponía un crecimiento de 2.2 por ciento, mientras que en el presupuesto 2012 se estima un crecimiento de 5.4 por ciento.
- Inversión física. La proyección de corto plazo para este rubro contemplaba un decremento de 35.2 por ciento en 2012; en contraparte, el presupuesto 2012 considera un crecimiento de 15.2 por ciento, por lo que la diferencia por este rubro es de 50.4 puntos porcentuales.

⁵⁰ Estas cifras están expresadas en pesos de 2012, por lo que difieren de las presentadas en el Informe del año anterior (2010-2011) que están en pesos de 2011.



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 provisional⁵¹ o definitiva⁵², y iii) en el caso de fallecimiento, ayuda de gastos de funeral y una pensión⁵³. 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 los resultados de la valuación actuarial de este seguro. El estado de resultados se presenta 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).

La valuación actuarial se refiere a las obligaciones que adquiere el Instituto Mexicano del Seguro Social

⁵¹ 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.

⁵² 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.

⁵³ Para más detalles sobre los eventos que generan una prestación en dinero ver el Anexo D.

(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 gastos de 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 1° 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 otorgan 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 SRT⁵⁴.

En cuanto 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 efecto⁵⁵. 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 manejada por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE). Al 31 de diciembre de 2011 se tenían registradas con estatus vigente un total de 325,964 pensiones definitivas de riesgos de trabajo, incluyendo pensiones directas y pensiones derivadas de fallecimiento de asegurados y pensionados. De estas pensiones totales, 281,031 (86.2 por ciento) fueron otorgadas bajo la LSS de 1973 y 44,933 (13.8 por ciento) bajo la LSS de 1997.

Respecto de estas últimas, cabe señalar que 45.8 por ciento de ellas se otorgó durante el periodo de julio de 1997 a diciembre de 2001 (gráfica IV.1)⁵⁶. A partir de 2002 comenzó a darse un mayor número de pensiones provisionales, lo cual se tradujo en una reducción del gasto del Instituto en sumas aseguradas, con respecto al que se estaba erogando.

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 2011. Se consideran dos escenarios: con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo (CNP) del RJP⁵⁷.

Como se aprecia en el cuadro IV.1, el SRT tuvo un excedente de operación de 33,805 millones de pesos bajo el escenario de registro parcial del CNP de las obligaciones laborales del Instituto, mientras que con el

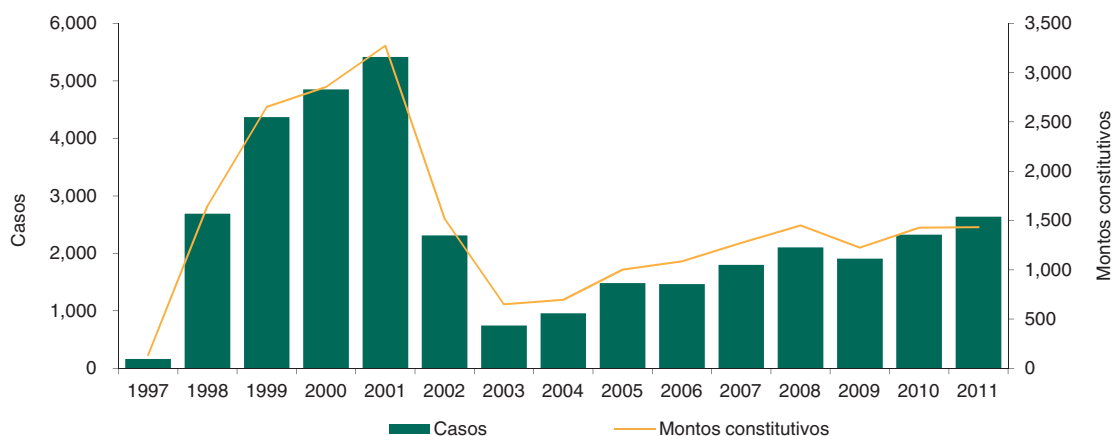
⁵⁴ De acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1° de julio de 1997.

⁵⁵ 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.

⁵⁶ 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.

⁵⁷ El CNP (con cargo a resultados del ejercicio 2011) 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, 1997-2011
(casos y millones de pesos de 2011)



Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

efecto del reconocimiento pleno de estas obligaciones se reduce a 2,815 millones de pesos. Bajo este segundo escenario, en 2011 el SRT alcanzó ingresos por 29,658 millones de pesos y gastos totales por 26,843 millones de pesos, que representan 90.5 por ciento de los ingresos totales; el hecho de que se visualice un total de gastos negativo en el escenario con registro parcial, deviene del cumplimiento del acuerdo ACDO.AS3.HCT.280911/263.R.D.F, en el que se aprobó la transferencia de los recursos excedentes de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) del SRT, y del Seguro de Invalidez y Vida (SIV), a la RFA del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM).

Cabe señalar que el SRT ha mostrado excedentes de operación durante todos los años del periodo 2006-2011, como se presenta en la gráfica IV.2.

IV.2. 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 seguro⁵⁸.

En el caso del SRT, las prestaciones económicas que se valúan son las pensiones provisionales y definitivas, así como los subsidios, las ayudas por

⁵⁸ La prima de ingreso es la contribución que establece la LSS a los patrones, a 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.

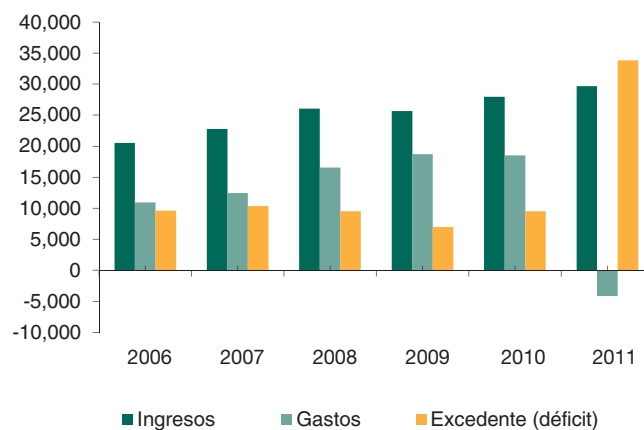
Cuadro IV.1.
Estado de ingresos y gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2011
(millones de pesos)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro pleno
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales y Aportaciones del Gobierno Federal	25,936	25,936
Productos de inversiones y otros ingresos	3,722	3,722
Total de ingresos	29,658	29,658
Gastos		
Servicios de personal (nómina a trabajadores IMSS) ^{1/}	5,967	5,774
Beneficios a los empleados (pagos a pensionados y jubilados IMSS)	1,983	1,983
Costo de beneficios a los empleados (RJP)	153	31,336
Prestaciones en dinero	5,313	5,313
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	1,673	1,673
Mantenimiento	131	131
Servicios generales y subrogación de servicios	595	595
Intereses financieros y actuariales	17	17
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	253	253
Castigos por incobrabilidad	312	312
Depreciaciones	-	-
Reversión de cuotas obrero-patronales	85	85
Traslado de la depreciación	345	345
Reservas financieras y actuariales	-20,974	-20,974
Total de gastos	-4,147	26,843
Excedente neto de ingresos sobre gastos	33,805	2,815

^{1/} Bajo el escenario de registro pleno del CNP en "servicios de personal" no se consideran 193 millones de pesos, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al RJP, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de "beneficios a los empleados".

Fuente: Con registro parcial del CNP: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010; con registro pleno del CNP: DF, IMSS a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 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 2011 y Proyecciones para 2012.

Gráfica IV.2.
Estado de resultados del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2011
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

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 del gasto médico y de los gastos administrativos se determina como porcentaje del volumen de salarios⁵⁹.

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 2011 se encontraba vigente en el IMSS y expuesto a las contingencias cubiertas por el SRT fue de 14'918,586. Este número contempla tanto a los trabajadores del IMSS (trabajadores IMSS), 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 2061; 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.

⁵⁹ La estimación del gasto médico corresponde en promedio a 0.14 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 0.74 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, 5.1 por ciento del flujo anual de pensiones complementarias proyectado en la valuación actuarial del RJP con corte al 31 de diciembre de 2011.

IV.2.1. Proyecciones demográficas

En el cuadro IV.2 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 seguro⁶⁰. La columna (a) presenta el comportamiento que conforme a las hipótesis utilizadas podría tener en el periodo 2012-2111 el número de asegurados IMSS y no IMSS. La columna (b) presenta el número proyectado de pensiones derivadas 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 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 1.3 en 2111.

IV.2.2. Proyecciones financieras

En el cuadro IV.3 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 2011⁶¹.

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)⁶²; 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)⁶³, y vi) prima de gasto anual (columna g)⁶⁴. 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 seguro⁶⁵.

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

⁶⁰ 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 (CNSF).

⁶¹ Lockton Consultores Actuariales, Agentes de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., de acuerdo con el contrato de prestación de servicios No. P250008 celebrado con el IMSS, en los términos de la licitación pública nacional No. LA-019GYR019-N136-2011.

⁶² 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.

⁶³ Incluye el flujo de gasto anual del RJP.

⁶⁴ Es la relación del gasto anual por prestaciones económicas, prestaciones en especie y gasto administrativo respecto al volumen anual de salarios.

⁶⁵ 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 2011 que permite captar los recursos suficientes para hacer frente al gasto por prestaciones en dinero.

Cuadro IV.2.

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 incapacidad permanente ^{2/}	Total de pensionados	No. de pensiones por cada 1,000 asegurados
	(a)	(b)	(c)	(d)=(b)+(c)	(e)=(d/a)*1000
2012	15,184,940	2,058	10,780	12,838	0.85
2013	15,454,161	2,137	10,732	12,869	0.83
2014	15,722,663	2,213	10,675	12,888	0.82
2015	15,988,162	2,253	10,723	12,975	0.81
2020	17,102,683	2,753	12,671	15,424	0.90
2025	17,942,324	3,124	14,892	18,016	1.00
2030	18,561,684	3,351	17,363	20,714	1.12
2035	18,943,702	3,514	19,535	23,049	1.22
2040	19,119,139	3,634	21,014	24,648	1.29
2045	19,144,522	3,691	20,976	24,667	1.29
2050	19,162,040	3,756	20,257	24,013	1.25
2055	19,179,575	3,828	19,752	23,580	1.23
2060	19,197,125	3,878	20,059	23,937	1.25
2065	19,214,692	3,907	20,598	24,505	1.28
2070	19,232,274	3,931	21,097	25,028	1.30
2075	19,249,873	3,956	21,325	25,281	1.31
2080	19,267,487	3,955	21,236	25,191	1.31
2085	19,285,118	3,961	20,960	24,921	1.29
2090	19,302,765	3,985	20,538	24,523	1.27
2095	19,320,428	4,019	20,273	24,292	1.26
2100	19,338,107	4,039	20,431	24,469	1.27
2105	19,355,803	4,037	20,811	24,848	1.28
2110	19,373,514	4,022	21,152	25,174	1.30
2111	19,377,059	4,018	21,199	25,218	1.30

^{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.

^{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.

Cuadro IV.3.
Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo
(millones de pesos de 2011)

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	
2012	1,423,124	2,856	3,450	2,629	9,633	18,567	1.30
2013	1,471,903	4,514	3,557	2,685	9,949	20,706	1.41
2014	1,522,346	5,799	3,668	2,744	10,600	22,812	1.50
2015	1,572,381	5,857	3,779	2,800	11,132	23,568	1.50
2020	1,807,409	6,910	4,351	3,028	14,301	28,590	1.58
2025	2,009,866	8,472	4,857	3,165	16,945	33,439	1.66
2030	2,187,482	10,458	5,306	3,238	19,570	38,571	1.76
2035	2,334,620	12,629	5,678	3,247	21,872	43,426	1.86
2040	2,469,872	14,535	6,012	3,228	23,682	47,457	1.92
2045	2,581,939	15,641	6,285	3,171	25,328	50,425	1.95
2050	2,702,635	16,016	6,571	3,121	26,921	52,630	1.95
2055	2,858,897	16,449	6,936	3,302	27,485	54,171	1.89
2060	3,034,236	17,389	7,359	3,504	28,228	56,480	1.86
2065	3,207,849	18,739	7,786	3,705	29,060	59,290	1.85
2070	3,372,015	20,301	8,195	3,894	29,958	62,348	1.85
2075	3,531,383	21,774	8,591	4,079	30,988	65,432	1.85
2080	3,696,462	22,901	8,996	4,269	32,243	68,409	1.85
2085	3,873,681	23,710	9,425	4,474	33,723	71,332	1.84
2090	4,068,315	24,424	9,891	4,699	35,404	74,418	1.83
2095	4,293,872	25,427	10,427	4,959	37,366	78,180	1.82
2100	4,547,874	26,967	11,037	5,253	39,576	82,832	1.82
2105	4,801,157	28,912	11,657	5,545	41,780	87,894	1.83
2110	5,046,471	30,885	12,264	5,828	43,915	92,892	1.84
2111	5,094,739	31,258	12,383	5,884	44,335	93,860	1.84
Prima nivelada							
50 años							
Valor presente	49,368,821	236,732	119,574	72,407	430,564	859,276	1.74
100 años							
Valor presente	67,445,897	348,832	163,464	93,285	589,651	1,195,233	1.77

^{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.

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. Por otra parte, en abril de 2012 se autorizaron por la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas (CNSF) unas nuevas probabilidades de sobrevivencia de pensionados directos separadas para inválidos (en el caso del SIV) e incapacitados (en el caso del SRT). Estas probabilidades, respecto a las de invalidez autorizadas en 2009⁶⁶, implican una sobrevivencia menor para los inválidos y una sobrevivencia mayor para los incapacitados. Bajo este contexto, en el cuadro IV.3 se muestra la estimación de las sumas aseguradas obtenidas con probabilidades de CMG para incapacitados autorizadas en 2012 y probabilidades de CMG para no inválidos aprobadas en 2009.

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 1.74 por ciento del valor presente de los salarios futuros (VPSF) y para el periodo de 100 años es de 1.77 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 (1.82 por ciento de los salarios) se observa que las primeras representan alrededor de 97 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.

⁶⁶ Las probabilidades de invalidez aprobadas en 2009 se utilizaban de manera indistinta para la sobrevivencia de pensionados de invalidez e incapacidad permanente.

- ii) De las primas niveladas referidas en el párrafo anterior, corresponde a las prestaciones económicas una prima nivelada para el periodo de 50 años de 0.72 por ciento⁶⁷ del VPSF y para el periodo de 100 años, de 0.76 por ciento⁶⁸ del VPSF. Para las prestaciones en especie se requiere una prima nivelada de 0.15 por ciento⁶⁹ del VPSF para el periodo de 50 años, y de 0.14 por ciento⁷⁰ del VPSF para el periodo de 100 años. Finalmente, para cubrir el gasto administrativo la prima nivelada necesaria es de 0.87 por ciento⁷¹ del VPSF para los periodos de 50 y 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.3 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). Se calcula que en el periodo de 100 años de proyección el saldo de las cuentas individuales representará en promedio 14.4 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 1.82 por ciento de los salarios, considerando el promedio de los últimos tres años.

⁶⁷ Cuadro IV.3, columnas (b)+(c)/(a): $(236,732+119,574)/49'368,821 \times 100$.

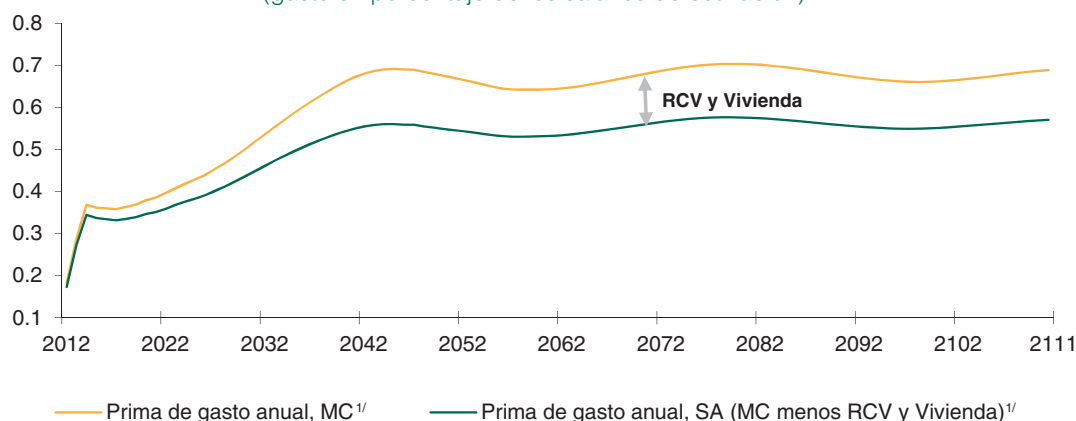
⁶⁸ Cuadro IV.3, columnas (b)+(c)/(a): $(348,832+163,464)/67'445,897 \times 100$.

⁶⁹ Cuadro IV.3, columnas (d)/(a): $72,407/49'368,821 \times 100$.

⁷⁰ Cuadro IV.3, columnas (d)/(a): $93,285/67'445,897 \times 100$.

⁷¹ Cuadro IV.3, columnas (e)/(a): 50 años: $430,564/49'368,821$ y 100 años: $589,651/67'445,897$.

Gráfica IV.3.
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)



^{1/} MC=Monto constitutivo; SA=Suma asegurada; RCV=Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; Vivienda=Subcuenta de Vivienda.
 Fuente: DF, IMSS.

IV.2.3. 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.4 se presenta el balance actuarial al 31 de diciembre de 2011, 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.2.4. 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 2011, 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.4 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, 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

Cuadro IV.4.
Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2011^{1/}
(millones de pesos de 2011)

Activo			Pasivo		
		VPSF ^{2/} (%)			VPSF ^{2/} (%)
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2011 (1) ^{3/}	8,811	0.01	Trabajadores no IMSS afiliados al SRT^{5/}		
			Pensiones definitivas (6) ^{6/}	293,766	0.44
			Pensiones provisionales (7)	27,950	0.04
			Indemnizaciones y laudos (8)	21,828	0.03
			Subsidios y ayudas para gastos de funeral (9)	134,614	0.20
			Subtotal (10)=(6)+(7)+(8)+(9)	478,158	0.71
Aportaciones futuras (2) ^{4/}	1,227,515	1.82	Trabajadores IMSS afiliados al SRT^{7/}		
			Pensiones definitivas (11) ^{6/}	27,116	0.04
			Subsidios y ayudas para gastos de funeral (12)	7,023	0.01
Subtotal (3)=(1)+(2)	1,236,327	1.83	Subtotal (13)=(11)+(12)	34,139	0.05
Nivel de desfinanciamiento (4)=(19)-(3)	-41,094	-0.06	Subtotal pensiones (14)=(6)+(7)+(11)	348,832	0.52
			Subtotal indemnizaciones y laudos (15)=(8)	21,828	0.03
			Subtotal subsidios y ayudas de gastos de funeral (16)=(9)+(12)	141,636	0.21
			Prestaciones en especie (17)	93,285	0.14
			Gasto administrativo (18)	589,651	0.87
Total (5)=(3)+(4)	1,195,233	1.77	Total (19)=(14)+(15)+(16)+(17)+(18)	1,195,233	1.77

^{1/} Los totales y los subtotales pueden no coincidir por cuestiones de redondeo.

^{2/} Valor presente de los salarios futuros.

^{3/} Reserva del SRT registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2011.

^{4/} La prima utilizada para la estimación de los ingresos por cuotas es de 1.82 por ciento de los salarios y corresponde a la prima promedio obtenida en los últimos tres años.

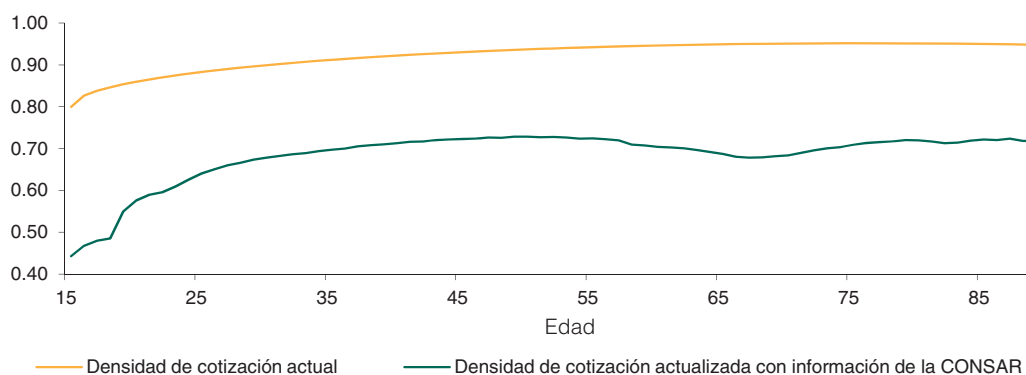
^{5/} Pasivo por las obligaciones del Instituto por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores no IMSS.

^{6/} Pasivo por sumas aseguradas.

^{7/} Pasivo por las obligaciones del Instituto en su carácter de asegurador por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores IMSS.

Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IV.4.
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 CON SAR
(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.

para los años de 1997 a 2008, que proporcionó la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR)⁷² (densidad de cotización actualizada con información de la CONSAR).

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.5, 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 (subsídios, ayudas de funeral e indemnizaciones), 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 2.58 por ciento para el periodo de 50 años y de 2.98 por ciento para el de 100 años, alcanzándose primas niveladas por concepto de pensiones de 0.49 por ciento⁷³ y de 0.53 por ciento⁷⁴ para los periodos de 50 y 100 años, respectivamente.

Asimismo, la prima de gasto, considerando el gasto total, asciende a 1.75 por ciento para el periodo de 50 años (frente a 1.74 por ciento en el escenario base) y a 1.79 por ciento para el de 100 años (frente a 1.77 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 5.71 por ciento para el periodo de 50 años y de 6.41 por ciento para el de 100 años, alcanzándose primas niveladas por concepto de pensiones de 0.51 por ciento⁷⁵ y de 0.55 por ciento⁷⁶ para los periodos de 50 y 100 años, respectivamente. En este escenario la prima de gasto total, asciende a 1.77 por ciento para el periodo de 50 años (frente a 1.74 por ciento en el escenario base) y a 1.81 por ciento para el de 100 años (frente a 1.77 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

⁷² 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.

⁷³ Cuadro IV.5, columnas (b)/(a): 242,835/49'347,859x100.

⁷⁴ Cuadro IV.5, columnas (b)/(a): 359,226/67'385,963x100.

⁷⁵ Cuadro IV.5, columnas (b)/(a): 250,238/49'368,821x100.

⁷⁶ Cuadro IV.5, columnas (b)/(a): 371,188/67'445,897x100.

Cuadro IV.5.
Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad
de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo
(millones de pesos de 2011)

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)		(g)=(f/a)*100	
Resultados a 50 años							
Esc. base							
VP del gasto	49,368,821	236,732	119,574	72,407	430,564	859,276	1.74
EA1							
VP del gasto	49,347,859	242,835	119,576	72,386	430,360	865,157	1.75
EA2							
VP del gasto	49,368,821	250,238	119,574	72,407	430,564	872,782	1.77
Resultados a 100 años ^{4/}							
Esc. base							
VP del gasto	67,445,897	348,832	163,464	93,285	589,651	1,195,233	1.77
EA1							
VP del gasto	67,385,963	359,226	163,425	93,219	589,108	1,204,979	1.79
EA2							
VP del gasto	67,445,897	371,188	163,464	93,285	589,651	1,217,589	1.81

^{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 2011, 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.

prima de ingreso promedio de 1.82 por ciento es suficiente para hacer frente a los gastos del SRT por prestaciones económicas, prestaciones en especie y gastos administrativos.

IV.3. Opciones de política

A pesar de la reducción a las probabilidades de muerte de incapacitados que aprobó el Comité del Artículo 81 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (LSAR), en abril de 2012, la valuación actuarial que se realizó al SRT contemplando dicha reducción, así como diferentes escenarios de sensibilidad, indica que ese seguro es superavitario en el largo plazo. A esta misma

conclusión llegó a fines de 2011 el despacho actuarial externo a quien el IMSS contrató para elaborar el “Estudio de la revisión de la fórmula de cálculo de la prima del Seguro de Riesgos de Trabajo”⁷⁷, a efecto de dar cumplimiento al Artículo 76 de la LSS.

No obstante lo anterior, se requerirá realizar en el segundo semestre de 2012 algunos estudios complementarios orientados a medir el impacto financiero que podrán llegar a tener sobre el SRT las tasas reales de interés técnico que se están ofertando a partir de agosto de 2009 en el mercado de rentas vitalicias, las cuales, como se puede observar en la gráfica IV.5, han quedado prácticamente desde

⁷⁷ Estudio elaborado por Hewitt Associates, S. C., en términos del Contrato de Prestación de Servicios No. P150158, suscrito el 24 de marzo de 2011.

Gráfica IV.5.
Tasas reales de interés técnico ofertadas por las compañías aseguradoras
en el mercado de rentas vitalicias
(en porciento anual)



Fuente: DF, IMSS.

entonces por debajo de la tasa de 3.5 por ciento que se aplicó de julio de 1997 a agosto de 2009 para calcular los montos constitutivos de las pensiones de la seguridad social.

Al respecto, es importante mencionar que los primeros análisis que se han hecho en este sentido indican que cada medio punto porcentual de reducción en la tasa de interés técnico repercute actualmente en un incremento de alrededor de 600 millones de pesos en el gasto de sumas aseguradas derivadas de un riesgo de trabajo, cifra que se va ampliando en el tiempo tan sólo por el efecto de la inflación y la dinámica propia del otorgamiento de las rentas vitalicias. Se estima que hacia el año 2018, el medio punto porcentual de disminución de esa tasa repercutirá en el SRT en un gasto adicional por sumas aseguradas del orden de los 1,000 millones de pesos⁷⁸.

⁷⁸ La reducción de la tasa de interés técnico también se traduce en un aumento del gasto en sumas aseguradas en el SIV, estimándose que cada medio punto porcentual de baja en dicha tasa genera un aumento de cerca de 1,500 millones de pesos, los cuales llegan a 2,300 millones de pesos en el año 2018.



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: Invalidez y 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 temporales⁷⁹, pensiones definitivas⁸⁰ (con una pensión mínima garantizada por el Gobierno Federal), asignaciones familiares, ayuda asistencial⁸¹, 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 y los resultados de la valuación actuarial de este seguro. El estado de resultados se presenta 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).

⁷⁹ 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.

⁸⁰ 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.

⁸¹ Para más detalles sobre los eventos que generan una prestación en dinero del SIV ver el Anexo D.

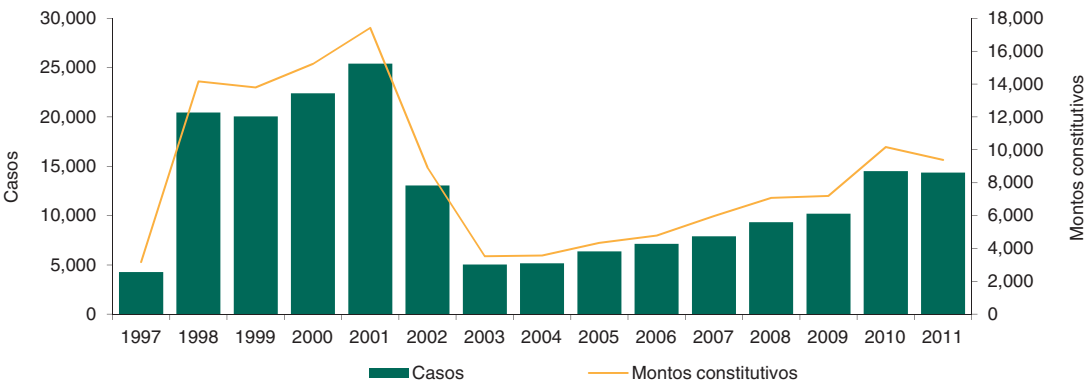
La valuación actuarial se refiere a las obligaciones que adquiere el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como asegurador, por las prestaciones en dinero que conforme a la Ley del Seguro Social (LSS) se otorgan bajo el SIV a los asegurados, a los pensionados y a sus respectivos beneficiarios, siendo éstas, como se indicó anteriormente, las pensiones temporales y definitivas, las asignaciones familiares y la ayuda asistencial. Es importante señalar que a partir de 2010 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 Seguro de Riesgos de Trabajo (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)⁸², 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 manejada por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE). Al 31 de diciembre de 2011 se tenían registradas con estatus vigente un total de 1'158,176 pensiones definitivas de invalidez, incluyendo pensiones directas y pensiones derivadas de fallecimiento de asegurados y pensionados. De estas pensiones totales, 934,390 (81.5 por ciento) fueron otorgadas bajo la LSS de 1973 y 214,786 (18.5 por ciento) bajo la LSS de 1997.

Respecto de estas últimas, cabe señalar que 41 por ciento de ellas se otorgó durante el periodo de julio de 1997 a diciembre de 2001 (gráfica V.1)⁸³. A partir de

Gráfica V.1.
Rentas vitalicias y montos constitutivos del Seguro de Invalidez y Vida, 1997-2011
(casos y millones de pesos de 2011)



Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

⁸² 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 a partir del 1º de julio de 1997.

⁸³ 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.

2002 comenzó a darse un mayor número de pensiones temporales, lo cual se tradujo en una reducción del gasto del Instituto en sumas aseguradas, con respecto al que se estaba erogando.

V.1. Estado de resultados

En el cuadro V.1 se presentan los estados de ingresos y gastos del SIV para el ejercicio 2011. Se consideran dos escenarios: con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo (CNP) del RJP⁸⁴.

Como se aprecia en el cuadro V.1, el SIV tuvo un excedente de operación de 64,168 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 2011 el SIV alcanzó ingresos por 39,807 millones de pesos y gastos totales por menos 20,565 millones de pesos. Eso dio como resultado un excedente de 60,371 millones de pesos. El hecho de que se visualice un total de gastos negativo bajo los dos

Cuadro V.1.
Estado de ingresos y gastos del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2011
(millones de pesos)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro pleno
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales y Aportaciones del Gobierno Federal	34,638	34,638
Productos de inversiones y otros ingresos	5,169	5,169
Total de ingresos	39,807	39,807
Gastos		
Servicios de personal (nómina a trabajadores IMSS) ^{1/}	725	721
Beneficios a los empleados (pagos a pensionados y jubilados IMSS)	243	247
Costo de beneficios a los empleados (RJP)	-	3,797
Prestaciones económicas	7,772	7,772
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	14	14
Mantenimiento	3	3
Servicios generales y subrogación de servicios	354	354
Intereses financieros y actuariales	28	28
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	56	56
Castigos por incobrabilidad	382	382
Depreciaciones	950	950
Reversión de cuotas obrero-patronales	-	-
Traslado de la depreciación	-526	-526
Reservas financieras y actuariales	-34,362	-34,362
Total de gasto	-24,361	-20,564
Excedente neto de ingresos sobre gastos	64,168	60,371

^{1/} Bajo el escenario de registro pleno del CNP en "servicios de personal" no se consideran 4 millones de pesos, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al RJP, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de "beneficios a los empleados".

Fuente: Con registro parcial del CNP: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010; con registro pleno del CNP: DF, IMSS a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 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 2011 y Proyecciones para 2012.

⁸⁴ El CNP (con cargo a resultados del ejercicio 2011) 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.

escenarios, con registro parcial y con registro pleno del CNP, deviene del cumplimiento del acuerdo ACDO. AS3.HCT.280911/263.R.D.F, en el que se aprobó la transferencia de los recursos excedentes de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) del SRT y SIV a la RFA del SEM.

Cabe señalar que el SIV ha mostrado excedentes de operación durante todos los años del periodo 2006-2011, como se presenta en la gráfica V.2.

Gráfica V.2.
Estado de resultados del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2011
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

V.2. 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 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 salarios⁸⁵.

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 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 2011 se encontraba vigente en el IMSS y expuesto a las contingencias cubiertas por el SIV fue de 15'039,772. 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).

⁸⁵ La estimación del gasto administrativo, sin considerar el RJP, corresponde en promedio a 0.20 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 2.84 por ciento del flujo anual de pensiones complementarias que se obtiene en la valuación actuarial del RJP al 31 de diciembre de 2011 que realiza el Instituto.

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.2.1. Proyecciones demográficas

Los resultados de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del SIV se resumen en el cuadro V.2, en el que se muestra: i) el comportamiento que conforme a las hipótesis utilizadas podría tener en el periodo 2012-2111 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 1.75 en 2011 a 4.48 en 2111.

V.2.2. Proyecciones financieras

En el cuadro V.3 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 2011⁸⁶.

⁸⁶ Lockton Consultores Actuariales, Agentes de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., de acuerdo con el contrato de prestación de servicios No. P250008 celebrado con el IMSS, en los términos de la licitación pública nacional No. LA-019GYR019-N136-2011.

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.

Como se mencionó en el capítulo anterior, para la estimación de las sumas aseguradas se utilizan las probabilidades de CMG para no inválidos aprobadas en 2009, así como las probabilidades de CMG para inválidos aprobadas en abril de 2012. Las probabilidades aprobadas en abril de 2012 implican, con respecto a las que se venían aplicando desde 2009, una sobrevivencia ligeramente menor para los inválidos.

Del cuadro V.3 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 1.36 por ciento del valor presente de los salarios futuros (VPSF) y para el periodo de 100 años dicha prima es de 1.47 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 54 y 59 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 el gasto administrativo.

Cuadro V.2.
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
2012	15,308,328	15,345	11,465	26,810	1.75
2013	15,579,775	16,368	12,001	28,369	1.82
2014	15,850,497	17,398	12,591	29,989	1.89
2015	16,118,192	18,513	13,125	31,638	1.96
2020	17,241,932	24,618	18,003	42,620	2.47
2025	18,088,521	31,156	23,712	54,868	3.03
2030	18,713,008	37,506	29,363	66,869	3.57
2035	19,098,189	43,500	34,399	77,899	4.08
2040	19,275,078	48,305	38,424	86,729	4.50
2045	19,300,671	48,872	37,988	86,860	4.50
2050	19,318,334	47,864	35,182	83,045	4.30
2055	19,336,014	47,387	33,303	80,689	4.17
2060	19,353,710	48,365	33,878	82,243	4.25
2065	19,371,422	49,360	35,432	84,792	4.38
2070	19,389,150	50,017	37,070	87,087	4.49
2075	19,406,894	50,104	37,998	88,102	4.54
2080	19,424,655	49,725	38,031	87,755	4.52
2085	19,442,431	49,260	37,239	86,500	4.45
2090	19,460,224	48,688	35,617	84,305	4.33
2095	19,478,034	48,484	34,474	82,958	4.26
2100	19,495,860	48,974	34,913	83,887	4.30
2105	19,513,701	49,632	36,119	85,751	4.39
2110	19,531,560	50,080	37,273	87,353	4.47
2111	19,535,133	50,124	37,439	87,563	4.48

^{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 b), cuyo valor presente del gasto futuro con respecto al VPSF es 1.10 por ciento⁸⁷ para el periodo de 50 años y 1.20 por ciento⁸⁸ 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.3 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

⁸⁷ Cuadro V.3, columnas (b)/(a): 546,905/49'834,630 x 100.

⁸⁸ Cuadro V.3, columnas (b)/(a): 816,652/68'082,427 x 100.

Cuadro V.3.
Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial
del Seguro de Invalidez y Vida
(millones de pesos de 2011)

Año de proyección	Volumen de salarios (a)	Gasto		Total (d)=(b)+(c)	Prima de gasto anual (%) (e)=(d/a)*100
		Sumas aseguradas ^{1/} (b)	Gasto administrativo ^{2/} (c)		
2012	1,436,487	7,981	1,477	9,458	0.66
2013	1,485,743	9,990	1,532	11,521	0.78
2014	1,536,677	10,130	1,608	11,738	0.76
2015	1,587,199	10,652	1,930	12,582	0.79
2020	1,824,515	14,246	3,849	18,095	0.99
2025	2,028,893	18,859	5,173	24,032	1.18
2030	2,208,131	24,561	6,587	31,149	1.41
2035	2,356,590	30,949	7,479	38,428	1.63
2040	2,493,081	36,434	8,065	44,499	1.78
2045	2,606,228	38,392	8,741	47,132	1.81
2050	2,728,141	38,561	9,275	47,836	1.75
2055	2,885,945	38,767	9,261	48,028	1.66
2060	3,062,952	41,126	9,306	50,432	1.65
2065	3,238,153	44,622	9,404	54,026	1.67
2070	3,403,802	48,537	9,558	58,095	1.71
2075	3,564,636	52,000	9,796	61,796	1.73
2080	3,731,285	54,580	10,147	64,727	1.73
2085	3,910,241	56,335	10,597	66,932	1.71
2090	4,106,768	57,596	11,122	68,718	1.67
2095	4,334,467	59,681	11,738	71,419	1.65
2100	4,590,830	63,677	12,432	76,110	1.66
2105	4,846,448	68,835	13,124	81,960	1.69
2110	5,094,043	74,086	13,795	87,881	1.73
2111	5,142,766	75,052	13,927	88,979	1.73
Prima nivelada					
50 años					
Valor presente	49,834,630	546,905	131,204	678,110	1.36
100 años					
Valor presente	68,082,427	816,652	181,607	998,259	1.47

^{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.

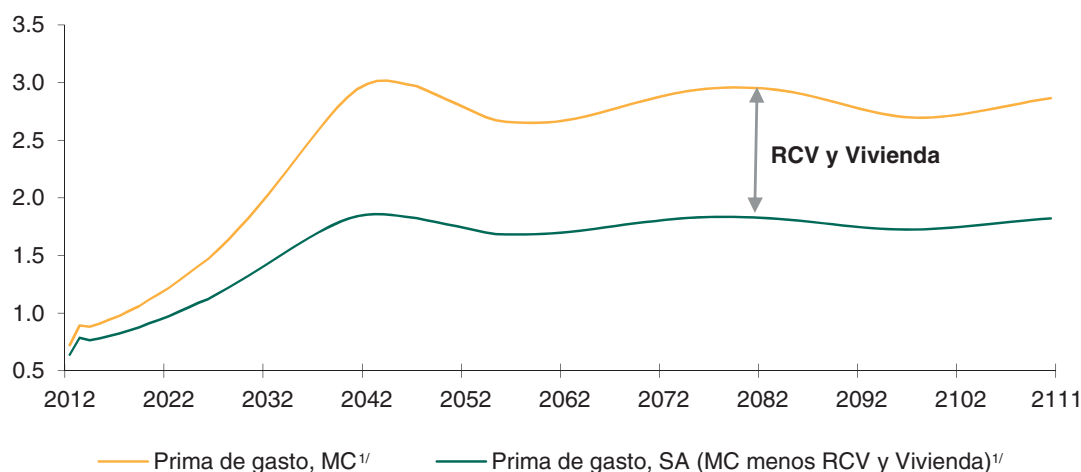
^{2/} Incluye la erogación por gastos administrativos y la proporción del RJP correspondiente al SIV.

Fuente: DF, IMSS.

de gasto de las sumas aseguradas). Se calcula que en el periodo de 100 años de proyección el saldo de las cuentas individuales representará en promedio 33 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.

Gráfica V.3.
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)



^{1/} MC=Monto constitutivo; SA=Suma asegurada; RCV=Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; Vivienda=Subcuenta de Vivienda.
 Fuente: DF, IMSS.

V.2.3. 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.4 muestra el balance actuarial al 31 de diciembre de 2011, 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.2.4. 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 2011, 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.5, 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 8.7 por ciento a 50 años y en 10.7 por ciento a 100 años, esto es, la prima para el periodo de 50 años es de 1.19 por

Cuadro V.4.
Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2011^{1/}
(millones de pesos de 2011)

Activo			Pasivo		
		VPSF ^{2/} (%)			VPSF ^{2/} (%)
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2011 (1) ^{3/}	9,307	0.01	Trabajadores no IMSS afiliados al SIV^{5/}		
			Pensiones definitivas (7) ^{6/}	947,894	1.39
			Pensiones temporales (8)	68,065	0.10
			Subtotal (9)=(7)+(8)	1,015,960	1.49
Aportaciones futuras (2)	1,702,061	2.50			
Ingresos del Gobierno Federal por otorgamiento de PG(3) ^{4/}	253,984	0.39	Trabajadores IMSS afiliados al SIV^{7/}		
			Pensiones definitivas (10) ^{6/}	54,677	0.08
			Subtotal (11)	54,677	0.08
Subtotal (4)=(1)+(2)+(3)	1,965,352	2.91			
			Subtotal pensiones (12)=(9)+(11)	1,070,636	1.57
Nivel de desfinanciamiento (5)=(14)-(4)	-713,109	-1.07	Gasto administrativo (13)	181,607	0.27
Total (6)=(4)+(5)	1,252,243	1.84	Total (14)=(12)+(13)	1,252,243	1.84

^{1/} Los totales y los subtotales pueden no coincidir por cuestiones de redondeo.

^{2/} Valor presente de los salarios futuros.

^{3/} Reserva del SIV registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2011.

^{4/} PG: Pensiones Garantizadas. Pasivo por las obligaciones del Instituto por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores no IMSS.

^{5/} Pasivo por las obligaciones del Instituto por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores no IMSS.

^{6/} Corresponde al pasivo por sumas aseguradas.

^{7/} Pasivo por las obligaciones del Instituto en su carácter de asegurador por el otorgamiento de prestaciones económicas a los trabajadores IMSS.

Fuente: DF, IMSS.

ciento⁸⁹, y de 1.33 por ciento⁹⁰ 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 1.46 por ciento (frente a 1.36 por ciento en el escenario base) y en el periodo a 100 años alcanza 1.60 por ciento (frente a 1.47 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 19.8 por ciento a 50 años y de 22.7 por ciento a 100 años, lo que se traduce en

una prima nivelada para el periodo de 50 años de 1.32 por ciento⁹¹ y de 1.47 por ciento⁹² para el periodo de 100 años. Alcanzándose una prima nivelada total a 50 años de 1.58 por ciento (frente a 1.36 por ciento en el escenario base) y a 100 años de 1.74 por ciento (frente a 1.47 por ciento en el escenario base) (columna e).

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.

⁸⁹ Cuadro V.5, columnas (b)/(a): 594,574/49'813,718x100.

⁹⁰ Cuadro V.5, columnas (b)/(a): 903,882/68'022,455x100.

⁹¹ Cuadro V.5, columnas (b)/(a): 655,371/49'834,630x100.

⁹² Cuadro V.5, columnas (b)/(a): 1'001,830/68'082,427x100.

Cuadro V.5.
Resultados de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial
del Seguro de Invalidez y Vida
(millones de pesos de 2011)

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	49,834,630	546,905	131,204	678,110	1.36
EA1					
VP del gasto	49,813,718	594,574	131,137	725,710	1.46
EA2					
VP del gasto	49,834,630	655,371	131,204	786,575	1.58
Resultados a 100 años^{4/}					
Esc. base					
VP del gasto	68,082,427	816,652	181,607	998,259	1.47
EA1					
VP del gasto	68,022,455	903,882	181,433	1,085,316	1.60
EA2					
VP del gasto	68,082,427	1,001,830	181,607	1,183,437	1.74

^{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 2011, 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.

V.3. Opciones de política

Los resultados de la valuación actuarial del SIV al 31 de diciembre de 2011 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 1.36 del VPSF y para los escenarios de sensibilidad EA1 y EA2 es de 1.46 y 1.58 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 SEM, el cual, como se verá en el Capítulo VI, presenta una crítica situación financiera. 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, 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.6.

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.7.

Cuadro V.6.
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 base 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	-
Trabajador	1.0000	1.0000	-
Gobierno Federal	0.2000	0.2000	-
Total	4.0000	4.0000	-

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro V.7.
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 2012)

Descripción de la medida	Flujo anual promedio derivado de la medida 2013-2017	Beneficios de la medida, en valor presente	% PIB 2012 ^{2/}	2013-2050 ^{1/}			
				Valor presente del déficit global			
				Sin la medida	% PIB 2012 ^{2/}	Con la medida	% PIB 2012 ^{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/}	-	-	-	1,741,227	11.5	1,741,227	11.5

^{1/} Se asume que los cambios legislativos requeridos para la implementación de las propuestas se efectuarían durante 2012, mientras que las políticas aplicarían a partir de 2013.

^{2/} Corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica 2012 (15'164,900 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 a GMP del SEM.

^{4/} Si bien el efecto global es nulo, para el ramo de GMP representa un flujo promedio anual de 11,674 millones de pesos y un valor presente de 307,440 millones de pesos, que equivalen a 2 por ciento del PIB.

Fuente: DF, IMSS.

Seguro de Enfermedades y Maternidad



Capítulo

VI

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 familiares⁹³. 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 trabajo⁹⁴. 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])⁹⁵. 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 2011, a través del estado de resultados; asimismo, se presenta la perspectiva de dicha situación en el largo plazo, y se muestran y comentan los resultados de la valuación actuarial correspondiente a la cobertura de GMP. Las proyecciones financieras de largo plazo (2012-2050) se obtienen del modelo que ha diseñado el

⁹³ Ley del Seguro Social (LSS), Artículo 84.

⁹⁴ Para más detalles sobre las prestaciones del SEM ver el Anexo A.

⁹⁵ LSS, Artículo 25.

IMSS para el efecto: el Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA), mismo que se detalla 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 valorar 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 2011. 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 94,236 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 673,881 millones de pesos con el efecto del reconocimiento pleno de estas obligaciones. Bajo ese segundo escenario, los ingresos de 2011 del SEM fueron de

187,679 millones de pesos y los gastos de 861,560 millones de pesos, los cuales corresponden a 459.1 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 2006-2011, como se presenta en la gráfica VI.1.

VI.2. 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 2012-2050 y 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) cuotas obrero-patronales (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.2, 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 2012 por dos razones: i) porque las cifras de ingresos y gastos de ese ejercicio ya están

Cuadro VI.1.

Estado de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2011, 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	166,478	166,478
Productos de inversiones y otros ingresos	21,201	21,201
Total de ingresos	187,679	187,679
Gastos		
Servicios de personal (nómina a trabajadores IMSS)	111,707	107,852
Beneficios a los empleados (pagos a pensionados y jubilados IMSS)	37,109	40,964
Costo de beneficios a los empleados (RJP)	3,130	582,775
Prestaciones en dinero	8,524	8,524
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	36,024	36,024
Mantenimiento	2,846	2,846
Servicios generales y subrogación de servicios	11,187	11,187
Intereses financieros y actuariales	355	355
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	-	-
Castigos por incobrabilidad	5,414	5,414
Depreciaciones	2,908	2,908
Reversión de cuotas obrero-patronales	918	918
Traslado de la depreciación	-207	-207
Reservas financieras y actuariales	62,000	62,000
Total de gastos	281,915	861,560
Excedente neto de ingresos sobre gastos	-94,236	-673,881

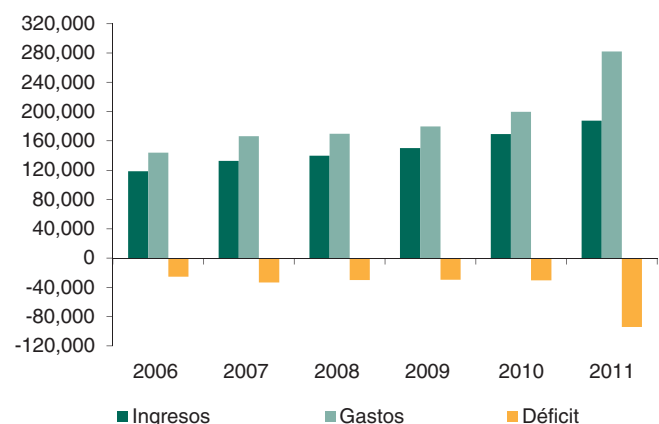
^{1/} Bajo el escenario de registro pleno del CNP en "servicios de personal" no se consideran 3,855 millones de pesos, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al RJP, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de "beneficios a los empleados".

Fuente: Con registro parcial del CNP: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010; con registro pleno del CNP: Dirección de Finanzas (DF), IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010, 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 2011 y Resultados para 2012.

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 2012 constituye el punto de partida de las proyecciones de corto y largo plazos.

En el cuadro VI.2 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

Gráfica VI.1.
Estado de resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2006-2011
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

también se realiza un análisis orientado a determinar el nivel que debería tener en los próximos años el SBC para poder cubrir 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 financiero⁹⁶; 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.

En las secciones VI.2.1, VI.2.2 y VI.2.3 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.2.

⁹⁶ 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.

VI.2.1. 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. De acuerdo con el presupuesto de operación del 2012, se espera que los ingresos por COP y AGF en este año asciendan a 171,653 millones de pesos en 2012, los cuales representan 75.1 por ciento de los gastos presupuestados para el ejercicio.

Las cifras anteriores se muestran en el cuadro VI.3, 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 58.4 por ciento de los gastos.

Del cuadro VI.3 también se desprende que la PC actual del SEM-Total equivale a 12 por ciento del SBC; sin embargo, esta prima disminuirá en el periodo proyectado, de manera que en el año 2030 se ubicará en 11.4 por ciento y en el 2050 descenderá a 10.8 por ciento. Este efecto decreciente se debe a la composición de los ingresos por cuotas correspondientes 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 15.6 y 18.5 por ciento del SBC, valores que

Cuadro VI.2.
Bases de cálculo utilizadas en la estimación de la perspectiva financiera del
Seguro de Enfermedades y Maternidad
 (porcentajes)

Concepto	2013	2014	2015	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos											
Cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal											
Crecimiento de asegurados trabajadores permanentes	1.77	1.74	1.69	1.58	1.18	0.83	0.56	0.31	0.10	0.02	0.02
Inflación diciembre-diciembre	3.60	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	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Otros ingresos											
Crecimiento de asegurados trabajadores permanentes	1.77	1.74	1.69	1.58	1.18	0.83	0.56	0.31	0.10	0.02	0.02
Inflación diciembre-diciembre	3.60	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)	5.40	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	10,061	11,418	14,370	16,277	14,908	8,893	9,178	3,042	717	63	7
Tasa de crecimiento de nuevas plazas de trabajadores del IMSS	1.08	1.71	2.15	2.61	0.46	0.33	0.22	0.12	0.04	0.01	0.01
Inflación de la nómina (octubre-octubre)	3.60	3.60	3.60	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	1.77	1.74	1.69	1.58	1.18	0.83	0.56	0.31	0.10	0.02	0.02
Inflación diciembre-diciembre	3.60	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	1.00	1.00									
Inflación diciembre-diciembre	3.60	3.60									
Prestaciones económicas, sin RJP, largo plazo^{2/}											
				Resultados de las valuaciones actuariales, 2015-2050							
RJP				Resultados de las valuaciones actuariales, 2015-2050							

^{1/} Incluye el gasto en guarderías y en conservación.

^{2/} Incluye subsidios y ayudas.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VI.3.
Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 de ingresos, gastos y déficit
del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Total
(millones de pesos de 2012)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos												
Cuotas obrero-patronales	116,416	119,812	123,055	126,344	129,605	198,731	156,091	169,527	181,724	192,707	202,798	213,339
Aportaciones del Gobierno Federal	55,237	56,307	57,323	58,330	59,293	71,140	65,899	68,403	70,044	70,929	71,261	71,565
Otros ^{1/}	1,674	1,309	1,316	1,336	1,212	3,073	1,707	2,022	2,372	2,792	3,273	3,835
Ingresos totales	173,327	177,428	181,694	186,011	190,111	272,944	223,698	239,952	254,139	266,428	277,332	288,738
Gastos												
Corriente ^{2/}	169,409	175,379	180,881	186,963	193,557	357,240	244,907	274,872	305,925	337,364	371,217	409,425
Prestaciones económicas ^{3/}	50,176	52,766	54,768	57,099	59,858	90,183	83,818	92,431	97,663	94,507	86,424	74,719
Inversión física	9,075	2,960	3,011	3,062	3,110	3,665	3,436	3,555	3,628	3,662	3,666	3,670
Otros ^{4/}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	228,660	231,105	238,659	247,124	256,526	451,089	332,161	370,858	407,216	435,532	461,308	487,814
Resultado financiero	-55,333	-53,677	-56,965	-61,113	-66,415	-178,145	-108,463	-130,906	-153,077	-169,104	-183,976	-199,076
Primas (en % del SBC)^{5/}												
De contribución (PC)	12.0	11.9	11.9	11.9	11.8	11.0	11.5	11.4	11.2	11.1	11.0	10.8
De reparto (PR)	15.9	15.6	15.7	15.9	16.1	18.4	17.3	17.7	18.2	18.3	18.4	18.5
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	5.4	5.5	5.5	6.3	5.8	5.9	6.1	6.2	6.4	6.5
Salario base de cotización diario												
De contribución	284.2	287.4	290.1	292.9	295.8	384.9	322.5	338.6	355.6	373.6	392.7	412.7
De contribución en veces el SMGVDF	4.6	4.6	4.6	4.6	4.7	5.3	4.8	5.0	5.1	5.2	5.3	5.5
De equilibrio	378.6	377.1	383.9	392.0	401.7	643.4	482.5	527.7	575.2	617.2	661.0	706.6
De equilibrio en veces el SMGVDF	6.1	6.0	6.1	6.2	6.3	8.8	7.3	7.7	8.2	8.6	9.0	9.4
Diferencia en veces el SMGVDF	1.5	1.4	1.5	1.6	1.7	3.6	2.4	2.8	3.1	3.4	3.7	3.9

^{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.

Fuente: DF, IMSS.

se estima alcanzará en 2013 y 2050, respectivamente, o bien, que se mantuviera en un promedio de 17.3 por ciento en todo ese periodo.

El análisis anterior, visto desde el ángulo del salario, indica que de mantenerse el esquema de contribución actual del SEM durante los 39 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 378.6 pesos diarios en 2012 y aumentara hasta 706.6 pesos en

2050 (con un promedio en el periodo de 542.5 pesos). Estas cantidades equivalen a 6.1 y 9.4 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF) y contrastan con el SBC estimado para 2012, que es de 284.2 pesos, equivalente a 4.6 veces el SMGVDF, así como con el estimado para el año 2050, que es de 412.7 pesos, equivalente a 5.5 veces el SMGVDF. De acuerdo con esas estimaciones, la diferencia entre el SBC y el SBC-E que inicia en 1.5 veces el SMGVDF en 2012, aumentaría a 2.8 veces en 2030 y alcanzaría un valor máximo de 3.9 veces en 2050.

VI.2.2. Asegurados

De acuerdo con el presupuesto de operación, en el presente año 2012 se espera que el SEM-A capte alrededor de 150.4 mil millones de pesos por COP y AGF, lo cual representará 99 por ciento de los ingresos totales de esta cobertura. Por su parte, los gastos de esta cobertura se estiman para este año en 179 mil millones de pesos, de manera que se espera un déficit financiero de casi 27 mil millones de pesos, como se muestra en el cuadro VI.4.

Por otro lado, la PC estimada de esta cobertura en 2012 es de 10.5 por ciento respecto al SBC⁹⁷; sin embargo, se espera que ésta disminuya paulatinamente durante el periodo de proyección hasta alcanzar un nivel de 9.4 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 SMGVDF de 0.5 por ciento en promedio, y ii) crecimiento real del SBC de 1 por ciento.

Para todo el periodo de proyección, la PMN requerida es de 11.5 por ciento respecto al SBC, mientras que la PR se estima entre 12.4 y 10.3 por ciento respecto al SBC.

⁹⁷ 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; 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.

Por su parte, el SBC-E se estima en 337.6 pesos diarios en 2012, equivalentes a 5.4 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 brecha entre el SBC y el SBC-E se amplía en el periodo 2010-2030 y posteriormente va disminuyendo, de manera que al final del periodo se estima en 0.6 veces el SMGVDF.

VI.2.3. Gastos Médicos de Pensionados

En términos relativos, el déficit que observa la cobertura de GMP es uno de los más altos, ya que de acuerdo con cifras del presupuesto de operación en 2012 representaría 134.2 por ciento de los ingresos por COP y AGF de la cobertura y, de acuerdo con las proyecciones realizadas, podría llegar a representar 462.3 por ciento en el 2050, como se observa en el cuadro VI.5.

Por su parte, 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 25.8 por ciento de la PMN del periodo analizado, misma que se calcula en 5.8 por ciento del SBC⁹⁸. Asimismo, se observa que el nivel máximo de la PR se alcanzará en el último quinquenio proyectado, lapso en el que se ubicará en 8.2 por ciento del SBC.

⁹⁸ 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.4.
Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 de ingresos, gastos y déficit del
Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados
(millones de pesos de 2012)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos												
Cuotas obrero-patronales	96,261	99,068	101,750	104,470	107,166	117,245	129,066	140,176	150,261	159,343	167,687	176,403
Aportaciones del Gobierno Federal	54,119	55,168	56,164	57,151	58,094	61,339	64,566	67,019	68,627	69,494	69,819	70,117
Otros ^{1/}	1,495	1,169	1,175	1,193	1,083	1,268	1,525	1,805	2,118	2,493	2,923	3,424
Ingresos totales	151,875	155,405	159,089	162,813	166,343	179,853	195,157	209,001	221,006	231,330	240,429	249,944
Gastos												
Corriente ^{2/}	129,304	133,875	138,087	141,376	144,770	154,792	164,114	175,129	181,403	190,296	204,538	221,245
Prestaciones económicas ^{3/}	40,271	42,311	43,897	45,137	46,850	54,783	59,455	62,823	62,642	58,683	53,446	46,650
Inversión física	9,075	2,960	3,011	3,062	3,110	3,275	3,436	3,555	3,628	3,662	3,666	3,670
Otros ^{4/}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	178,650	179,145	184,995	189,574	194,730	212,850	227,005	241,507	247,673	252,641	261,650	271,565
Resultado financiero	-26,775	-23,740	-25,907	-26,761	-28,387	-32,997	-31,848	-32,506	-26,667	-21,310	-21,221	-21,621
Primas (en % del SBC)^{5/}												
De contribución (PC)	10.5	10.4	10.4	10.4	10.3	10.2	10.1	9.9	9.8	9.6	9.5	9.4
De reparto (PR)	12.4	12.1	12.2	12.2	12.2	12.2	11.8	11.6	11.1	10.6	10.5	10.3
Media nivelada (PMN)	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5	11.5
Diferencia (PMN-PC)	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.3	1.4	1.6	1.7	1.9	2.0	2.1
Salario base de cotización diario												
De contribución	284.2	287.4	290.1	292.9	295.8	307.3	322.5	338.6	355.6	373.6	392.7	412.7
De contribución en veces el SMGVDF	4.6	4.6	4.6	4.6	4.7	4.7	4.8	5.0	5.1	5.2	5.3	5.5
De equilibrio	337.6	333.8	339.9	343.6	348.6	366.3	378.1	394.6	402.4	412.5	432.6	454.6
De equilibrio en veces el SMGVDF	5.4	5.3	5.4	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.8	5.8	5.9	6.0
Diferencia en veces el SMGVDF	0.9	0.7	0.8	0.8	0.8	0.9	0.8	0.8	0.7	0.5	0.5	0.6

^{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.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VI.5.
Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 de ingresos, gastos y déficit de la cobertura
de Gastos Médicos de Pensionados
(millones de pesos de 2012)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos												
Cuotas obrero-patronales	20,156	20,743	21,305	21,874	22,439	24,549	27,025	29,351	31,463	33,364	35,111	36,936
Aportaciones del Gobierno Federal	1,117	1,139	1,160	1,180	1,199	1,266	1,333	1,384	1,417	1,435	1,441	1,448
Otros ^{1/}	179	140	141	143	130	152	183	217	254	299	351	411
Ingresos totales	21,452	22,023	22,605	23,197	23,768	25,968	28,540	30,951	33,133	35,098	36,903	38,794
Gastos												
Corriente ^{2/}	40,105	41,504	42,794	45,587	48,788	61,689	80,793	99,743	124,522	147,068	166,679	188,180
Prestaciones económicas ^{3/}	9,905	10,455	10,870	11,962	13,009	18,230	24,363	29,608	35,021	35,824	32,979	28,069
Inversión física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros ^{4/}	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	50,010	51,960	53,664	57,549	61,796	79,919	105,156	129,351	159,543	182,892	199,658	216,249
Resultado financiero	-28,558	-29,937	-31,059	-34,352	-38,028	-53,952	-76,616	-98,400	-126,409	-147,794	-162,754	-177,455
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)	3.5	3.5	3.5	3.7	3.9	4.6	5.5	6.2	7.1	7.7	8.0	8.2
Media nivelada (PMN)	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8
Diferencia (PMN-PC)	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3
Salario base de cotización diario												
De contribución	284.2	287.4	290.1	292.9	295.8	307.3	322.5	338.6	355.6	373.6	392.7	412.7
De contribución en veces el SMGVDF	4.6	4.6	4.6	4.6	4.7	4.7	4.8	5.0	5.1	5.2	5.3	5.5
De equilibrio	668.1	682.4	693.1	731.3	773.3	951.4	1,195.9	1,424.9	1,725.5	1,963.7	2,144.9	2,325.1
De equilibrio en veces el SMGVDF	10.7	10.9	11.0	11.6	12.2	14.7	18.0	20.9	24.7	27.4	29.2	30.9
Diferencia en veces el SMGVDF	6.2	6.3	6.4	6.9	7.5	9.9	13.1	15.9	19.6	22.2	23.8	25.4

^{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.

Fuente: DF, IMSS.

VI.2.4. Resumen

En el cuadro VI.6 se muestra el déficit financiero que se estima se podría registrar en los próximos 39 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 199,076 millones de pesos. En valor presente dicho déficit ascendería a 2.5 billones de pesos en el periodo de proyección 2012-2050.

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.7.

Cuadro VI.6.
Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 del déficit financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de sus coberturas
(millones de pesos de 2012)

Año	SEM-Asegurados	GMP	SEM-Total
2012	26,775	28,558	55,333
2013	23,740	29,937	53,677
2014	25,907	31,059	56,965
2015	26,761	34,352	61,113
2020	32,997	53,952	86,949
2025	31,848	76,616	108,463
2030	32,506	98,400	130,906
2035	26,667	126,409	153,077
2040	21,310	147,794	169,104
2045	21,221	162,754	183,976
2050	21,621	177,455	199,076
Promedio anual 2012-2050	26,793	104,286	131,079
Valor presente^{1/}			
10 años	247,364	345,607	592,971
20 años	442,014	847,029	1,289,043
30 años	552,311	1,413,916	1,966,227
39 años	609,634	1,879,164	2,488,797

^{1/} Calculado con una tasa de descuento de 3.5 por ciento real.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VI.7.
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 (%)	Salario base 2012		Incremento necesario en el SBC (%)
	De contribución 2012 (PC)	Media nivelada (PMN)		De cotización (SBC)	De equilibrio (SE)	
	(a)	(b)		(d)	(e)	
SEM-Total	12.0	17.3	44.77	284.2	378.6	33.21
SEM-Asegurados	10.5	11.5	9.60	284.2	337.6	18.80
GMP	1.5	5.8	291.62	284.2	668.1	135.09

Fuente: DF, IMSS.

VI.3. Resultados de la valuación actuarial de Gastos Médicos de Pensionados

La valuación actuarial de la cobertura de GMP tiene por objeto determinar si los ingresos por cuotas que se estima que recibirá esa cobertura en el futuro inmediato y mediano 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 2011, 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) como 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, así como de los pensionados IMSS y de los 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 2011, 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)⁹⁹, que se encuentran en curso de pago bajo la Ley de 1973, y que representan 83 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 Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) que se aborda en el Capítulo X.

Para elaborar la proyección demográfica de la valuación actuarial de GMP se emplean las mismas variables que se utilizan en las valuaciones actuariales del SRT y del SIV: i) crecimiento promedio anual de asegurados; ii) bases biométricas dinámicas 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 de GMP se realiza por sexo y se separa para los trabajadores IMSS y los trabajadores no IMSS, con el propósito de mejorar la estimación del gasto e identificar el nivel de las obligaciones que tiene el Instituto en su carácter de asegurador hacia los trabajadores IMSS¹⁰⁰.

A su vez, para elaborar las proyecciones financieras de GMP se utilizan dos variables principales: i) los costos médicos por pensionado a la fecha de valuación, desplegados por edad y sexo, y ii) una tasa de crecimiento real anual de dichos costos unitarios de 2.5 por ciento, la cual es la tasa recomendada por el despacho externo que audita la valuación financiera y actuarial del IMSS¹⁰¹.

Respecto a los costos médicos por pensionado, es importante mencionar que para elaborar la valuación actuarial de GMP se han venido aplicando desde hace varios años los costos que establecen las aseguradoras privadas para sus coberturas de atención médica integral. Sin embargo, durante el ejercicio 2011, la

⁹⁹ 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.

¹⁰⁰ El Anexo E incluye más detalles sobre los supuestos de la valuación actuarial de la cobertura de GMP.

¹⁰¹ Más adelante se presenta un análisis de sensibilidad de la tasa de crecimiento real anual del costo unitario de la atención médica por pensionado.

Dirección de Finanzas del IMSS realizó un estudio de gran alcance para determinar, con base en la información propia del Instituto, los costos unitarios médicos con los que opera la institución en cada nivel de atención, de acuerdo con la edad y el sexo de la población derechohabiente adscrita a la unidad¹⁰². Con los costos resultantes de ese estudio se procedió a elaborar una valuación actuarial de la cobertura de GMP al 31 de diciembre de 2011, cuyos resultados se comparan con los de la valuación actuarial elaborada aplicando los costos unitarios de las aseguradoras privadas. Los resultados de ambas valuaciones se muestran en el presente Informe.

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 inclusive en la morbilidad, que pueden afectar de manera importante cualquier proyección. A pesar de lo anterior, se considera necesario hacer la valuación de esta cobertura por el riesgo que ella representa para el Instituto (aun asumiendo supuestos optimistas sobre la evolución de los gastos médicos), pero sin perder de vista que debido a los problemas metodológicos que tiene la proyección de los gastos médicos, los resultados de las dos valuaciones actuariales que se presentan en este apartado deben tomarse sólo como indicativos de la problemática actual y futura de GMP.

VI.3.1. Proyecciones demográficas

En el cuadro VI.8 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 dar una idea del número de asegurados que está financiando el gasto médico de cada pensionado (columna c)¹⁰³.

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 al conjugarse con el proceso de envejecimiento poblacional y con el aumento 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 4.7; para el año 2030 se estima que dicha relación será de 2.7 a 1, y hacia el 2060 se llegará a una relación de 1 a 1. De ahí en adelante se mantiene una relación de 0.9 asegurados por cada pensionado.

Otro aspecto que sobresale 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 0.3 por ciento.

VI.3.2. Proyecciones financieras

En el cuadro VI.9 se muestran y comparan los principales resultados financieros de la valuación actuarial de GMP que resultan de aplicar los costos unitarios (CU) que utilizan las aseguradoras privadas

¹⁰² En el Anexo E se describe la metodología con la que se determinan los costos unitarios médicos del IMSS.

¹⁰³ 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 por cada pensionado se toma como base la población de asegurados del SIV.

Cuadro VI.8.
Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial
de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, al 31 de diciembre de 2011

Año de proyección	No. de asegurados del SIV	No. de pensionados vigentes al final de cada año de proyección	Relación de número de asegurados por pensionado
	(a)	(b)	(c)=(a)/(b)
2012	15,308,328	3,279,309	4.7
2013	15,579,775	3,465,213	4.5
2014	15,850,497	3,639,134	4.4
2015	16,118,192	3,812,778	4.2
2020	17,241,932	4,670,558	3.7
2025	18,088,521	5,685,831	3.2
2030	18,713,008	7,014,348	2.7
2035	19,098,189	8,802,522	2.2
2040	19,275,078	10,919,760	1.8
2045	19,300,671	13,525,440	1.4
2050	19,318,334	16,176,888	1.2
2055	19,336,014	18,247,654	1.1
2060	19,353,710	19,562,965	1.0
2065	19,371,422	20,441,989	0.9
2070	19,389,150	21,092,325	0.9
2075	19,406,894	21,609,484	0.9
2080	19,424,655	21,977,886	0.9
2085	19,442,431	22,161,482	0.9
2090	19,460,224	22,268,206	0.9
2095	19,478,034	22,329,549	0.9
2100	19,495,860	22,318,065	0.9
2105	19,513,701	22,337,008	0.9
2110	19,531,560	22,416,054	0.9
2111	19,535,133	22,438,631	0.9

Fuente: DF, IMSS.

para sus coberturas de atención médica integral, y los CU que fueron calculados por el IMSS con su propia información, derivada de la operación de las unidades médicas de primer, segundo y tercer niveles de atención.

En esos resultados destaca que utilizando los CU de las aseguradoras privadas se obtiene una prima nivelada de gasto de 15.44 por ciento del volumen de salarios para el periodo de 50 años de

proyección y de 33.13 por ciento para el periodo de 100 años (columna d). En cambio, utilizando los CU del IMSS esas primas son de 11.75 por ciento y de 20.52 por ciento del volumen de salarios para cada periodo de proyección, respectivamente (columna e).

Otro aspecto que destaca en el cuadro VI.9 es que la prima de gasto anual va aumentando en el tiempo, situación que se explica por el efecto combinado de tres factores: i) el incremento anual del costo unitario

Cuadro VI.9.
Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial
de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, al 31 de diciembre de 2011
(millones de pesos de 2011)

Año de proyección	Volumen de salarios (a)	Gastos médicos utilizando costos unitarios (CU)		Prima de gasto anual	
		Aseguradoras privadas	IMSS	CU aseguradoras privadas	CU IMSS
		(b)	(c)	(d)=(b)/(a)	(e)=(c)/(a)
2012	1,436,487	52,340	50,149	3.64	3.49
2013	1,485,743	57,590	54,607	3.88	3.68
2014	1,536,677	63,181	59,202	4.11	3.85
2015	1,587,199	69,218	63,940	4.36	4.03
2020	1,824,515	104,407	90,197	5.72	4.94
2025	2,028,893	151,998	123,942	7.49	6.11
2030	2,208,131	218,123	171,235	9.88	7.75
2035	2,356,590	311,338	240,129	13.21	10.19
2040	2,493,081	438,766	336,165	17.60	13.48
2045	2,606,228	615,052	470,080	23.60	18.04
2050	2,728,141	850,862	640,726	31.19	23.49
2055	2,885,945	1,148,124	829,648	39.78	28.75
2060	3,062,952	1,501,782	1,011,243	49.03	33.02
2065	3,238,153	1,914,472	1,180,998	59.12	36.47
2070	3,403,802	2,375,938	1,339,700	69.80	39.36
2075	3,564,636	2,861,219	1,496,959	80.27	41.99
2080	3,731,285	3,334,222	1,676,505	89.36	44.93
2085	3,910,241	3,759,819	1,911,644	96.15	48.89
2090	4,106,768	4,167,150	2,212,958	101.47	53.89
2095	4,334,467	4,667,156	2,566,073	107.68	59.20
2100	4,590,830	5,351,697	2,929,606	116.57	63.81
2105	4,846,448	6,218,487	3,294,866	128.31	67.99
2110	5,094,043	7,222,681	3,677,675	141.79	72.20
2111	5,142,766	7,434,353	3,759,013	144.56	73.09
50 años		Prima nivelada			
Valor presente	49,834,630	7,695,373	5,857,337	15.44	11.75
100 años					
Valor presente	65,664,064	21,755,272	13,471,829	33.13	20.52

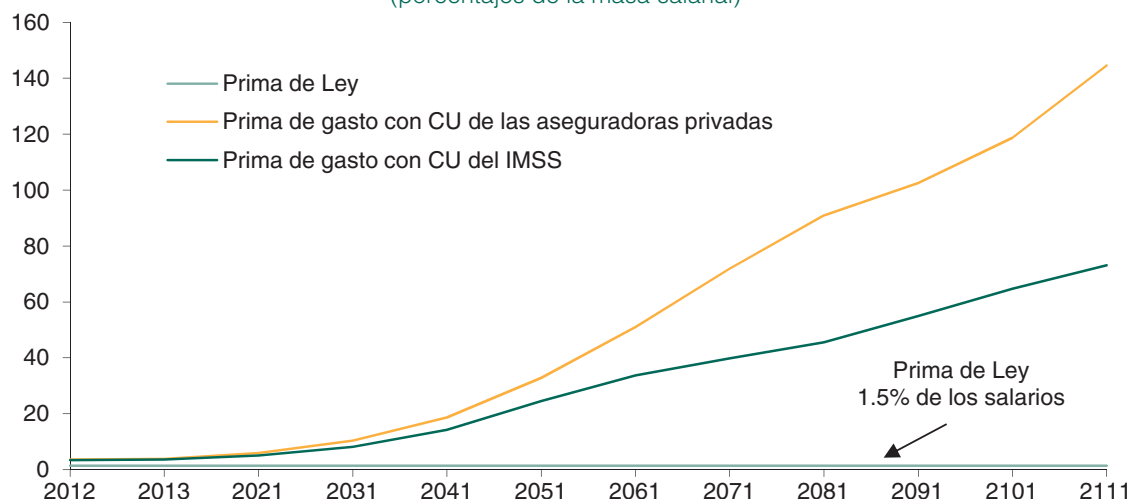
Fuente: DF, IMSS.

médico por edad en términos reales¹⁰⁴; 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 que se

emplean en el esquema operativo de comercialización de rentas vitalicias, mismas que fueron aprobadas en abril de 2012 por el Comité del Artículo 81 de la ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (el SAR) y que, con

¹⁰⁴ Los costos unitarios médicos por edad fueron aplicados por primera vez en la valuación actuarial de GMP al 31 de diciembre de 2004, y se obtuvieron a partir de una tabla de costos por grupos quinquenales de edad, la cual se utilizaba en ese año por un grupo de aseguradoras privadas que prestaban servicios de salud integral. Dicha tabla fue proporcionada por el despacho actuarial que en ese año realizó la Auditoría a la Valuación Financiera y Actuarial del IMSS.

Gráfica VI.2.
Comportamiento de la prima de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
 (porcentajes de la masa salarial)



Fuente: DF, IMSS.

respecto a las probabilidades que estuvieron vigentes entre agosto de 2009 y marzo de 2012, significan un incremento promedio de 30 por ciento en la esperanza de vida de los incapacitados permanentes.

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 del volumen de salarios, por lo que la prima de ingreso establecida en la LSS para financiar las prestaciones en especie que otorga esa cobertura, la cual es de 1.5 por ciento del SBC, será cada vez más

insuficiente para hacer frente a dichas obligaciones. En la gráfica VI.2 se observa el grado de desfinanciamiento que ya tiene GMP y que se estará ensanchando en el tiempo de manera acelerada. Este desfinanciamiento es considerable, independientemente de que los CU que se utilicen sean los de las aseguradoras privadas o los del IMSS.

Los cálculos realizados con base en las variables y supuestos que se indicaron anteriormente (CU de 2011 de aseguradoras privadas y del IMSS; crecimiento real de los CU de 2.5 por ciento real anual, y crecimiento de los pensionados de acuerdo con los

Cuadro VI.10.
Valor presente del déficit de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
 (millones de pesos de 2011)

Hipótesis de incremento real anual del costo unitario	Valor presente para el periodo de 50 años		Porcentaje del PIB de 2011 ^{1/}	
	CU aseguradoras privadas	CU IMSS	CU aseguradoras privadas	CU IMSS
1.5%	4,930,201	3,618,909	34.4	25.2
2.0%	5,849,999	4,299,561	40.8	30.0
2.5%	6,947,853	5,109,817	48.4	35.6

^{1/}El PIB de 2011 asciende a 14'342,321 millones de pesos.

Fuente: DF, IMSS.

resultados de las proyecciones demográficas), así como aplicando las probabilidades de sobrevivencia de CMG, indican que el valor presente del déficit¹⁰⁵ que podría generarse en la cobertura de GMP en los próximos 50 años sería de 6,947,853 millones de pesos de 2011 utilizando los CU del sector privado, y de 5,109,817 millones de pesos de 2011 en caso de utilizar los CU del IMSS (cuadro VI.10).

Los resultados anteriores son muy sensibles al supuesto que se emplee para la tasa de crecimiento real anual de los costos unitarios médicos por edad, el cual, como se indicó, fue de 2.5 por ciento real anual. Pero aun asumiendo supuestos más optimistas en cuanto al crecimiento de los CU, los resultados obtenidos señalan que la prima de ingreso de 1.5 por ciento del SBC establecida en la LSS es notoriamente insuficiente y que, de mantenerse sin cambio, el déficit acumulado de GMP 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 de GMP, el déficit actuarial de esta cobertura sería, dentro de 50 años, de 4'930,201 millones de pesos de 2011, calculado con los CU de aseguradoras privadas, y de 3'618,909 millones de pesos de 2011 utilizando los CU del IMSS, lo cual equivale, respectivamente, a 34.3 y 25.2 por ciento del PIB de 2011 (cuadro VI.10).

Un aspecto que conviene tener en cuenta es que los esfuerzos que está realizando el IMSS en materia de prevención de la salud, a través de los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS), podrán incidir en el mediano plazo en un mejoramiento en las condiciones de salud de los adultos mayores y también en su alargamiento de años de vida. Asimismo, el avance de la medicina genómica y otros desarrollos científicos podrán afectar en el futuro, de una manera sustancial, las proyecciones de la población en cualquier dirección. Ante tal incertidumbre, es fundamental

explorar estrategias que fortalezcan financieramente el rubro de GMP.

VI.3.3. Balance actuarial

Como se desprende de los apartados anteriores, 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. Esto se confirma con el balance actuarial que se muestra en el cuadro VI.11, el cual refleja el nivel del pasivo que podría llegar a alcanzar esa cobertura en un horizonte de proyección de 100 años. El balance se presenta con cifras obtenidas aplicando los CU de las aseguradoras privadas (panel superior) y con cifras obtenidas aplicando los CU del IMSS (panel inferior). Bajo cualquier medición, el pasivo es más que considerable.

Por otro lado, aunque existe una incertidumbre importante con respecto a la evolución futura de la tasa de crecimiento de los gastos médicos, la cual tiene un efecto significativo sobre las estimaciones de la prima de financiamiento que le daría viabilidad a la cobertura de GMP, las valuaciones que ha realizado el Instituto, asumiendo hipótesis relativamente optimistas en torno a esa variable, indican que en cualquier escenario el déficit financiero de esa cobertura será sustancial y creciente. Una síntesis de las valuaciones realizadas, asumiendo que los CU crecen anualmente a tasas reales de 1.5, 2 y 2.5 por ciento, se muestra en el cuadro VI.12.

Como puede observarse, aun con una tasa de crecimiento real del gasto por pensionado de 1.5 por ciento real anual, 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 11.39 por ciento, utilizando los CU de las aseguradoras privadas, y de 8.76 por ciento aplicando los CU del IMSS.

¹⁰⁵ El valor presente del déficit es equivalente al valor monetario de la diferencia entre la prima de ingreso y la prima de gasto estimada.

Cuadro VI.11.
Balance actuarial a 100 años de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados,
al 31 de diciembre de 2011^{1/}
(millones de pesos)

Activo			Pasivo		
VPSF ^{2/} (%)			VPSF ^{2/} (%)		
Costos unitarios de las aseguradoras privadas					
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2011 (1) ^{3/}	547	0.00	Pensionados del SIV^{5/}		
			Pensiones directas (6)	14,819,447	22.57
			Pensiones derivadas (7)	4,091,801	6.23
			Subtotal (8)=(6)+(7)	18,911,248	28.80
Aportaciones futuras asegurados (2) ^{4/}	984,961	1.50	Pensionados del SRT^{6/}		
			Pensiones directas (9)	237,072	0.36
			Pensiones derivadas (10)	229,435	0.35
			Subtotal (11)=(9)+(10)	466,507	0.71
			Pensionados ex trabajadores IMSS^{7/}		
			Pensiones directas (12)	2,175,251	3.31
			Pensiones derivadas (13)	202,266	0.31
Subtotal (3)=(1)+(2)	985,508	1.50	Subtotal (14)=(12)+(13)	2,377,517	3.62
			Subtotal pensiones directas (15)=(6)+(9)+(12)	17,231,770	26.24
Nivel de desfinanciamiento (4)=(17)-(3)	20,769,765	31.63	Subtotal pensiones derivadas (16)=(7)+(10)+(13)	4,523,502	6.89
Total (5)=(3)+(4)	21,755,272	33.13	Total (17)=(15)+(16)	21,755,272	33.13
Costos unitarios del IMSS					
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2011 (1) ^{3/}	547	0.00	Pensionados del SIV^{5/}		
			Pensiones directas (6)	9,390,529	14.30
			Pensiones derivadas (7)	2,213,390	3.37
			Subtotal (8)=(6)+(7)	11,603,919	17.67
Aportaciones Futuras Asegurados (2) ^{4/}	984,961	1.50	Pensionados del SRT^{6/}		
			Pensiones directas (9)	241,842	0.37
			Pensiones derivadas (10)	116,727	0.18
			Subtotal (11)=(9)+(10)	358,569	0.55%
			Pensionados ex trabajadores IMSS^{7/}		
			Pensiones directas (12)	1,414,715	2.15
			Pensiones derivadas (13)	94,625	0.14
Subtotal (3)=(1)+(2)	985,508	1.50	Subtotal (14)=(12)+(13)	1,509,340	2.30
			Subtotal pensiones directas (15)=(6)+(9)+(12)	11,047,086	16.82
Nivel de desfinanciamiento (4)=(17)-(3)	12,486,321	19.02	Subtotal pensiones derivadas (16)=(7)+(10)+(13)	2,424,742	3.69
Total (5)=(3)+(4)	13,471,829	20.52	Total (17)=(15)+(16)	13,471,829	20.52

^{1/} Los totales y subtotales pueden no coincidir por cuestiones de redondeo.

^{2/} Valor presente de salarios futuros.

^{3/} Reserva de GMP registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2011.

^{4/} Valor presente de los ingresos por cuotas que provienen de trabajadores IMSS y trabajadores no IMSS.

^{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 2011 del antiguo SIVCM, así como a los de rentas vitalicias del SIV.

^{6/} 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 2011 del SRT bajo la Ley de 1973 y los de rentas vitalicias.

^{7/} 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 2011 del RJP.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VI.12.
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			
CU de las aseguradoras privadas	11.39	13.24	15.44
CU IMSS	8.76	10.13	11.75
100 años			
CU de las aseguradoras privadas	19.09	24.98	33.13
CU IMSS	12.33	15.79	20.52

^{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.4. Opciones de política

El IMSS ha realizado esfuerzos importantes en materia de prevención en salud a través de PREVENIMSS, con los cuales se espera que en el mediano y 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, para la cual se vislumbran expectativas poco favorables, previéndose que su déficit continuará acentuándose 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 inmunodeficiencia humana/síndrome 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 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.13.

Cuadro VI.13.
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 2012)

Descripción de la política	Flujo anual promedio derivado de la medida 2013-2017	Beneficios de la medida, en valor presente	% PIB 2012 ^{2/}	2013-2050 ^{1/}			
				Valor presente del déficit global			
				Sin la medida	% PIB 2012 ^{2/}	Con la medida	% PIB 2012 ^{2/}
1. Aportación del Gobierno Federal de 50 por ciento del costo estimado para seis padecimientos de alto impacto financiero para el IMSS ^{3/}	37,366	1,435,006	9.5	1,741,227	11.5	306,221	2.0
2. Aportación estatal de una cuota fija diaria por pensionado para Gastos Médicos de Pensionados, equivalente a 13.9 del SMGVDF de julio de 1997, actualizada trimestralmente con INPC ^{4/}	12,991	503,171	3.3	1,741,227	11.5	1,238,056	8.2
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/}	-	-	-	1,741,227	11.5	1,741,227	11.5

^{1/}Se asume que los cambios legislativos requeridos para la implementación de las propuestas se efectuarían durante 2012, mientras que las políticas aplicarían a partir de 2013.

^{2/}Corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica 2012 (15'164,900 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 11,674 millones de pesos y un valor presente de 307,440 millones de pesos, que equivalen a 2 por ciento del PIB.

Fuente: DF, IMSS.

Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales



Capítulo

VII

El Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) se divide en dos ramos: el ramo de Guarderías y el ramo de Prestaciones Sociales. El primero 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 guardería¹⁰⁶. 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 presentan el estado de resultados, así como las proyecciones financieras de largo plazo, 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 2006-2011. Aunque el ramo de Prestaciones Sociales incluye prestaciones adicionales al SNV y los CV, tales como

¹⁰⁶ 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 2011. 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 1,080 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 18,285 millones de pesos con el efecto del reconocimiento pleno de

Cuadro VII.1.
Estado de ingresos y gastos del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, al 31 de diciembre de 2011, con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos)

Concepto	Costo neto de periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro pleno
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales y contribución federal	13,658	13,658
Productos de inversiones y otros ingresos	1,328	1,328
Total de ingresos	14,986	14,986
Gastos		
Servicios de personal (nómina a trabajadores IMSS) ^{1/}	3,735	3,617
Beneficios a los empleados (pagos pensionados y jubilados IMSS)	1,242	1,360
Costo de beneficios a los empleados (RJP)	129	19,494
Prestaciones económicas	-	-
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	184	184
Mantenimiento	198	198
Servicios generales y subrogación de servicios	7,844	7,844
Intereses financieros y actuariales	24	24
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	-	-
Castigos por incobrabilidad	172	172
Depreciaciones	35	35
Reversión de cuotas obrero-patronales	-	-
Traslado de la depreciación	343	343
Reservas financieras y actuariales	-	-
Total de gastos	13,906	33,271
Excedente neto de ingresos sobre gastos	1,080	-18,285

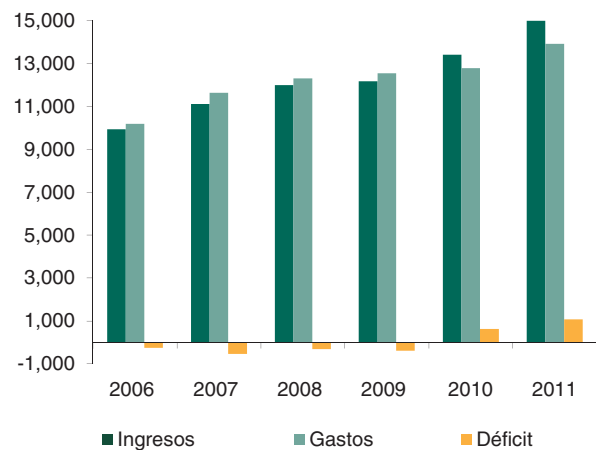
^{1/} Bajo el escenario de registro pleno del CNP en "servicios de personal" no se consideran 118 millones de pesos, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al RJP, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de "beneficios a los empleados".

Fuente: Con registro parcial del CNP: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010; con registro pleno del CNP: Dirección de Finanzas (DF) a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010, 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 2011 y Proyecciones para 2012.

estas obligaciones. Bajo ese segundo escenario, los ingresos de 2011 del SGPS fueron de 14,986 millones de pesos y los gastos de 33,271 millones de pesos. Del total de los ingresos de este seguro, 91.1 por ciento proviene de las cuotas obrero-patronales (COP) y las aportaciones del Gobierno Federal (AGF), y el restante 8.9 por ciento de los ingresos por operación propia de los servicios derivados de las prestaciones sociales. Es importante mencionar que las cuotas en el caso de este seguro están aportadas en su totalidad por el patrón, pero por cuestiones de clasificación contable se mantiene el concepto de las COP.

El SGPS ha mostrado déficits de operación durante los años del periodo 2006-2009 y superávits en los años 2010 y 2011 (gráfica VII.1). Cabe señalar que 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]).

Gráfica VII.1.
Estado de resultados del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2006-2011
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

VII.2. 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 SBC¹⁰⁷; 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 uno por ciento en 11 centésimas de punto porcentual (cuadro VII.2). 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, permaneciendo constante en 1.12 por ciento de 2019 a 2035. En 2012 la PR ascendería a 1.11 por ciento. En el último año de proyección esta prima supera a la actual en tan solo 8 centésimas.

El SBC y el SBC-E que se estiman en este seguro ascienden en 2012 a 295.1 y 328.5 pesos diarios,

¹⁰⁷ Como se mencionó anteriormente, la PC de este seguro es aportada en su totalidad por el patrón.

Cuadro VII.2.
Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
(millones de pesos de 2012)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos												
Cuotas obrero-patronales (COP)	14,356	14,775	15,175	15,580	15,982	17,485	19,248	20,905	22,409	23,764	25,008	26,308
Aportaciones del Gobierno Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros ^{1/}	435	340	342	347	315	369	444	525	616	725	850	996
Ingresos totales	14,791	15,115	15,516	15,927	16,297	17,854	19,692	21,431	23,025	24,489	25,858	27,304
Gastos												
Corriente ^{2/}	14,373	14,762	15,129	15,515	15,913	17,308	18,929	20,497	21,981	23,370	24,764	26,315
Prestaciones económicas ^{3/}	1,482	1,564	1,626	1,700	1,788	2,216	2,559	2,827	2,981	2,847	2,545	2,116
Inversión física	125	41	41	42	43	45	47	49	50	50	50	50
Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	15,979	16,367	16,796	17,256	17,743	19,569	21,535	23,373	25,012	26,267	27,359	28,481
Resultado financiero	-1,188	-1,253	-1,280	-1,329	-1,446	-1,715	-1,843	-1,943	-1,987	-1,778	-1,500	-1,177
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)	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11	1.12	1.12	1.12	1.12	1.11	1.09	1.08
Media nivelada (PMN)	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11	1.11
Diferencia (PMN-PC)	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11	0.11
Salario base de cotización diario												
De contribución	295.1	298.4	301.2	304.2	307.2	319.1	334.8	351.5	369.2	387.9	407.7	428.5
De contribución en veces el SMGVDF ^{5/}	4.7	4.8	4.8	4.8	4.8	4.9	5.0	5.2	5.3	5.4	5.5	5.7
De equilibrio	328.5	330.6	333.4	336.9	341.0	357.1	374.6	393.0	412.1	428.8	446.0	463.9
De equilibrio en veces el SMGVDF	5.3	5.3	5.3	5.3	5.4	5.5	5.6	5.8	5.9	6.0	6.1	6.2
Diferencia en veces el SMGVDF	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5

^{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 vigente en el Distrito Federal.

Fuente: DF, IMSS.

respectivamente; cifras que equivalen a 4.7 y 5.3 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF). Se observa además que la diferencia entre el SBC y el SBC-E tiende a disminuir en el tiempo, por lo que se espera que el déficit proyectado del seguro disminuya hasta casi alcanzar el equilibrio financiero en el último año de proyección.

En el cuadro VII.3 se muestra el déficit financiero que se espera en el SGPS para los próximos 39 años y en el cuadro VII.4 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.

Cuadro VII.3.
Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 del
resultado financiero en el Seguro de Guarderías y
Prestaciones Sociales
(millones de pesos de 2012)

Año	Resultado
2012	1,188
2013	1,253
2014	1,280
2015	1,329
2020	1,715
2025	1,843
2030	1,943
2035	1,987
2040	1,778
2045	1,500
2050	1,177
Valor presente^{1/}	
10 años	12,490
20 años	23,889
30 años	32,187
39 años	36,243

^{1/} Tasa de descuento igual a 3.5 por ciento.
Fuente: DF, IMSS.

VII.3. Análisis financiero complementario

VII.3.1. 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.2 muestra la tendencia creciente de las tasas de participación económica femenina, la cual pasó de 16.4 por ciento en 1970 a 43.4 por ciento en 2011.

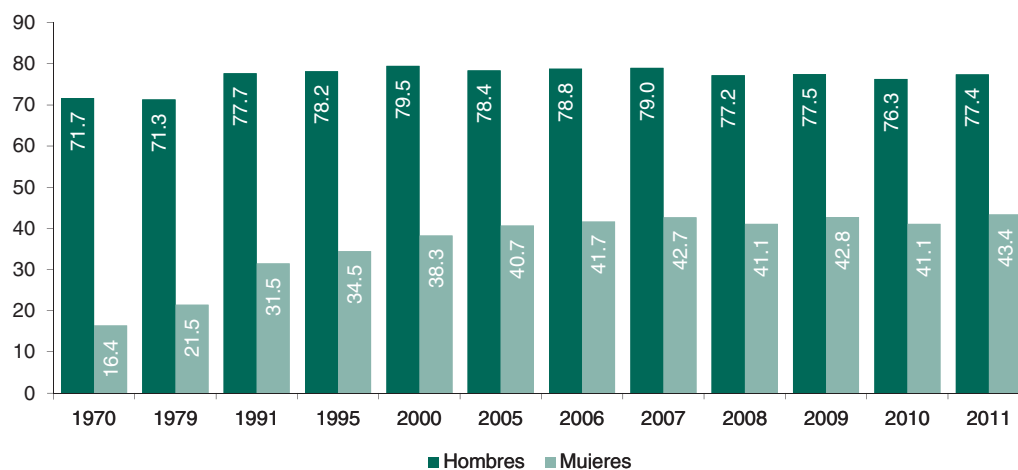
Las Encuestas Nacionales de Empleo y Seguridad Social (ENESS), realizadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2000 y 2009, muestran que en ese periodo se ha duplicado la proporción de niños de 0 a 6 años que son atendidos en guarderías públicas, ya que en el primer año dicha 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.3.

Cuadro VII.4.
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 (%) (c)=(b)/(a)-1	Salario base 2012 (pesos diarios)		Incremento necesario SBC-E/SBC-1 (%) (f)=(e)/(d)-1
	Contribución 2012	Media nivelada		De cotización	De equilibrio	
	(a)	(b)		(d)	(e)	
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	1.00	1.11	11.1	295.09	328.46	11.3

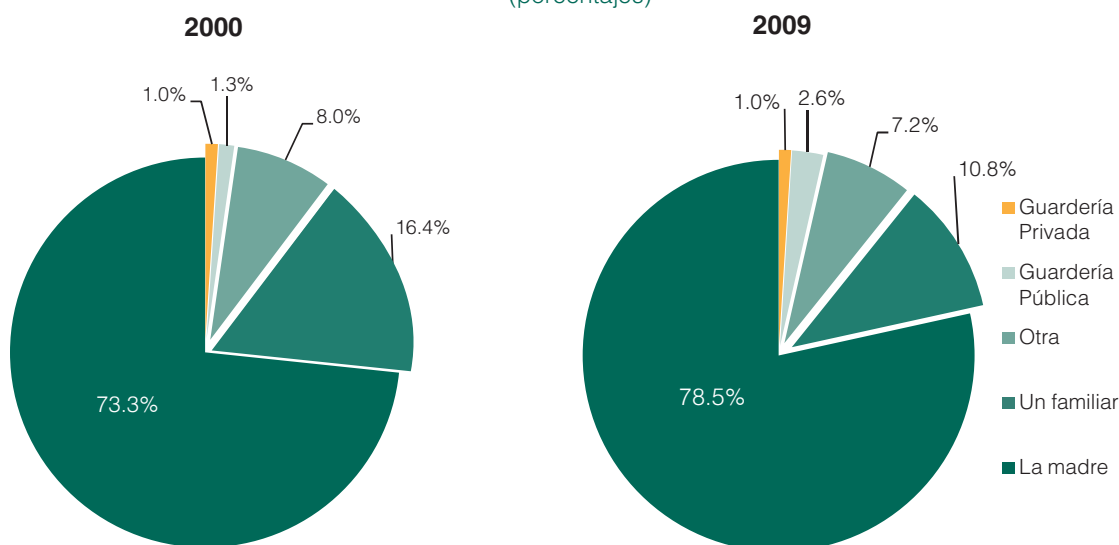
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VII.2.
Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2011
 (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; 2000-2011, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Indicadores Estratégicos, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) al cuarto trimestre de cada año.

Gráfica VII.3.
Población de 0 a 6 años, según tipo de persona que cuida al menor, 2000 y 2009
 (porcentajes)



Fuente: INEGI, ENESS, 2009 y 2000.

Cobertura del servicio de guarderías en el IMSS

La demanda del servicio de guarderías en el IMSS ha observado un aumento significativo durante más de una década, duplicando el número de solicitudes totales (atendidas más pendientes). En el año 2000 el

Instituto registró una demanda de casi 148 mil lugares, mientras que para el año 2011 esta cifra aumentó a 245 mil, lo que significó un aumento de 65.4 por ciento. Esta situación se aprecia en el cuadro VII.5, 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.5 se destaca que para atender la demanda creciente por el servicio de guarderías, en el periodo analizado el Instituto aumentó en forma importante el número de estancias infantiles en operación, lo cual permitió incrementar la capacidad instalada en 128.4 por ciento entre el año 2000 y el 2011, pasando de 103 mil a casi 236 mil lugares (columna b), así como incrementar el porcentaje de cobertura de 69.8 a 96.4 por ciento (columna f). 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 17.8 por ciento (columna h). La gráfica VII.4 muestra la expansión de la capacidad instalada de las guarderías del Instituto durante el periodo 2000-2011.

Por otro lado, con fundamento en los Artículos 204 y 213 de la LSS, el Instituto otorga la prestación

Cuadro VII.5.
Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS, 2000-2011

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
2011	1,453	235,957	201,153	43,532	244,685	96.4	85.2	17.8

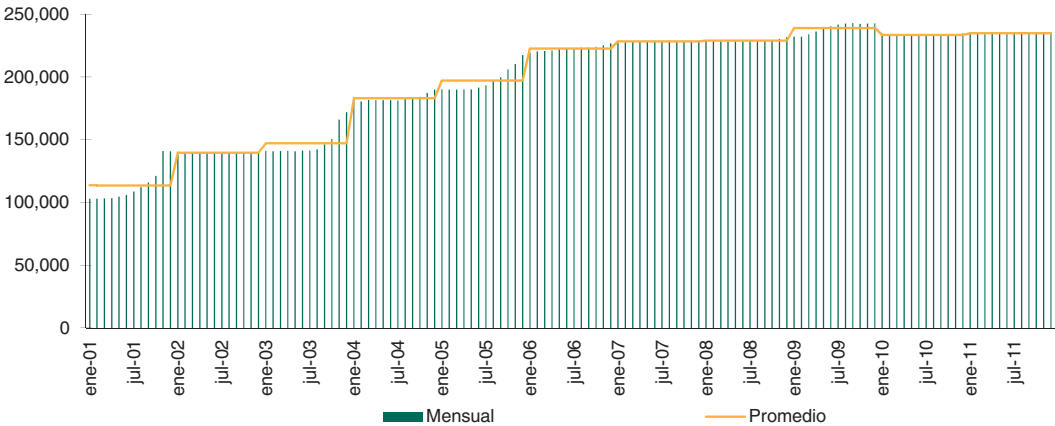
^{1/} La capacidad instalada es igual al número de lugares que tiene disponible el Instituto para otorgar el servicio de guarderías.

^{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.4.
Comportamiento de la capacidad instalada en las guarderías del IMSS, 2001-2011



Fuente: DPES, IMSS.

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 12.6 por ciento de los lugares disponibles 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 87.4 por ciento del total de lugares disponibles y cuentan con una capacidad instalada de casi 206 mil lugares. La gráfica VII.5 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 en las siguientes delegaciones del IMSS: Jalisco, Nuevo León, Sonora, Baja California y Chihuahua (cuadro VII.6, columna e).

En el cuadro VII.6 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, Michoacán y Nuevo León, las cuales sólo cuentan con disponibilidad para cubrir 68 por ciento de la demanda total, en la primera delegación, y 74 por ciento, en las otras dos delegaciones (columna f).
- Las delegaciones que registran los niveles más bajos de ocupación respecto al número total de lugares disponibles son: Chiapas (72 por ciento); Yucatán (75 por ciento), y Estado de México Poniente (76 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 34 por ciento; Michoacán con 31 por ciento; Baja California Sur y Nuevo León, con 30 por ciento (columna h).

Gráfica VII.5.
Capacidad instalada por tipo de prestación, 2001-2011
(lugares disponibles)



Fuente: DPES, IMSS.

Cuadro VII.6.
Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS por delegación a diciembre de 2011

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)
Jalisco	96	15,844	14,041	4,876	18,917	84	89	26
Nuevo León	97	13,741	12,961	5,525	18,486	74	94	30
Sonora	76	14,076	12,796	2,607	15,403	91	91	17
Baja California	87	16,008	13,396	1,285	14,681	109	84	9
Chihuahua	94	15,058	12,082	1,951	14,033	107	80	14
D. F. Sur	69	13,225	10,939	2,460	13,399	99	83	18
Tamaulipas	74	13,322	11,005	894	11,899	112	83	8
D. F. Norte	68	12,293	9,922	1,802	11,724	105	81	15
Coahuila	65	10,523	8,942	2,173	11,115	95	85	20
Sinaloa	48	7,515	7,240	3,802	11,042	68	96	34
Estado de México Oriente	63	9,921	8,216	2,006	10,222	97	83	20
Guanajuato	60	11,331	9,071	919	9,990	113	80	9
Michoacán	40	6,072	5,721	2,530	8,251	74	94	31
Querétaro	29	5,361	4,660	1,492	6,152	87	87	24
Estado de México Poniente	43	7,027	5,320	342	5,662	124	76	6
San Luis Potosí	30	4,833	4,256	1,095	5,351	90	88	20
Veracruz Norte	38	4,950	4,319	422	4,741	104	87	9
Puebla	40	5,062	4,185	484	4,669	108	83	10
Morelos	32	5,242	4,207	259	4,466	117	80	6
Quintana Roo	22	3,877	3,483	847	4,330	90	90	20
Aguascalientes	25	4,225	3,684	508	4,192	101	87	12
Yucatán	33	5,187	3,897	237	4,134	125	75	6
Colima	22	3,645	3,360	685	4,045	90	92	17
Zacatecas	29	3,192	2,872	691	3,563	90	90	19
Baja California Sur	17	2,422	2,229	952	3,181	76	92	30
Durango	18	3,199	2,642	518	3,160	101	83	16
Nayarit	18	3,126	2,819	330	3,149	99	90	10
Guerrero	15	2,869	2,453	674	3,127	92	86	22
Veracruz Sur	28	3,409	2,893	27	2,920	117	85	1
Oaxaca	18	2,157	1,848	308	2,156	100	86	14
Hidalgo	18	2,310	1,819	209	2,028	114	79	10
Chiapas	18	2,182	1,563	109	1,672	131	72	7
Tabasco	8	1,180	946	309	1,255	94	80	25
Campeche	9	910	793	142	935	97	87	15
Tlaxcala	6	663	573	62	635	104	86	10
Total	1,453	235,957	201,153	43,532	244,685	96	85	18

Fuente: DF con datos de DPES, IMSS.

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 uno 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 seis años la situación financiera del ramo de Guarderías, en el cuadro VII.7 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.7, el monto de los ingresos que registró el ramo de Guarderías fue de 13,278 millones de pesos en promedio anual durante el periodo analizado, mientras que los gastos totales promedio ascendieron a 10,536 millones de pesos, sin considerar la provisión para obligaciones contractuales. La diferencia de ingresos menos gastos arroja un resultado financiero superavitario en el ramo, lo cual indica que ha sido adecuada la proporción que se le ha asignado de la cuota patronal de uno por ciento establecida en la LSS. En este sentido, se considera conveniente acotar que en el Estado de Ingresos y Gastos del SGPS, los ingresos por cuotas están asignados en su totalidad al ramo de Guarderías; pero si esa asignación hubiese sido de 80 por ciento, destinándose al ramo de Prestaciones Sociales hasta 20 por ciento de la cuota, tal como lo señala el Artículo 211 de la Ley¹⁰⁸, el ramo de Guarderías no habría sido superavitario en todo el periodo analizado (cuadro VII.8).

Finalmente, cabe mencionar que para cumplir con las disposiciones establecidas en el Artículo 37,

¹⁰⁸ Ley del Seguro Social, Artículo 211. "El monto de la prima para este seguro será de uno por ciento sobre el salario base de cotización. Para prestaciones sociales solamente se podrá destinar hasta el veinte por ciento de dicho monto".

Apartado B, inciso d) Tipo 4, fracciones I y IV, del capítulo IX. De las Medidas de Seguridad y de la Protección Civil, del Reglamento de la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, que exigen la instalación de sistemas hidráulicos en las guarderías, se requiere una inversión de 89.3 millones de pesos. Esta cantidad se obtiene considerando que de las 133 guarderías de prestación directa que a mayo de 2012 se encontraban en funcionamiento, 116 tenían una capacidad instalada superior a 100 lugares y de estas últimas, 105 no contaban con sistema de hidrantes, para lo cual se estima en promedio una inversión de 850 mil pesos por cada una.

VII.3.2. Sistema Nacional de Velatorios

El Sistema Nacional de Velatorios IMSS-FIBESO¹⁰⁹ (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.9 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 2006 a 2008; sin embargo, debido a la inclusión de los servicios complementarios referidos (cuadro VII.10), a partir de 2009 estos se incrementaron en forma importante (24.6 por ciento en 2009 y 24.7 por

¹⁰⁹ El IMSS constituyó el Fideicomiso de Beneficios Sociales (FIBESO) el 29 de junio de 1990, con efectos a partir del 1º 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.

Cuadro VII.7.
Estado de ingresos y gastos del ramo de Guarderías, 2006-2011
(millones de pesos de 2012)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ingresos						
Cuotas obrero-patronales (1)	12,196	13,253	13,622	13,018	13,431	14,150
Aportaciones del Gobierno Federal	-	-	-	-	-	-
Otros ingresos (2)	264	150	146	250	956	894
Total de ingresos (3)=(1)+(2)	12,460	13,403	13,768	13,268	14,387	15,044
Gasto						
Servicios de personal	2,227	2,247	2,165	2,163	2,203	2,228
Consumo de medicamentos, material de curación y otros	154	156	163	167	177	151
Mantenimiento	55	57	56	160	104	70
Servicios generales y subrogación de servicios	6,635	7,084	7,638	7,691	7,120	7,721
Régimen Jubilaciones y Pensiones IMSS	378	527	574	612	685	741
Total de gasto corriente (4)	9,449	10,071	10,596	10,792	10,290	10,910
Otros gastos						
Intereses financieros	72	2	11	15	11	21
Castigos por incob. y fluctuación en precios	148	157	162	154	161	175
Depreciaciones	3	3	1	1	2	8
Reversión de cuotas obrero-patronales	-	-	-	-	-	-
Total de otros gastos (5)	223	161	174	170	174	203
Total de gastos (6)=(4)+(5)	9,672	10,232	10,770	10,962	10,464	11,113
Excedentes						
Excedentes de ingresos sobre gastos (7)=(3)-(6)	2,788	3,171	2,998	2,306	3,923	3,931
Provisión obligaciones contractuales (8)	269	686	379	172	176	76
Provisión para reserva de gastos (9)	-	-	-	-	-	-
Traslado de la depreciación (10)	-2	-3	-2	-1	-2	-10
Total de provisiones y traslado (11)=(8)+(9)+(10)	266	683	377	171	173	67
Excedente neto de ingresos sobre gastos (12)=(7)-(11)	2,522	2,489	2,620	2,135	3,750	3,864

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VII.8.
Ingresos modificados y gastos del ramo de Guarderías, 2006-2011
(millones de pesos de 2012)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total de ingresos (80% de cuotas patronales) ^{1/}	9,757	10,603	10,898	10,415	10,745	11,320
Total de gastos ^{2/}	9,939	10,915	11,147	11,133	10,637	11,180
Resultado financiero	-182	-312	-250	-719	107	140

^{1/} Los ingresos indicados en este cuadro corresponden a 80 por ciento de las cuotas patronales del SGPS, reportadas en el Estado de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro, reexpresadas en pesos de 2012, mismas que se presentan en el cuadro VII.7.

^{2/} Es la suma del total de gastos (6) más total de provisiones (11) del cuadro VII.7.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VII.9.
Servicios funerarios tradicionales y complementarios
que se otorgan en el Sistema Nacional de Velatorios y
costos promedio, 2012
 (pesos)

Descripción	Costo promedio ^{1/}
I. Paquetes funerarios tradicionales	
Capilla en velatorio ^{2/}	2,239
Capilla en domicilio ^{3/}	2,587
Servicio directo local ^{4/}	1,172
Traslado foráneo particular ^{5/}	1,733
Traslado oficial ^{6/}	2,464
Paquete social ^{7/}	2,239
Cancelación	287
II. Servicios y artículos complementarios	
Embalsamamiento	1,373
Cremación	1,129
<i>Pullman</i>	2,356
Sillas extra (50 sillas)	696
Capilla adicional	399
Vehículo para traslado de flores	608
Servicio de cafetería	570
Gestoría exhumación	164
Renta equipo velación novenario	568

^{1/} Estos costos corresponden a los reportados por la División de Velatorios en 2011, actualizados con la inflación esperada en 2012 igual a 3.6 por ciento.

^{2/} 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).

^{3/} 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).

^{4/} Este servicio incluye: traslado del cuerpo y gestoría legal y administrativa.

^{5/} Este servicio incluye: traslado del cuerpo (recolección); preparación del cuerpo; gestoría legal y administrativa, y traslado del cuerpo al lugar solicitado por el contratante.

^{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).

^{7/} 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.

ciento en 2010), y a pesar de que en 2011 se observó un descenso de 7.9 por ciento respecto a 2010, el número de servicios proporcionados se ubicó en 29,145, los cuales superan en 39 por ciento el promedio registrado de 2006 a 2008. 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 complementarios¹¹⁰.

En el cuadro VII.10 también se aprecia que durante el periodo 2006-2011 más de la mitad de los servicios funerarios se proporcionaron en los velatorios con mayor capacidad instalada (capillas), mismos que están ubicados en cuatro delegaciones: Estado de México Oriente, que concentra 18.5 por ciento de los servicios funerarios totales; Distrito Federal Sur, con 13.7 por ciento; Jalisco, con 10 por ciento, y Puebla, con 8.1 por ciento. Las delegaciones con menor número de servicios han sido Chiapas, Querétaro e Hidalgo, que en conjunto concentran sólo 9.3 por ciento de los servicios totales, debido a su menor capacidad instalada.

Situación financiera del Sistema Nacional de Velatorios

En el cuadro VII.11 se presenta el resumen financiero del SNV de 2006 a 2011, de donde destaca que el sistema de velatorios es deficitario, y en el periodo que se analiza su déficit ha representado en promedio 16.6 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 86.4 por ciento de los ingresos y no alcanza a ser cubierto por la utilidad bruta (ingresos menos costo de ventas).

¹¹⁰ 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 de SNV.

Cuadro VII.10.

Número de servicios funerarios otorgados por el Sistema Nacional de Velatorios por delegación, 2006-2011

Delegación	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Promedio 2006-2011	Distribución porcentual	Distribución porcentual acumulada
Edo. México Ote.	3,476	3,864	4,046	5,235	5,744	5,259	4,604	18.5	18.5
D. F. Sur	3,728	3,411	2,708	3,177	4,055	3,425	3,417	13.8	32.3
Jalisco	1,956	2,000	1,884	2,952	3,313	2,815	2,487	10.0	42.3
Puebla	1,754	1,804	1,702	1,891	2,376	2,532	2,010	8.1	50.4
Nuevo León	1,533	1,664	1,326	1,900	2,290	1,822	1,756	7.1	57.4
Yucatán	1,578	1,531	1,591	1,691	2,164	1,888	1,741	7.0	64.4
Veracruz Nte.	1,142	1,164	1,175	2,040	2,106	2,129	1,626	6.5	71.0
Chihuahua	1,152	1,124	1,129	1,342	1,798	1,801	1,391	5.6	76.6
San Luis Potosí	954	1,039	1,030	1,172	1,747	1,854	1,299	5.2	81.8
Coahuila	796	785	766	1,046	2,104	1,633	1,188	4.8	86.6
Edo. México Pte.	884	770	837	847	1,259	1,503	1,017	4.1	90.7
Chiapas	970	880	871	865	1,190	1,138	986	4.0	94.7
Querétaro	683	729	753	692	974	847	780	3.1	97.8
Hidalgo	574	594	553	542	537	499	550	2.2	100.0
Total	21,180	21,359	20,371	25,392	31,657	29,145	24,851	100.0	

Fuente: DPES, IMSS.

Perspectiva financiera del Sistema Nacional de Velatorios, 2011-2016

En el cuadro VII.12 se presenta un resumen de las hipótesis utilizadas para realizar la proyección de los ingresos y los gastos del SNV para el periodo 2012-2016. Respecto de estas hipótesis cabe hacer las siguientes precisiones: i) debido a que en el periodo analizado (2006-2011) 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 2011 con respecto a 2010, 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 promedio de los últimos seis años. 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.13, 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 incrementarse.

VII.3.3. 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.

Cuadro VII.11.
Resultado financiero del Sistema Nacional de Velatorios IMSS-FIBESO, 2006-2011
(miles de pesos de 2012)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1. Ingresos (1)	109,168	110,310	108,228	107,004	116,166	116,583
- IMSS ^{1/}	10,607	-19	-17	22	-830	-
- FIBESO	98,561	110,329	108,246	106,983	116,996	116,583
2. Costo de ventas (2)	31,972	31,886	32,434	36,299	36,648	39,993
- FIBESO	31,972	31,886	32,434	36,299	36,648	39,993
3. Utilidad bruta (3)=(1)-(2)	77,196	78,424	75,794	70,705	79,518	76,590
- IMSS	10,607	-19	-17	22	-830	-
- FIBESO	66,589	78,443	75,812	70,684	80,347	76,590
4. Gasto corriente (4) ^{2/}	90,996	93,694	100,657	96,113	95,051	99,348
- IMSS	69,387	72,438	70,296	65,020	65,232	67,336
- FIBESO	21,609	21,257	30,361	31,093	29,818	32,012
5. Otros gastos (5) ^{3/}	-4,598	-3,566	-13,269	-9,379	-5,987	-9,570
- IMSS	202	271	144	138	79	-
- FIBESO	-4,800	-3,837	-13,414	-9,518	-6,066	-9,570
6. Provisión obligaciones contractuales (6)	6,771	15,945	9,194	3,646	3,254	-
- IMSS	6,771	15,945	9,194	3,646	3,254	-
- FIBESO	-	-	-	-	-	-
7. Gasto de operación (7)=(4)+(5)+(6)	93,168	106,073	96,582	90,380	92,318	89,778
- IMSS	76,360	88,654	79,635	68,804	68,566	67,336
- FIBESO	16,809	17,419	16,947	21,575	23,752	22,442
8. Resultado neto (8)=(3)-(7)	-15,972	-27,650	-20,788	-19,674	-12,800	-13,188
- IMSS	-65,753	-88,673	-79,652	-68,783	-69,395	-67,336
- FIBESO	49,780	61,023	58,864	49,108	56,595	54,148
Variación porcentual respecto al año anterior						
1. Ingresos		1.0	-1.9	-1.1	8.6	0.4
2. Costo de ventas		-0.3	1.7	11.9	1.0	9.1
3. Utilidad bruta		1.6	-3.4	-6.7	12.5	-3.7
4. Gasto corriente		3.0	7.4	-4.5	-1.1	4.5
5. Provisión obligaciones contractuales		135.5	-42.3	-60.3	-10.7	-100.0
6. Gasto de operación		13.9	-8.9	-6.4	2.1	-2.8
8. Otros gastos		-22.4	272.1	-29.3	-36.2	59.8
9. Resultado neto		73.1	-24.8	-5.4	-34.9	3.0

^{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.

^{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.12.
Hipótesis utilizadas en la proyección de los ingresos y gastos del Sistema Nacional de Velatorios, 2012-2016

Concepto	Tasa de crecimiento porcentual anual				
	2012	2013	2014	2015	2016
Ingresos en velatorios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Costo de ventas (% ingresos)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Gasto corriente FIBESO	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Otros gastos FIBESO	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Gasto de servicios de personal IMSS	2.4	4.2	3.7	4.0	4.3
Gasto por consumos IMSS	2.6	1.9	1.7	1.7	1.6
Gasto por servicios generales IMSS	5.4	2.1	2.0	1.9	1.8
Gasto de mantenimiento IMSS	5.4	2.1	2.0	1.9	1.8
Gasto por provisión de RJP IMSS	4.9	5.6	4.0	4.5	5.2

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VII.13.
Resultados de operación 2011 y proyección 2012-2016
del Sistema Nacional de Velatorios IMSS-FIBESO
(miles de pesos de 2012)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ingresos (1)	116,583	116,583	116,583	116,583	116,583	116,583
Costo de ventas (2)	39,993	39,993	39,993	39,993	39,993	39,993
Utilidad bruta (3)=(1)-(2)	76,590	76,590	76,590	76,590	76,590	76,590
Gasto corriente (4)	99,348	101,143	103,863	106,370	109,178	112,261
Otros gastos (5)	-9,570	-7,728	-7,728	-7,728	-7,728	-7,728
Provisión obligaciones contractuales (6)	-	-	-	-	-	-
Gastos totales más provisión (7)=(4)+(5)+(6)	89,778	93,414	96,135	98,641	101,449	104,533
Resultado neto (8)=(3)-(7)	-13,188	-16,824	-19,544	-22,051	-24,859	-27,942

Fuente: DF, IMSS.

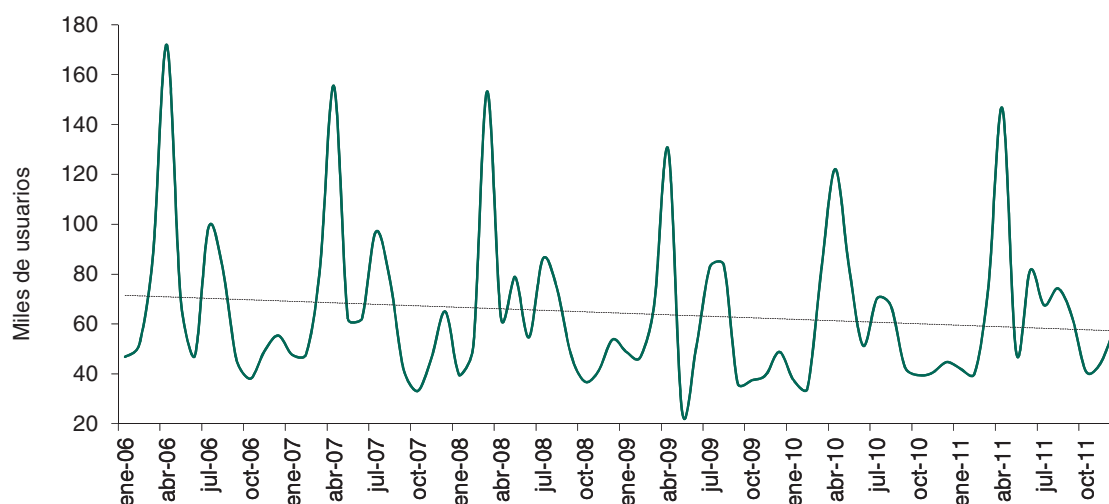
Las gráficas VII.6 y VII.7 muestran el comportamiento mensual y anual de los usuarios que acudieron a los centros vacacionales de 2006 a 2011, observándose, en relación con las cifras mensuales, que en marzo, abril, julio y agosto es cuando se presenta el registro de usuarios más elevado, mientras que 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 2006 a 2008 con un decremento promedio de 3.8 por ciento, seguido de una reducción de 10.7 por ciento en 2009. En 2010 se observa un ligero repunte de 2.4 por ciento, mientras que en 2011, el aumento fue significativo, y alcanzó 9.4 por ciento respecto al ejercicio anterior.

Situación financiera de los centros vacacionales

En el cuadro VII.14 se resume la situación financiera consolidada de los cuatro centros vacacionales, de 2006 a 2011. Los resultados muestran que en conjunto estos centros han reportado un déficit promedio anual del orden de los 72 millones de pesos en el periodo de 2006 a 2009, cifra inferior en aproximadamente 38 por ciento al registrado en 2011.

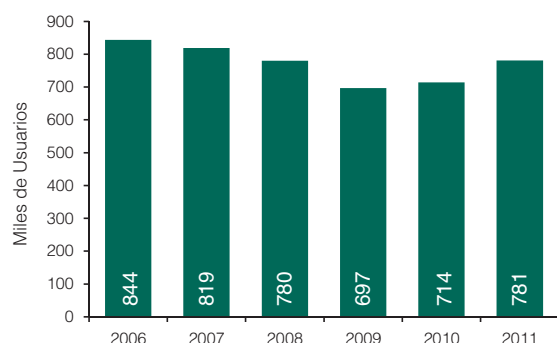
En 2011, el resultado financiero negativo ascendió a casi 100 millones de pesos. Es pertinente observar que esta cifra no es comparable con el resultado del

Gráfica VII.6
Población usuaria mensual de los centros vacacionales, 2006-2011
(miles de usuarios)



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica VII.7.
Población usuaria anual de los centros vacacionales, 2006-2011
(miles de usuarios)



Fuente: DF, IMSS.

ejercicio 2010 (515.3 millones de pesos), toda vez que en ese año se efectuó un ajuste por 440 millones de pesos 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; no obstante, se observan reducciones en términos reales en los ingresos de 24.7 por ciento, y en el rubro de gasto corriente, de 1.5 por ciento entre 2010 y 2011.

Los resultados financieros de cada centro vacacional en 2011 se presentan en el cuadro VII.15, en el cual se observa que: i) 68.1 por ciento de los ingresos de los centros vacacionales se capta en el Centro Vacacional Oaxtepec, seguido por Metepec que participa con 17.6 por ciento, La Trinidad con 10.7 por ciento y Malintzi con 3.6 por ciento; ii) 64.6 por ciento del gasto corriente se concentra en Oaxtepec; 15.5 y 15.9 por ciento en Metepec y La Trinidad, respectivamente, y 4 por ciento en Malintzi, y iii) el Centro Vacacional Oaxtepec contribuye con 55.5 por ciento del déficit de los cuatro centros vacacionales, seguido del Centro Vacacional La Trinidad que participa con 25.5 por ciento, el Centro Vacacional Metepec acumula 14.1 por ciento de este déficit y Malintzi, 5 por ciento.

Perspectiva financiera de los centros vacacionales, 2011-2016

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 2012-2016. Las hipótesis de crecimiento utilizadas corresponden a las usadas en el Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA). La proyección estimada indica que el déficit promedio de los centros

Cuadro VII.14.
Estado de resultados comparativo de los centros vacacionales, 2006-2011^{1/}
(miles de pesos de 2012)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ingresos						
Ingresos (1)	198,928	202,837	222,568	199,743	207,637	164,831
Descuentos (2)	-	-1,892	-13,984	-13,988	-16,614	-21,001
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	198,928	200,945	208,584	185,756	191,023	143,831
Gasto						
Servicios de personal	165,241	171,090	173,775	170,617	174,576	173,111
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	8,873	7,510	6,545	6,307	5,287	6,147
Mantenimiento	31,707	27,793	46,577	36,788	42,731	34,009
Servicios generales y subrogación de servicios	46,580	44,263	42,375	35,195	31,184	36,510
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-3,133	-3,024	-2,959	-2,775	-2,656	-2,489
Total de gasto corriente (4)	249,267	247,632	266,313	246,132	251,121	247,288
Otros gastos						
Intereses financieros	-	-	-	-	-	-
Depreciaciones	4,598	6,587	5,578	4,900	4,296	3,738
Resultado de ejercicios anteriores	-	2,515	141	788	440,438	-7,806
Total de otros gastos (5)	4,598	9,102	5,719	5,688	444,734	-4,068
Total de gastos (6)=(4)+(5)	253,865	256,734	272,032	251,820	695,855	243,220
Excedentes						
Excedentes de ingresos sobre gastos (7)=(3)-(6)	-54,937	-55,789	-63,448	-66,064	-504,831	-99,389
Provisión obligaciones contractuales (8)	3,564	11,170	21,150	11,781	10,454	-
Traslado de la depreciación (9)	88	-	-	-	-	-
Total de provisiones y traslado (10)=(8)+(9)	3,653	11,170	21,150	11,781	10,454	-
Excedente neto de ingresos sobre gastos (11)=(7)-(10)	-58,590	-66,959	-84,598	-77,846	-515,285	-99,389

^{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.

vacacionales podría ubicarse en 106 millones de pesos, para el periodo de 2012 a 2016, como se indica en el cuadro VII.16.

VII.4. 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 llevados a cabo durante 2011. Como

resultado de estos se autorizaron 5,131 lugares adicionales, de los cuales, al 31 de diciembre de 2011, 2,077 ya formaban parte de la capacidad instalada disponible; este incremento de lugares tuvo un costo aproximado de 24.4 millones de pesos para el ejercicio fiscal 2011.

ii) Comprobar que todas las guarderías cumplen con los estándares en materia de seguridad y protección civil y un nivel mínimo de satisfacción y calidad en el servicio de 90 por ciento. Con este propósito se actualizó la normatividad de las guarderías y se detectaron áreas de oportunidad que en el mediano plazo permitirán la mejora de

Cuadro VII.15.
Resumen financiero de cada centro vacacional en 2011
(miles de pesos de 2012)

Concepto	Oaxtepec	Metepec	Trinidad	Malintzi	Total
Ingresos					
Ingresos (1)	113,072	29,535	17,089	5,134	164,831
Descuentos (2)	-15,074	-4,157	-1,756	-13	-21,001
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	97,998	25,378	15,333	5,121	143,831
Gasto					
Servicios de personal	116,528	22,944	27,027	6,612	173,111
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	3,403	1,803	534	407	6,147
Mantenimiento	22,539	6,981	3,278	1,210	34,009
Servicios generales y subrogación de servicios	19,009	6,896	8,915	1,690	36,510
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-1,688	-310	-408	-83	-2,489
Total de gasto corriente (4)	159,792	38,314	39,346	9,836	247,288
Otros gastos					
Intereses financieros	-	-	-	-	-
Depreciaciones	1,187	1,045	1,289	218	3,738
Resultado de ejercicios anteriores	-7,815	5	4	-	-7,806
Total de otros gastos (5)	-6,628	1,049	1,293	218	-4,068
Total de gastos (6)=(4)+(5)	153,163	39,364	40,639	10,054	243,220
Excedentes					
Excedentes de ingresos sobre gastos (7)=(3)-(6)	-55,165	-13,985	-25,306	-4,933	-99,389
Provisión obligaciones contractuales (8)	-	-	-	-	-
Traslado de la depreciación (9)	-	-	-	-	-
Total de provisiones y traslado (10)=(8)+(9)	-	-	-	-	-
Excedente neto de ingresos sobre gastos (11)=(7)-(10)	-55,165	-13,985	-25,306	-4,933	-99,389

Fuente: DF con datos de DPES, IMSS.

los procesos; asimismo, se ha avanzado en 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 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 y 2010 una inversión de 28.3 millones de pesos en la adquisición y sustitución de equipo y mobiliario; asimismo, se asignó un presupuesto de 74.5 millones de pesos para llevar a cabo obras de mantenimiento y de instalación de elementos de seguridad en los inmuebles de las guarderías.

Cuadro VII.16.
Resumen financiero de los centros vacacionales de 2011 y proyección, 2012-2016
(miles de pesos de 2012)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ingresos						
Ingresos (1)	164,831	172,139	179,849	187,897	196,305	205,090
Descuentos (2)	-21,001	-21,001	-21,001	-21,001	-21,001	-21,001
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	143,831	151,138	158,848	166,897	175,305	184,089
Gasto						
Servicios de personal	173,111	177,331	184,818	191,674	199,417	207,993
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	6,147	6,308	6,425	6,537	6,647	6,753
Mantenimiento	34,009	35,862	36,619	37,345	38,068	38,765
Servicios generales y subrogación de servicios	36,510	38,500	39,313	40,092	40,868	41,616
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-2,489	-2,612	-2,757	-2,867	-2,996	-3,152
Total de gasto corriente (4)	247,288	255,388	264,418	272,782	282,004	291,975
Otros gastos (5)	-4,068	-	-	-	-	-
Provisión obligaciones contractuales (6)	-	-	-	-	-	-
Gastos totales (7)=(4)+(5)+(6)	243,220	255,388	264,418	272,782	282,004	291,975
Excedente neto de ingresos sobre gastos (8)=(3)-(7)	-99,389	-104,250	-105,570	-105,885	-106,699	-107,885

Fuente: DF, IMSS.

Por otra parte, en materia de obra pública, en 2010 se autorizaron recursos para remodelar 3 guarderías ordinarias en la Delegación de San Luis Potosí, por un importe cercano a los 2 millones de pesos y se destinaron 15.4 millones de pesos para sustituir y adecuar el inmueble de la guardería Madres-IMSS IV del Centro Médico Nacional “La Raza”. En la Delegación Guanajuato se inició en 2011 la construcción de un nuevo inmueble para la guardería ordinaria de San Miguel de Allende, lo cual requirió una inversión de 24.3 millones de pesos y se tiene prevista su conclusión en diciembre de 2012. En el caso de la guardería ordinaria de Zacatecas se ha destinado un presupuesto de 10.9 millones de pesos para sustituir el inmueble que ocupaba la guardería; sin embargo, esta obra aún no se concluye por problemas estructurales en la edificación del inmueble.

iii) Actualizar, en el marco del Proyecto DAR (Desarrollo Armónico, nuestra Responsabilidad),

los procedimientos de alimentación, pedagogía, fomento de la salud, administración, planeación y supervisión-asesoría, tomando en consideración los costos que tendrían estas mejoras para no afectar el equilibrio financiero de las guarderías. Con ello, no sólo se mejora la gestión y operación de las guarderías, también se impacta 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.

En el SNV se ha dado prioridad a:

- 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 fortalecer los ingresos generados. Para este propósito en 2012 se destinarán 8.6 millones de pesos para remodelar el Velatorio de la colonia Doctores, previéndose con esta inversión mantener su competitividad dentro del sector e incluso mejorar la captación de servicios e ingresos.

- iii) El incremento en la cobertura para que el servicio esté disponible para una mayor población, a través de la expansión del sistema con la construcción de cinco unidades que serán incorporadas durante el segundo semestre de 2012; asimismo, se integrarán 33 capillas a las 58 existentes. Estos velatorios tendrán servicio de cremación, y se estima que generen ingresos durante los dos primeros meses en operación a partir de 2012 por al menos 7.4 millones de pesos adicionales, es decir, 6.4 por ciento más que los ingresos reportados en 2011 (cuadro VII.17). Se estima que los nuevos velatorios generarán un ingreso de 64 millones anuales a partir de 2013, equivalente a 55 por ciento más que lo reportado en 2011. 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. Con este sistema se espera 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 de usuarios atendidos de 3 por ciento, lo que representaría un

Cuadro VII.17
Impacto esperado por la apertura de los
Velatorios de Toluca, Pachuca, Ecatepec,
Tabasco y Tampico en 2012^{1/}

Velatorio	No. de capillas	No. de servicios	Ingresos (miles de pesos)	Impacto respecto a ingresos de 2011
Toluca	7	586	1,584.5	1.36%
Pachuca	7	586	1,584.5	1.36%
Ecatepec	5	419	1,131.78	0.97%
Tabasco	7	586	1,584.5	1.36%
Tampico	7	586	1,584.5	1.36%
Total	33	2,763	7,469.8	6.40%

^{1/} La estimación se realizó utilizando el promedio de servicios y precios en 2011, suponiendo que durante los dos meses que estarán en operación en 2012 (noviembre y diciembre) las nuevas unidades tendrán un ingreso menor en 30% con respecto al promedio de ingresos observado en 2011.

Fuente: DPES, IMSS.

aumento de al menos 23,000 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 para el 2009 fue de 82.3 por ciento, en 2010 de 89.5 y para el 2011 fue de 89.3, logrando con ello superar las metas establecidas en los últimos tres años.
- 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. Se mantuvo una fuerte promoción y difusión a través de las redes sociales *Facebook* y *Twitter* que promueve el Instituto a través de su campaña electrónica "Hábitos Saludables". Con lo anterior, se logró un incremento en los usuarios captados de 2.4 por ciento al cierre de 2010 que se tradujo en ingresos adicionales por 5'750 mil pesos, mientras que el costo de la campaña no superó los 256 mil pesos (4.4 por ciento del total

del incremento en ingresos). A finales del 2011 se trabajó en la realización de videos corporativos y familiares, así como en una galería fotográfica profesional que permitirá contar con material visual para la página *web* de los centros vacacionales y brindar al usuario la posibilidad de conocer las instalaciones, atractivos y servicios de los centros. Asimismo, se diseñó material promocional enfocado principalmente al turismo de reuniones, el cual muestra una mayor afluencia.



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 2011, el número de personas aseguradas en el SSFAM totalizó 470,541.

En este capítulo se analiza la situación financiera del SSFAM y se presenta su estado de resultados y las proyecciones financieras de sus ingresos y gastos para el largo plazo, las cuales se obtuvieron del Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA). 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 2011. Se consideran dos escenarios: con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo (CNP) del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP).

Cuadro VIII.1.
Estado de ingresos y gastos del Seguro de Salud para la Familia, al 31 de diciembre de 2011, con
registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos)

Concepto	Costo neto de periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro pleno
Ingresos		
Cuotas obrero-patronales y contribución federal	1,843	1,843
Productos de inversiones y otros ingresos	703	703
Total de ingresos	2,546	2,546
Gastos		
Servicios de personal (nómina a trabajadores IMSS) ^{1/}	3,790	3,659
Beneficios a los empleados (pagos a pensionados y jubilados IMSS)	1,259	1,390
Costo de beneficios a los empleados (RJP)	106	19,776
Prestaciones económicas	-	-
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	1,334	1,334
Mantenimiento	103	103
Servicios generales y subrogación de servicios	405	405
Intereses financieros y actuariales	16	16
Pérdida por deterioro de instrumentos financieros	-	-
Castigos por incobrabilidad	8	8
Depreciaciones	-	-
Reversión de cuotas obrero-patronales	-	-
Traslado de la depreciación	45	45
Reservas financieras y actuariales	-	-
Total de gastos	7,066	26,736
Excendente neto de ingresos sobre gastos	-4,520	-24,190

^{1/} Bajo el escenario de registro pleno del CNP en "servicios de personal" no se consideran 131 millones de pesos en 2011, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al RJP, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de "beneficios a los empleados".

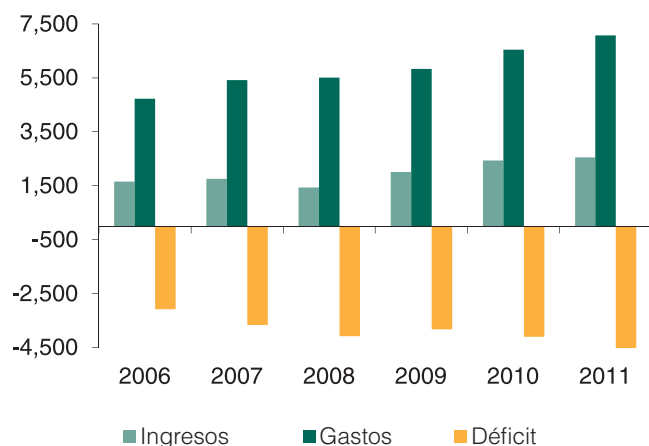
Fuente: Con registro parcial del CNP: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010; con registro pleno del CNP: Dirección de Finanzas (DF), IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones 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 2011 y Proyecciones para 2012.

Como se aprecia en el cuadro VIII.1, el SSFAM tuvo un déficit de operación de 4,520 millones de pesos bajo el escenario de registro parcial del CNP de las obligaciones laborales del Instituto, mientras que su déficit se incrementa a 24,190 millones de pesos con el efecto del reconocimiento pleno de estas obligaciones. Bajo ese segundo escenario, los ingresos de 2011 del

SSFAM fueron de 2,546 millones de pesos y los gastos de 26,736 millones de pesos, que corresponden a 1,050.1 por ciento del total de los ingresos.

Cabe señalar que el SSFAM ha mostrado déficits de operación durante todos los años del periodo 2006-2011, como se muestra en la gráfica VIII.1.

Gráfica VIII.1.
Estado de resultados del Seguro de Salud
para la Familia, 2006-2011
(millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

VIII.2. Proyecciones financieras de largo plazo

Desde su creación en 1997, el SSFAM ha sido deficitario, y de acuerdo con las cifras del presupuesto de operación 2012, se espera que concluya el presente ejercicio con un déficit que representará 201.4 por ciento de los ingresos del seguro. Las proyecciones realizadas con el MIFA indican que el déficit del SSFAM continuará aumentando en forma importante en los próximos años hasta representar 307.3 por ciento de los ingresos totales en 2050, como se observa en el cuadro VIII.2.

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: i) la prima de contribución (PC) del SSFAM equivale a 100 por ciento de los ingresos por cuotas obrero-patronales (COP)¹¹¹ y aportaciones del Gobierno Federal (AGF) de ese

seguro; ii) 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 iii) 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 y del SBC de equilibrio (SBC-E) se procedió a calcular la aportación anual (AA)¹¹² y la aportación anual necesaria (Aportación de Equilibrio [AE])¹¹³, 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 295.1 por ciento o bien, que esos ingresos por COP y AGF aumentaran progresivamente cada año desde 230 por ciento en 2012 hasta 364 por ciento en 2050, lo cual es equivalente a la PR (cuadro VIII.2).

Por otro lado, con base en las cifras del estado de cambios en la situación financiera, se calculó que en 2012 la AA por asegurado, incluyendo la cuota diaria por familia aportada por el Gobierno Federal, es de 4,518.1 pesos, mientras que la AE para financiar los gastos de ese año debería ser de 14,910.4 pesos, es decir, 2.3 veces más que la AA (cuadro VIII.2). 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 Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), mientras que los gastos continuarán creciendo en términos reales. Para el año 2050 se proyecta que la AE llegará a ser de 20,963 pesos, o sea 3.6 veces más que la AA. Expresada en

¹¹¹ En el financiamiento del SSFAM no participan los patrones, pero por cuestiones de clasificación contable se mantiene el concepto COP.

¹¹² 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.

¹¹³ 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.

veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF), la AA de 2012 y 2050 equivale a 72.5 y 60 veces el SMGVDF, en tanto que la AE de esos mismos años equivale a 239.2 y 278.3 veces el SMGVDF. Lo anterior significa que en 2012 la diferencia entre la AA y la AE sería de 166.7 veces el SMGVDF y en 2050 sería de 218.3 veces el SMGVDF (cuadro VIII.2).

En el cuadro VIII.3 se muestra el déficit financiero del SSFAM proyectado para los próximos 39 años, el cual se estima en términos de flujo promedio anual en

8,957 millones de pesos, y en valor presente para el periodo de proyección 2012-2050 en 177,616 millones de pesos.

Considerando las estimaciones del déficit del cuadro VIII.3, 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 295.1 por ciento con respecto a las actuales, o que las cuotas de contribución se incrementaran en 230 por ciento. Estas cifras se presentan en el cuadro VIII.4.

Cuadro VIII.2.
Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 de ingresos, gastos y déficit del Seguro de Salud para la Familia
(millones de pesos de 2012)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos												
Cuotas obrero-patronales	1,110	1,143	1,173	1,205	1,236	1,352	1,489	1,617	1,733	1,838	1,934	2,034
Aportaciones del Gobierno Federal	1,111	1,133	1,153	1,174	1,193	1,260	1,326	1,376	1,409	1,427	1,434	1,440
Otros ^{1/}	211	165	166	169	153	179	215	255	299	352	413	484
Ingresos totales	2,433	2,441	2,493	2,547	2,582	2,791	3,030	3,248	3,442	3,617	3,781	3,958
Gastos												
Gasto corriente ^{2/}	5,884	6,089	6,278	6,486	6,712	7,497	8,468	9,489	10,545	11,612	12,759	14,053
Prestaciones económicas ^{3/}	1,448	1,529	1,589	1,661	1,747	2,166	2,500	2,762	2,913	2,782	2,487	2,068
Inversión física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	7,332	7,617	7,867	8,147	8,459	9,663	10,969	12,252	13,458	14,394	15,246	16,121
Resultado financiero	-4,899	-5,177	-5,374	-5,600	-5,877	-6,872	-7,939	-9,004	-10,016	-10,777	-11,465	-12,163
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)	330.0	334.7	338.1	342.5	348.3	370.0	389.7	409.3	428.3	440.9	452.7	464.0
Media nivelada (PMN)	395.1	395.1	395.1	395.1	395.1	395.1	395.1	395.1	395.1	395.1	395.1	395.1
Diferencia (PMN-PC)	295.1	295.1	295.1	295.1	295.1	295.1	295.1	295.1	295.1	295.1	295.1	295.1
Aportación anual												
Actual	4,518.1	4,518.1	4,518.1	4,518.1	4,518.1	4,518.1	4,518.1	4,518.1	4,518.1	4,518.1	4,518.1	4,518.1
Actual en veces el SMGVDF	72.5	72.1	71.8	71.4	71.1	69.7	67.9	66.3	64.6	63.0	61.5	60.0
De equilibrio	14,910.4	15,123.9	15,274.6	15,475.6	15,734.7	16,714.7	17,607.2	18,494.3	19,349.7	19,918.6	20,452.4	20,963.0
De equilibrio en veces el SMGVDF	239.2	241.4	242.6	244.6	247.5	257.7	264.7	271.2	276.8	277.9	278.3	278.3
Diferencia en veces el SMGVDF	166.7	169.3	170.9	173.2	176.4	188.0	196.8	205.0	212.2	214.9	216.8	218.3

^{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.

Cuadro VIII.3.
Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 del déficit financiero
del Seguro de Salud para la Familia
(millones de pesos de 2012)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	Promedio anual 2012-2050	Valor presente 2012-2050 ^{1/}
Ingresos														
Cuotas obrero-patronales	1,110	1,143	1,173	1,205	1,236	1,352	1,489	1,617	1,733	1,838	1,934	2,034	1,615	33,018
Aportaciones del Gobierno Federal	1,111	1,133	1,153	1,174	1,193	1,260	1,326	1,376	1,409	1,427	1,434	1,440	1,345	28,568
Otros	211	165	166	169	153	179	215	255	299	352	413	484	282	5,408
Ingresos totales	2,433	2,441	2,493	2,547	2,582	2,791	3,030	3,248	3,442	3,617	3,781	3,958	3,242	66,993
Gastos totales	7,332	7,617	7,867	8,147	8,459	9,663	10,969	12,252	13,458	14,394	15,246	16,121	12,199	244,610
Resultado financiero	-4,899	-5,177	-5,374	-5,600	-5,877	-6,872	-7,939	-9,004	-10,016	-10,777	-11,465	-12,163	-8,957	-177,616

^{1/} Calculado con una tasa de descuento de 3.5 por ciento real.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro VIII.4.
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 (%)	Aportación promedio por asegurado 2012		Incremento necesario en la aportación (%)
	De contribución (PC) ^{1/}	Media nivelada (PMN)		Actual (pesos anuales)	De equilibrio (pesos anuales)	
	(a)	(b)		(d)	(e)	(f)=(e)/(d)-1
Seguro de Salud para la Familia	100.0	395.1	295.1	4,518.1	14,910.4	230.0

^{1/} En el SSFAM, la base es aportaciones actuales=100.

Fuente: DF, IMSS.

VIII.3. Opciones de política

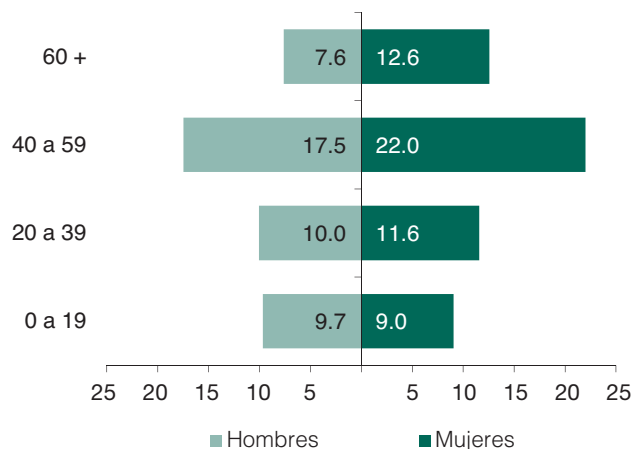
Entre las principales causas del déficit del SSFAM se identifican dos esenciales: i) la presencia de selección adversa, misma que significa que la población que se afilia a este seguro tiene un promedio de edad mayor a la edad de la población afiliada en el SEM, y ii) el nivel de las cuotas por edad 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 2011 estaban afiliados al SSFAM 470,541 asegurados, de los cuales 44.8 por ciento eran hombres y 55.2 mujeres; su edad promedio era de 40.9 años en el caso de los hombres y de 44.7 años en el de las mujeres.

Del total de asegurados, 18.7 por ciento correspondía al grupo de edad de 0 a 19 años; 21.6 por ciento, al grupo de 20 a 39 años; 39.5 por ciento, al de 40 a 59 años, y el restante 20.2 por ciento, al de 60 y más años de edad. En la gráfica VIII.2 se presenta la distribución de la población afiliada al SSFAM por sexo y grupo de edad.

Gráfica VIII.2.
Población afiliada al Seguro de Salud para la Familia por
sexo y grupo de edad, a diciembre de 2011
 (porcentajes)



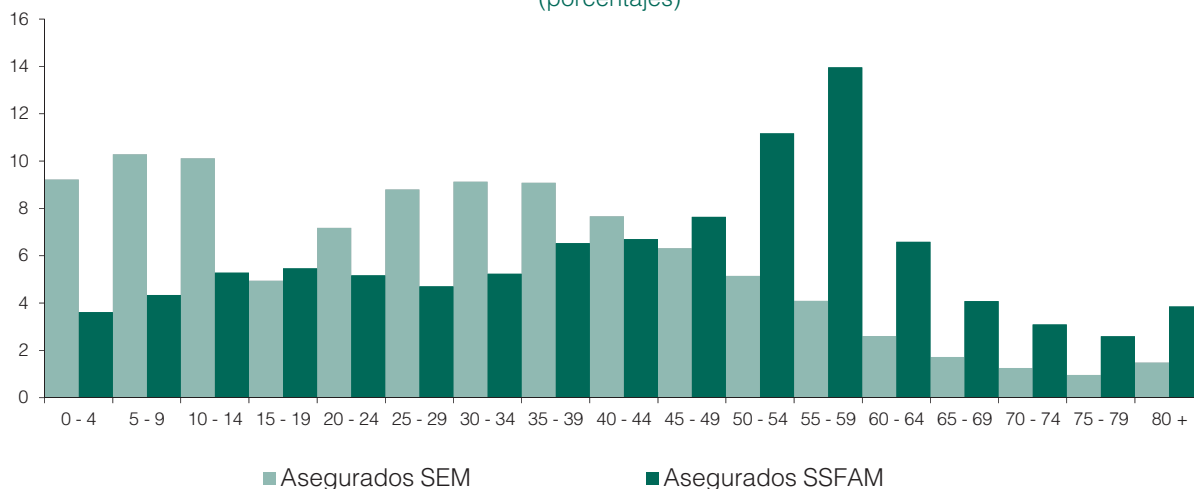
Fuente: DF con información de la DIR, IMSS.

Comparada con la población asegurada en el SEM, la del SSFAM es notoriamente mayor en las edades que rebasan los 40 años, situación que se muestra en la gráfica VIII.3.

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 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.

Gráfica VIII.3.
Población afiliada al Seguro de Enfermedades y Maternidad y al Seguro de Salud para la Familia
por grupo de edad, a diciembre de 2011^{1/}
 (porcentajes)



^{1/} La población afiliada al SEM y al SSFAM corresponde a la población derechohabiente adscrita a médico familiar descontándole la población de pensionados y de sus familiares.

Fuente: DF con datos del Sistema de Acceso a Derechohabientes (AcceDer), IMSS.

Cuotas por edad

En el cuadro VIII.5 se presentan las cuotas que se han aplicado en 2009, 2010 y 2011 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.

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 (HCT) del Instituto sea el que determine el importe de las cuotas a aplicar, previa realización de los análisis y estudios actuariales pertinentes. Eso significaría que las cuotas podrían ajustarse de manera que equilibrarían los ingresos y gastos de este seguro.

Se estima que de aplicarse esa política, el SSFAM podría incrementar sus ingresos en 5,628 millones de pesos en promedio anual durante el periodo 2013-2017, y medido en valor presente el beneficio sería de 172.7 mil millones de pesos en el periodo 2013-2050. El efecto de esa política sobre las finanzas del Instituto sería una disminución del déficit global de 11.5 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) de 2012 a 10.3 por ciento del PIB de ese mismo año. En el cuadro VIII.6 se presentan estos resultados.

Cuadro VIII.5.
Cuotas y déficit del Seguro de Salud para la Familia

(cuotas anuales en pesos corrientes; ingresos, gasto y déficit en millones de pesos corrientes)

Año	Cuotas anuales				Ingresos	Gasto	Déficit
	0 a 19	20 a 39	40 a 59	60 y más			
2009	1,222	1,428	2,134	3,211	2,004	5,826	-3,822
2010	1,265	1,479	2,210	3,326	2,440	6,540	-4,101
2011	1,321	1,544	2,307	3,472	2,547	7,067	-4,520

Fuente: DIR; DF, IMSS.

Cuadro VIII.6.
Estimación del impacto financiero de un ajuste en las cuotas de afiliación al Seguro de Salud para la Familia
(millones de pesos de 2012)

Descripción de la política	Flujo anual promedio derivado de la medida 2013-2017	Beneficios de la medida, en valor presente	% PIB 2012 ^{2/}	2013-2050 ^{1/}			
				Valor presente del déficit global			
				Sin la medida	% PIB 2012 ^{2/}	Con la medida	% PIB 2012 ^{2/}
Ajuste de las cuotas de afiliación para el financiamiento del Seguro de Salud para la Familia ^{3/}	5,628	172,717	1.1	1,741,227	11.5	1,568,509	10.3

^{1/} Se asume que los cambios legislativos requeridos para la implementación de las propuestas se efectuarían durante 2012, mientras que las políticas aplicarían a partir de 2013.

^{2/} Corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica 2012 (15'164,900 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.

Reservas y Fondo Laboral del Instituto



Capítulo

IX

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, la evolución reciente y las perspectivas 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 2011, la estrategia de inversión seguida durante el año, los rendimientos obtenidos, los niveles de riesgo financiero en que se incurrió, la inversión estratégica realizada en el fortalecimiento de Afore XXI, los usos de los fondos realizados recientemente, y las perspectivas sobre los usos futuros del fondo y las reservas, así como la evolución del saldo de las mismas¹¹⁴.

¹¹⁴ El capítulo se complementa con el Anexo F, en el cual se detalla funcionalmente el proceso integral de inversión de las reservas, se incluye el recuento de diversas acciones que han tenido lugar como consecuencia de la crisis de los mercados financieros de 2008-2009 y se abunda sobre los cambios en la clasificación contable de los instrumentos financieros del IMSS.

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).

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).

- Riesgos de Trabajo (SRT).
- 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.

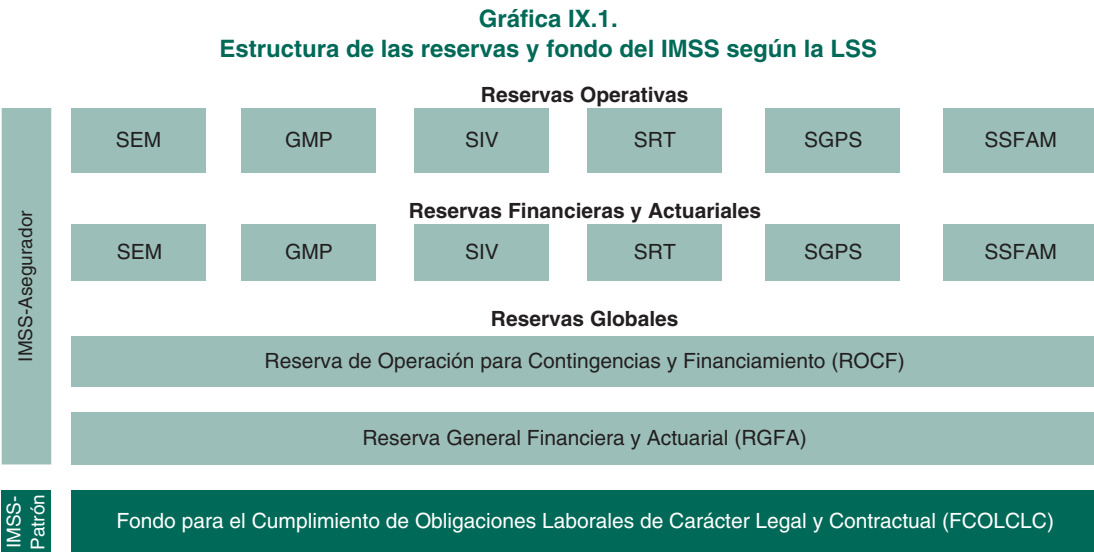
La estructura de las reservas y fondo del IMSS se resume en la gráfica IX.1.

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).

IX.1.2. Los propósitos de las reservas y fondo del IMSS

El propósito de cada una de las reservas y Fondo Laboral se detalla en el cuadro IX.1¹¹⁵.



Fuente: LSS.

¹¹⁵ Ver también el Capítulo X sobre el pasivo laboral del Instituto.

Cuadro IX.1.
Propósitos de las reservas y del Fondo Laboral

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 fondo 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 ocasionado 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 (profondeo). 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 de 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 asciende en la actualidad a 7 por ciento del salario. A esta subcuenta también se destina la aportación de 10 por ciento del salario al financiamiento del RJP de los trabajadores de Base y de Confianza "B" que ingresaron al Instituto a partir del 16 de octubre de 2005, lo que conforma la Subcuenta 2B. Se utiliza para el pago de las pensiones de Base y Confianza "B" que ingresaron al Instituto del 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 de junio 2008.

La Cuenta de Otras Obligaciones Laborales no cuenta con 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 aplicación¹¹⁶.

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 estipula 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 en la sección IX.2.2.

Es decir, 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 privadas¹¹⁷.

¹¹⁶ 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.

¹¹⁷ 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 1° 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.

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.

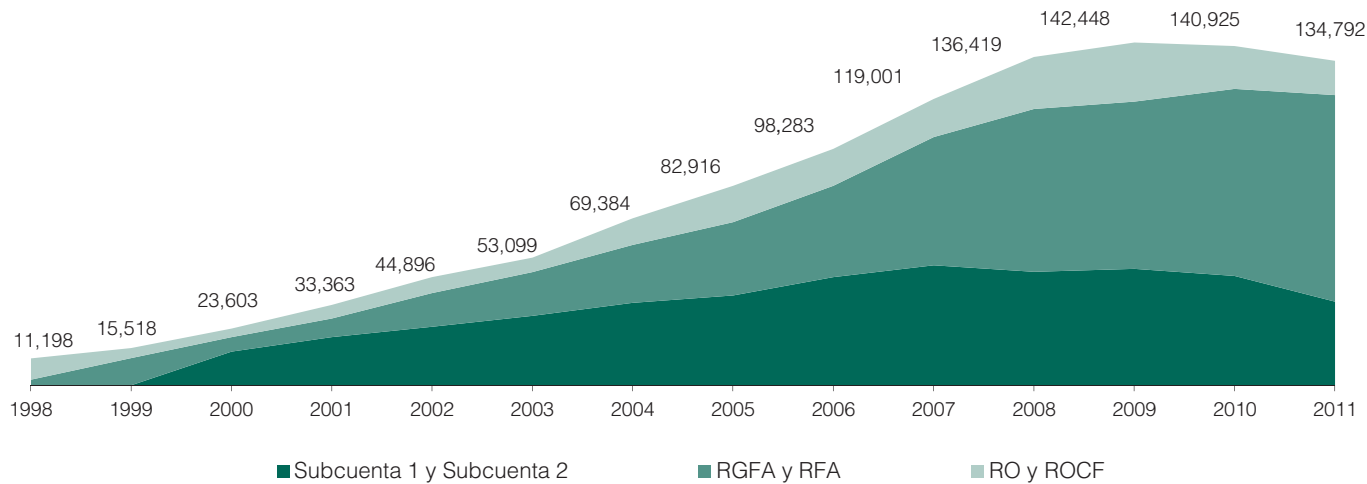
Como se puede apreciar, desde su creación hasta 2011, el saldo de las reservas y subcuentas del FCOLCLC creció, en términos nominales, 12 veces, resultado del esfuerzo de constitución de reservas aprobado por el HCT a través de fondeos anuales

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 2010 y 2011, la cual refleja la situación financiera de corto plazo del IMSS, y más adelante, en la sección IX.3.4, se muestran las proyecciones de corto plazo de los saldos de las reservas y Fondo Laboral.

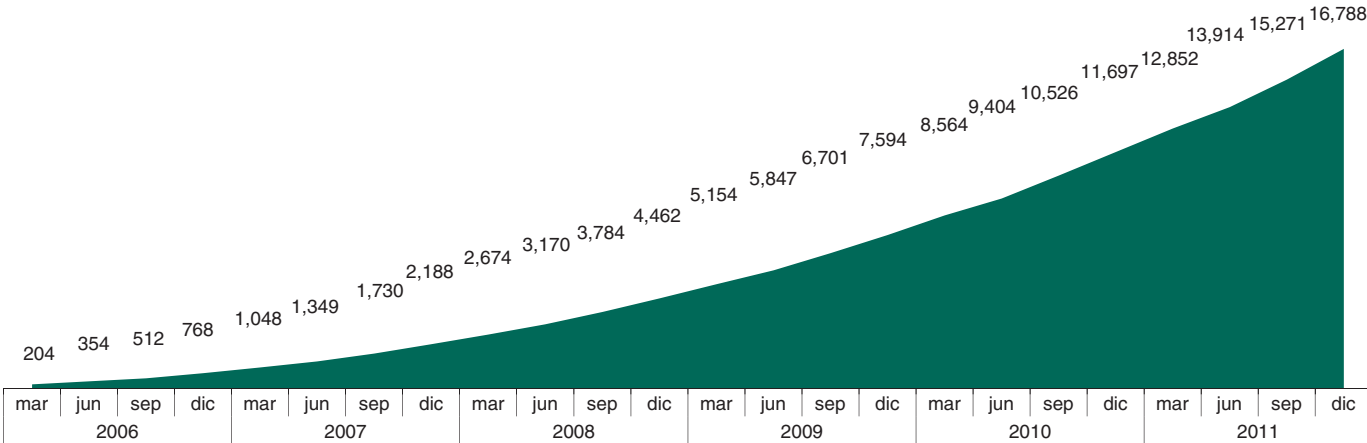
Considerando la reciente creación de la Subcuenta 2, en la gráfica IX.3 se presenta la evolución mensual

Gráfica IX.2.
Evolución del saldo de las reservas y Fondo Laboral, 1998-2011
(millones de pesos al cierre de cada año)



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.3.
Evolución del saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2006-2011
(millones de pesos al cierre de trimestre)



Fuente: DF, IMSS.

del saldo contable. Desde su creación hasta 2011 el saldo de la Subcuenta 2 creció, en términos nominales, 82.3 veces, resultado de las aportaciones quincenales y del rendimiento de las inversiones financieras.

IX.2. Inversión de las reservas y fondo

IX.2.1. Posición contable del portafolio de inversión

Al cierre de 2011, la posición contable de las reservas y Fondo Laboral del IMSS sumó 134,792 millones de pesos, lo que representa un decremento de 6,133 millones de pesos, o 4.3 por ciento, con respecto a la cifra de diciembre de 2010, tal y como se muestra en el cuadro IX.2.

Las variaciones de las reservas y Fondo Laboral obedecen a múltiples movimientos en el año, aportaciones, pago de intereses, traspasos y otros, destacando en 2011 el uso de 18,035 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC para el pago de las pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), así como la utilización de 2,414 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 contable se refieren a los recursos en inversión en instituciones financieras 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 pagados en efectivo; 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

Cuadro IX.2.
Posición de las reservas y del Fondo Laboral,
2010 y 2011^{1/}
(millones de pesos)

Reserva/Fondo	2010	2011
RO	10,783	12,977
ROCF	6,997	1,204
RFA ^{2/}	75,634	83,340
SRT	30,574	8,730
SIV	44,542	12,093
SEM	-	61,970
GMP	517	547
RGFA	2,108	2,488
Fondo Laboral	45,403	34,783
Subcuenta 1	33,706	17,995
Subcuenta 2	11,697	16,788
Total	140,925	134,792

^{1/} Al 31 de diciembre de 2011 se realizó el reconocimiento del deterioro contable (no materializado) de diversas inversiones en la RFA del SRT por 252.8 millones de pesos, la RFA del SIV por 56.2 millones de pesos y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral por 4.4 millones de pesos; en total fueron 313.4 millones de pesos. En el Anexo F se detalla este registro.

^{2/} En el SIV se incluyen los valores contables de la posición en la Afore XXI, S. A. de C. V., así como la adquisición de Afore Banorte Generali, los cuales se detallan en el cuadro IX.5. Por otra parte, por incumplimiento de la emisión Casita 07 no se incluye el pago de las amortizaciones programadas en julio y octubre de 2011 por 150 millones de pesos y de los cupones de marzo a diciembre de 2011 por 11.8 millones de pesos, los cuales en el balance se reportan en la cuenta de inversiones en litigio.

Fuente: DF, IMSS.

ya señalado en la sección IX.1.3 sobre los límites de inversión en 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.

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	Determina la DF^{1/}					
Horizonte de inversión			1 año			
Duración máxima				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.

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, junto con otros, los prerequisites para realizar las inversiones.

IX.2.3. Asignación estratégica de activos

La asignación estratégica de activos (AEA) es la ponderación porcentual óptima que se asigna y debe buscarse para cada clase y subclase de activo por portafolio de las reservas o 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 analizadas en diversos escenarios económicos.

Considerando que la NIF establece que la AEA deberá revisarse en forma anual, o cuando se prevea un cambio en los supuestos económicos y en las políticas de uso y constitución de los portafolios de inversión, la CIF aprobó en abril de 2011 una propuesta de AEA para las reservas RGFA y RFA, así como para las subcuentas del Fondo Laboral, la cual modificó la vigente hasta marzo. Esta asignación tomó en consideración principalmente cuatro factores:

1. El programa de usos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para 2011. El HCT autorizó la utilización hasta un máximo de 20,586 millones de pesos para enfrentar el gasto del RJP. No obstante, la composición de la subcuenta incluye instrumentos de mediano y largo plazos, por lo que los vencimientos de capital de las inversiones no podrían cubrir los requerimientos de liquidez de acuerdo con la proyección mensual de usos de esta subcuenta para 2011. Por lo anterior, se planteó la posibilidad de obtener la liquidez necesaria a través del intercambio de instrumentos financieros de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral por efectivo de las RFA y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, lo cual se realizaría previo acuerdo del HCT.
2. Las expectativas de tasas de rendimiento. Desde finales de 2008 y principios de 2009, como consecuencia de la crisis y con el objetivo de reactivar la actividad económica, así como disminuir los efectos en el sector real de la economía, las autoridades monetarias en Estados Unidos, México y prácticamente el resto del mundo tomaron medidas que provocaron la reducción de manera importante de las tasas de interés. Los niveles bajos se mantuvieron durante 2010 y para 2011 se pronosticaba que las tasas se mantuvieran en esos niveles durante el primer semestre y que en el resto del año se presentara un incremento gradual. Para inversiones a corto

plazo, los instrumentos a tasa nominal fija, de acuerdo con las expectativas mencionadas, serían los que contribuirían a maximizar los rendimientos.

3. Traspaso de reservas al SEM. El traspaso de recursos excedentes de las RFA del SRT y SIV a la RFA del SEM, que se estableció en la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) para el ejercicio 2011, obligó a considerar en la estrategia de inversión el posible uso de recursos de esta última reserva en el mediano plazo.

4. Medidas prudenciales de inversión. La AEA contempló las medidas prudenciales establecidas por la CIF y contenidas en la NIF ante las condiciones de volatilidad financiera e incremento del riesgo de los portafolios institucionales a partir de 2008 y 2009. Entre dichas medidas destacan las concernientes a la no realización de inversiones en deuda corporativa, en emisiones de la banca extranjera y del sector hipotecario, ajustes en la NIF a los límites y referencia del valor en riesgo de mercado y de crédito y la modificación de la clasificación de activos bajo el criterio de riesgo de crédito del emisor, entre otras.

Con base en lo anterior, la estrategia de inversión se enfocó en la inversión de los vencimientos de capital en instrumentos de corto plazo a tasas nominales fijas, previendo el uso de recursos y la posibilidad de intercambios de instrumentos financieros por efectivo para generar liquidez; adicionalmente, para la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, se propuso la inversión en instrumentos de deuda gubernamental a tasas nominales y reales de largo plazo cuando los niveles de las tasas de rendimiento fueran atractivos para contribuir a lograr el objetivo para el largo plazo de 3.7 por ciento real acorde con los estudios actuariales de suficiencia financiera. No se planteó realizar nuevas inversiones en deuda corporativa.

En el cuadro IX.4 se resume la AEA 2011 por clase de activos para cada una de las reservas y subcuentas del Fondo Laboral; para las RO y la ROCF los plazos de las inversiones se determinan por las necesidades de flujo

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, abril-diciembre 2011
 (porcentajes)

Clase de activo	RGFA	RFA	RJPS1	RJPS2
Deuda gubernamental	20.0	28.0	39.0	85.0
Deuda bancaria	80.0	63.0	37.0	6.5
Deuda corporativa	-	9.0	24.0	8.5

Fuente: DF, IMSS.

de efectivo del Instituto, según las instrucciones de la DF, considerando las clases de activos más convenientes según las condiciones de mercado.

IX.2.4. Inversión en Afore XXI

Desde 1997 el IMSS invirtió en el capital social de Afore XXI con recursos procedentes de la RFA del SIV. La participación del Instituto en la tenencia accionaria de esta administradora ha sido siempre de 50 por ciento y hasta 2011 el socio que mantenía la otra mitad del capital era el grupo norteamericano Prudential, a través de dos empresas, Prudential International Investments Corporation y DMO México. A través de Afore XXI, al cierre de 2011 el IMSS logró incorporar a 3.2 millones de trabajadores afiliados, aportándoles uno de los mejores índices de rendimiento neto a 36 meses, 10.09 por ciento frente a un promedio de la industria de 9.03 por ciento, como resultado de una baja comisión por la administración de sus recursos del SRCV y un mayor rendimiento por la inversión de los fondos, así como uno de los más destacados servicios de atención a los trabajadores. Como resultado, en diciembre de 2011 Afore XXI se ubicaba como la sexta administradora más importante del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), tanto por el monto de los fondos como por el número de cuentas de trabajadores que administraba.

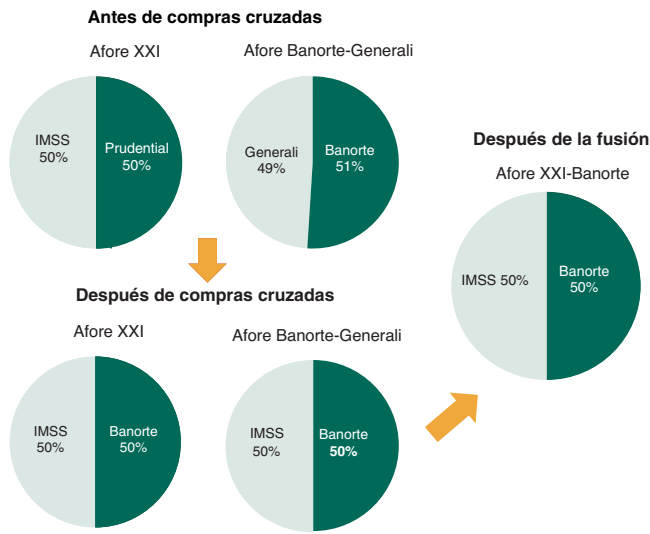
Por otro lado, el Instituto observaba que la industria de las AFORE se había ido concentrando en el número de participantes, al pasar de 21 administradoras en 2007 a 14 en diciembre de 2011. Así, para garantizar

en el futuro que Afore XXI pudiera enfrentar con éxito la competencia en la industria, reduciendo sus comisiones, requeriría incrementar su escala de operación, lo cual le permitiría reducir sus costos promedio, y al mismo tiempo necesitaba ganar acceso a una más amplia red de distribución de sus servicios. Dado lo anterior, el Instituto se propuso invertir en el fortalecimiento de Afore XXI.

Con este fin, el HCT autorizó en agosto de 2011 la realización de varias acciones con el fin de establecer compromisos inherentes para que el Banco Mercantil del Norte, S. A. Institución de Banca Múltiple (Banorte) comprara la tenencia accionaria en Afore XXI de Prudential, equivalente a 50 por ciento de la administradora, y que el Instituto invirtiera recursos de las RFA en la adquisición de 50 por ciento del capital accionario de Afore Banorte Generali para que, en caso de concretarse lo anterior, se realizaran los trámites correspondientes ante las autoridades competentes para llevar a cabo la fusión de las administradoras de Afore XXI y Afore Banorte Generali.

La propuesta de asociación con Banorte tomó en consideración que el tamaño de ambas administradoras les permitirá convertirse, mediante su fusión, en la AFORE más grande del sistema, alcanzando objetivos de sinergias importantes; adicionalmente que Banorte es una de las instituciones financieras más destacadas del país, es cien por ciento mexicana y estaba dispuesta a establecer una sociedad a partes iguales con el IMSS, es decir, en la cual cada accionista tuviera 50 por ciento del capital de la nueva AFORE que surgiría de la fusión. Para ello, Banorte estuvo de acuerdo en que el Instituto adquiriera la totalidad de la tenencia accionaria del grupo italiano Generali en Afore Banorte Generali, la cual equivalía a 49 por ciento de su capital, y el propio Banorte aceptó vender al IMSS parte de sus acciones en esa administradora, equivalentes a uno por ciento del capital social de Afore Banorte Generali, para que de esa manera el Instituto alcanzara 50 por ciento de propiedad de Afore Banorte Generali. El esquema de la operación se resume en la gráfica IX.4.

Gráfica IX.4.
Esquema accionario de la operación para el fortalecimiento de Afore XXI



Fuente: DF, IMSS.

Una vez autorizadas las transacciones por la Comisión Nacional del Sistema del Ahorro para el Retiro (CON SAR) y la Comisión Federal de Competencia (COFECO), en diciembre de 2011 se realizó el cierre de las operaciones de compra-venta.

El monto bruto total invertido por el IMSS para adquirir 50 por ciento de Afore Banorte Generali sumó 2,616 millones de pesos. De esa inversión, la cantidad de 1,284 millones de pesos (49 por ciento) se financió a partir de dividendos y retiros de capital pagados al Instituto en el pasado por Afore XXI, los cuales se encontraban depositados en la RFA del SIV; 132 millones de pesos (5 por ciento) provino del pago de Banorte al Instituto por un acuerdo bilateral relacionado con la transacción; 212 millones de pesos (8.1 por ciento) de dividendos recibidos en mayo de 2012 por el IMSS provenientes de capital en exceso existente en Afore Banorte Generali al momento de la adquisición del Seguro Social; 7 millones de pesos (0.3 por ciento) se obtuvo de una ganancia cambiaria por la transacción, y, el resto, 981 millones de pesos (37.5 por ciento) de otras inversiones líquidas de la RFA del SIV. Todos estos recursos corresponden a una reserva previamente acumulada por el IMSS, la cual

de acuerdo con la LSS se debe invertir para proteger el valor futuro de los fondos a partir de los cuales se pagarán pensiones a inválidos, viudas y huérfanos (RFA del SIV), y la operación sólo implicó invertirla en otro activo más rentable, tal y como se explica más adelante.

Los nuevos consejos de administración de Afore XXI y Afore Banorte Generali se instalaron en diciembre de 2011, en sesión conjunta celebrada en las instalaciones del IMSS. Ambas empresas subsistieron por separado hasta el 16 de enero de 2012, pero ya con una participación del IMSS y de Banorte igual a 50 por ciento del capital accionario total de cada una de las dos AFORE. En esa fecha se concretó la fusión de ambas administradoras y a partir de entonces la nueva empresa resultante se denominó Afore XXI Banorte.

En el cuadro IX.5 se muestra la situación contable al cierre del ejercicio de 2011 con respecto a la adquisición en compañías asociadas, como Afore XXI, y la adquisición en diciembre de Afore Banorte Generali.

En el cuadro IX.6 se muestra que, con motivo de la operación, la nueva Afore XXI Banorte se convirtió en la más grande del SAR por el número de cuentas

administradas (7.1 millones), y la cuarta más importante por los fondos de retiro manejados (198 mil millones de pesos).

Los beneficios de la fusión de ambas AFORE habrán de reflejarse en varios aspectos: de entrada, destaca el que la nueva Afore XXI Banorte es una administradora de fondos para el retiro cien por ciento mexicana; se alcanza un aumento del número de puntos de contacto para la atención de sus trabajadores clientes; para los 3.9 millones de cuentahabientes procedentes de la Afore Banorte hubo un beneficio inmediato al reducirse su comisión de 1.48 a 1.4 por ciento del saldo administrado; la Afore XXI Banorte podrá aprovechar economías de escala para reducir sus costos promedio de operación, por lo que se podrá comprometer con la reducción en sus comisiones y así alcanzar el cobro de una comisión de uno por ciento para 2015.

En cuanto a la rentabilidad de la operación para la RFA del SIV del IMSS, con base en el modelo financiero utilizado para determinar el valor de referencia de Afore Banorte Generali, la adquisición de 50 por ciento de esta administradora, una vez restado el pago por el acuerdo bilateral con Banorte y los dividendos provenientes del exceso de capital de Afore Banorte Generali, le

Cuadro IX.5.
Inversiones en acciones^{1/, 2/}
(millones de pesos)

Concepto	2011	2010
Compañía asociada Afore XXI	390.1	492.4
Compañía asociada Afore Banorte Generali		
Valor Contable	621.6	
Crédito mercantil	1,986.7	
Subtotal	2,608.3	
Contraprestación a favor del IMSS	-131.9	
Saldo	2,476.4	0.0
Total	2,866.4	492.4

^{1/} Proveniente del exceso de capital de Afore Banorte Generali, en mayo de 2012 el IMSS recibió un pago de dividendos por 212 millones de pesos.

^{2/} Los totales pueden no coincidir por cuestiones de redondeo.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro IX.6.
Cuentas de trabajadores y recursos administrados
por Afore XXI Banorte, 31 de diciembre de 2011

Cuentas de trabajadores			Recursos (millones de pesos)		
Lugar	AFORE	Número de cuentas	Lugar	AFORE	Recursos
	XXI Banorte	7,074,616	1	Banamex	260,015
1	Banamex	6,849,806	2	Bancomer	220,807
2	SURA	5,167,848	3	SURA	210,592
3	Bancomer	4,381,933		XXI Banorte	198,344
4	Principal	4,330,635	4	Profuturo GNP	168,103
5	Banorte Generali	3,899,833	5	Inbursa	109,338
6	XXI	3,174,783	6	XXI	107,592
7	Inbursa	3,159,478	7	Principal	105,552
8	Profuturo GNP	3,143,284	8	PensionISSSTE	94,021
9	Coppel	3,127,222	9	Banorte Generali	90,752
10	Invercap	1,501,548	10	Invercap	59,755
11	Metlife	1,231,327	11	Coppel	45,649
12	PensionISSSTE	942,348	12	Metlife	40,119
13	Azteca	892,341	13	Azteca	11,571
14	Afirme Bajío	709,881	14	Afirme Bajío	8,315
Total		42,512,267	Total		1,532,181

Fuente : CONSAR.

reportaría al Instituto una tasa anual de rendimiento de 15.3 por ciento, en la forma de un flujo de dividendos futuros, bajo el supuesto de que la Afore XXI Banorte continuara con una operación similar a la que se ha observado hasta el momento. Como referencia, la tasa de rendimiento histórica obtenida hasta 2011 por la inversión en la RFA del SIV es de 7.7 por ciento anual.

Adicionalmente, se tiene proyectado obtener sinergias en poco tiempo que redunden en ahorros de costos al fusionarse las dos AFORE. De la generación de valor resultante el IMSS podría obtener, adicionalmente a lo señalado en el párrafo anterior, un retorno de corto plazo de aproximadamente 50 por ciento sobre su inversión.

Al final, la inversión neta del IMSS, por un monto de aproximadamente 2,265 millones de pesos, implica haber pagado por las acciones de Afore Banorte Generali sobre un valor de 4.9 por ciento del total de los activos que administraba, es decir, 4.9 centavos por cada peso administrado¹¹⁸. La información pública disponible permite inferir que en transacciones recientes de compra-venta de AFORE, se han manejado múltiplos de 6.4 centavos por peso administrado o incluso superiores.

IX.2.5. Generación de liquidez para la Subcuenta 1 del Fondo Laboral

Con el fin de resolver el problema de liquidez que enfrentaría la Subcuenta 1 del Fondo Laboral en

¹¹⁸ El IMSS adquirió la mitad de Afore Banorte Generali. La inversión neta de 2,265 millones de pesos equivale a 2.45 por ciento del promedio de 90 días del saldo administrado por esa administradora, es decir, la mitad de 4.9 por ciento.

2011, dada la autorización del HCT para el uso de sus recursos por montos superiores a los de sus vencimientos y productos financieros, la CIF y el HCT aprobaron la posible venta de instrumentos financieros de la Subcuenta 1 antes de su vencimiento, o el intercambio de estos por efectivo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral y las RFA, estableciendo para ello lineamientos generales¹¹⁹.

Adicionalmente, la CIF aprobó las consideraciones y criterios de elegibilidad que, de manera general y particular, deben cumplir los instrumentos financieros susceptibles de intercambio con la Subcuenta 2 del Fondo Laboral y las RFA, considerando los objetivos de creación y de constitución de la subcuenta y reservas receptoras. En cumplimiento y derivado de lo anterior, para generar liquidez a la Subcuenta 1 la CIF aprobó el intercambio de instrumentos financieros de esta subcuenta por efectivo de la Subcuenta 2 y/o las RFA:

- En octubre de 2011 se intercambió un bloque de instrumentos financieros de la Subcuenta 1 por efectivo de la Subcuenta 2. La tasa de rendimiento a vencimiento del bloque intercambiado en términos reales fue de 3.71 por ciento. No se generaron excesos en los límites y requisitos de inversión. El intercambio de instrumentos financieros por efectivo de la Subcuenta 2 aportó liquidez a la Subcuenta 1 por 4,083.4 millones de pesos.
- En diciembre de 2011 nuevamente se intercambiaron instrumentos financieros de la Subcuenta 1 por efectivo de las RFA y la Subcuenta 2. La operación con las RFA ascendió a un total de 1,108.2 millones de pesos. El bloque de instrumentos financieros de la Subcuenta 1 intercambiado por efectivo de la Subcuenta 2 le reportó a esta última una tasa de rendimiento real a vencimiento de 3.73 por ciento en conjunto, y contribuyó con 1,819.6 millones de pesos a la

liquidez de la Subcuenta 1. Las operaciones no generaron excesos a los límites y requisitos de inversión.

El intercambio de instrumentos financieros por efectivo de las RFA, se ha realizado específicamente con las RFA del SRT y SIV, dado que, como se indicó en el Informe al Ejecutivo y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS 2010-2011, para la RFA del SEM se prevén usos en el mediano plazo.

La contribución total por el intercambio de instrumentos financieros de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral por efectivo de la Subcuenta 2 y las RFA ascendió a 7,011.2 millones de pesos durante 2011, tal y como se aprecia en el cuadro IX.7.

La gráfica IX.5 muestra la liquidez disponible y el perfil de vencimientos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral antes del primer intercambio realizado el 3 de octubre y después del último intercambio realizado el 28 de diciembre de 2011. A esta última fecha ya se habían realizado traspasos de la Subcuenta 1 a las RO por 12,740 millones de pesos en los meses de noviembre y diciembre.

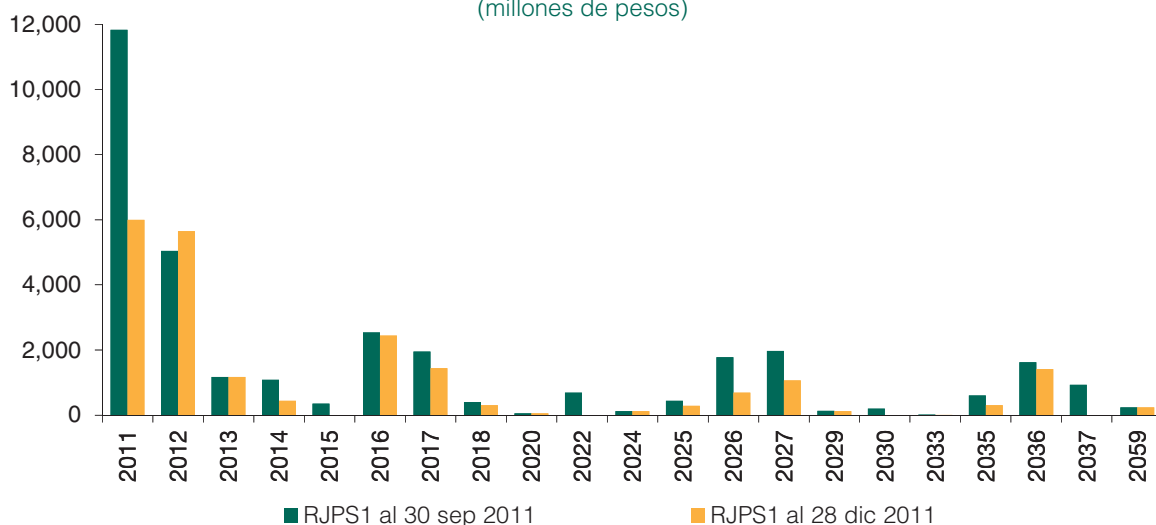
Cuadro IX.7.
Contribución al requerimiento de liquidez de la RJPS1
por intercambio de instrumentos financieros por
efectivo de la RJPS2 y las RFA
 (millones de pesos)

Fecha intercambio	RJPS2	RFA
03-oct-11	4,083.4	
19-dic-11	1,819.6	
21-dic-11		858.7
28-dic-11		249.5
Total contribución	5,903.0	1,108.2

Fuente: DF, IMSS.

¹¹⁹ Hasta el presente, no ha sido necesario vender ningún instrumento financiero de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, solamente se han realizado intercambios con la Subcuenta 2 del Fondo Laboral y las RFA.

Gráfica IX.5.
Perfil de vencimientos en la RJPS1 antes y después de los intercambios de instrumentos
financieros por efectivo de la RJPS2 y las RFA
(millones de pesos)



Fuente: DF, IMSS.

IX.2.6. Rendimientos financieros obtenidos en 2011

En el cuadro IX.8 se presentan los ingresos obtenidos durante 2011 por productos financieros de las inversiones, en millones de pesos, así como las correspondientes tasas de interés, en porcentaje.

Las tasas de rendimiento obtenidas en 2011 fueron inferiores a las logradas en 2010 para las reservas y el Fondo Laboral debido a múltiples factores. De entrada, en el mercado se presentó una disminución generalizada de las tasas de interés de referencia, al pasar la de Cetes a 28 días¹²⁰ de 4.52 a 4.31 por ciento entre mayo de 2010 y el mismo mes de 2011; en este lapso la Tasa de Interés Interbancario de Equilibrio (TIIE) se redujo de 4.94 a 4.85 por ciento, y la tasa de los Bonos M¹²¹ del Gobierno Federal a plazos de 10 años cayó de niveles superiores a 7.4 hasta menos de 7 por ciento.

Cuadro IX.8.
Productos financieros por reserva y
Fondo Laboral, 2010 y 2011^{1/, 2/, 3/}
(millones de pesos y tasas^{4/})

Reserva/Fondo	2010		2011	
	Mdp ^{5/}	Tasas (%)	Mdp ^{5/}	Tasas (%)
RO	422	4.18	366	4.53
ROCF	943	4.89	412	4.73
RFA	4,821	6.91	4,126	5.27
RGFA	99	5.11	109	4.73
Fondo Laboral	3,261	6.53	2,835	5.87
Subcuenta 1	2,521	6.20	1,863	5.30
Subcuenta 2	740	7.97	972	7.12
Total	9,546	6.32	7,848	5.99

^{1/} Incluyen rendimientos en dólares acumulados en el año y también la provisión contable por revaluación de posiciones del principal en moneda extranjera.

^{2/} Incluyen 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/} Incluyen disminuciones por provisiones contables de deterioro (no materializado) en 2010 y 2011, las cuales se detallan en el Anexo F.

^{4/} Tasas nominales.

^{5/} Millones de pesos.

Fuente: DF, IMSS.

¹²⁰ Certificados de la Tesorería de la Federación con vencimiento a 28 días.

¹²¹ Bonos emitidos por el Gobierno Federal a través de la SHCP; su agente colocador es Banco de México.

Adicionalmente, los plazos de inversión de las reservas y Fondo Laboral del IMSS se han reducido, con el objeto de obtener la liquidez requerida por la Subcuenta 1 del Fondo Laboral mediante los intercambios que se reportaron en la sección IX.2.5, lo que ha implicado pactar tasas de rendimiento más bajas, acordes con los plazos más cortos.

En cuanto al saldo en inversión, con el fin de enfrentar el gasto del RJP, y con la autorización del HCT, en 2011 se realizaron transferencias de la Subcuenta 1 del FCOLCLC hacia las RO para el pago de esta nómina, por un monto total de 12,740 millones de pesos en el mes de noviembre. La reducción del saldo de la Subcuenta 1 contribuyó a disminuir la generación de productos financieros al cierre del año 2011. Por su parte, el saldo de la ROCF disminuyó en 2,414 millones de pesos en el mes de diciembre, al destinarse a apoyar el Programa de Inversión Física.

Finalmente, se apunta que el Instituto tiene inversiones en notas estructuradas referenciadas al desempeño del Índice de Precios y Cotizaciones (IPC) de la Bolsa Mexicana de Valores. El IPC presentó una disminución de 1,473 puntos al cierre del ejercicio 2011 con respecto a 2010, lo cual generó que se disminuyera la provisión de productos financieros, con la consiguiente afectación en la tasa de rendimiento.

Rendimientos financieros 1999-2011

Derivado de la inversión de sus Reservas y Fondo Laboral, el Instituto ha obtenido, desde 1999 al cierre de 2011, rendimientos acumulados por 82,121 millones de pesos, aprovechando el régimen de inversión que le permiten la LSS y el Reglamento de Inversiones Financieras. Esos rendimientos son netos de los reconocimientos de deterioro de diversos instrumentos financieros.

Como se puede apreciar en el cuadro IX.9, de haber invertido el IMSS sus Reservas y Fondo Laboral únicamente en deuda gubernamental de corto plazo (Cetes a 28 días), históricamente hubiera obtenido rendimientos por 74,209 millones de pesos, es decir, 7,912 millones menos que los realmente registrados. Esto se traduce en una tasa anual de rendimiento histórica de 7.49 por ciento sobre sus inversiones financieras, contra una tasa de 6.98 por ciento que pagó el papel gubernamental de corto plazo.

Este beneficio es neto de las provisiones contables por deterioro que el IMSS ha aplicado a diversos instrumentos financieros hasta el cierre de 2011, tal y como se detalla en el anexo F.

Aun tomando en cuenta la disminución de valor de mercado de las inversiones en deuda corporativa reconocida a través de los registros de deterioro, la cual todavía no se materializa, el resultado para el IMSS de haber aprovechado el régimen de inversión diversificado ha sido favorable.

Otros indicadores de desempeño financiero

El IMSS mantiene parte de las inversiones financieras a vencimiento y, en consecuencia, en la contabilidad no se toman en cuenta las fluctuaciones en las estimaciones de los precios de mercado en este tipo de inversiones. No obstante, el Instituto sigue la práctica de dar seguimiento al valor de mercado de sus activos financieros y de evaluar en el corto plazo los rendimientos obtenidos por la inversión de la totalidad de sus portafolios. Esta evaluación del desempeño, a valor de mercado y de corto plazo, se encuentra normada en la NIF.

Cuadro IX.9.
Rendimientos obtenidos por el IMSS vs. rendimiento si hubiera
invertido el mismo saldo en Cetes 28, 1999-2011
(millones de pesos)

Años	Monto promedio	IMSS		CETES 28	
		Rendimiento	Tasas (%)	Rendimiento	Tasas (%)
1999	16,762.8	3,253.4	19.14	3,569.5	21.29
2000	20,421.1	3,362.9	16.20	3,118.9	15.27
2001	32,087.2	3,742.3	11.50	3,593.9	11.20
2002	41,982.0	3,211.8	7.55	2,987.1	7.12
2003	56,642.5	3,790.3	6.60	3,342.2	5.90
2004	66,414.5	4,861.4	7.20	4,550.9	6.85
2005	79,711.1	7,349.9	9.09	7,341.6	9.21
2006	94,616.0	6,996.8	7.29	6,807.4	7.19
2007	114,876.2	8,469.4	7.27	8,271.1	7.20
2008	132,555.8	10,053.8	7.46	10,270.9	7.75
2009	144,628.6	9,635.4	6.57	7,842.3	5.42
2010	148,950.4	9,545.9	6.32	6,578.9	4.42
2011	139,962.2	7,847.8	5.99	5,934.3	4.24
Total		82,121.1	7.49	74,208.9	6.98

Fuente: DF, IMSS.

Con el fin de realizar esta evaluación, a partir de octubre de 2007, la CIF ha establecido *benchmarks*¹²² y posteriormente ha aprobado su actualización, para las RO, la ROCF, la RGFA, las RFA y las Subcuentas 1 y 2 del Fondo Laboral. Los *benchmarks* vigentes en 2011 tomaron en cuenta diversas medidas prudenciales de inversión establecidas por la CIF, así como la eliminación del cálculo del *benchmark* de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, ya que ante los usos proyectados del fondo, las nuevas inversiones se concentran en instrumentos de muy corto plazo.

Los índices de las RO, la ROCF, la RGFA y sus *benchmarks*, presentan un comportamiento más estable que los índices de las RFA y la Subcuenta 2, ya que son portafolios con un horizonte de inversión de corto plazo en los que se pactan en forma regular

operaciones en fondeo y reporto, por lo que su sensibilidad a cambios en factores de riesgo, como tasas de interés, es menor respecto a portafolios invertidos a mayor plazo; tampoco presentan posición referenciada a índices accionarios y, en el caso de la ROCF y la RGFA, no estuvieron expuestos al riesgo cambiario; de esta forma, estos portafolios muestran en forma consistente un comportamiento semejante al de sus portafolios de referencia durante el 2011 según se observa en las gráficas IX.6, IX.7 y IX.8.

La tasa de rendimiento de las RO al cierre de 2011 fue menor a la de su *benchmark*, derivado de la fuerte apreciación del peso a partir de agosto, ya que las RO tuvieron una mayor proporción en dólares cuando se presentó este movimiento en el tipo de cambio (gráfica IX.6). Estas mantuvieron en promedio una

¹²² 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 índice del valor de mercado de la reserva o fondo del IMSS respecto al *benchmark*.

posición en dólares de 2.1 por ciento del portafolio, para cubrir durante el año compromisos institucionales denominados en dicha moneda.

A partir de agosto, la ROCF se separa del *benchmark* debido a que se pactaron operaciones a mejor tasa de rendimiento y mayor plazo; de esta forma, la ROCF superó el rendimiento del *benchmark* al cierre de 2011 (gráfica IX.7).

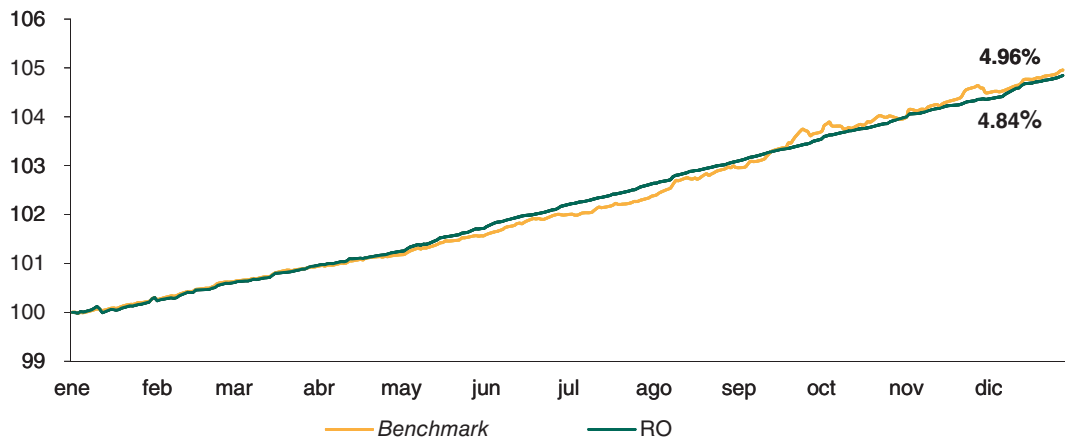
El índice de la RGFA constituye el portafolio de corto plazo con mayor similitud en su comportamiento en relación a su *benchmark*; este último se vio ligeramente más beneficiado en el periodo, porque presenta posición en instrumentos bancarios referenciados a tasa revisable, los cuales en el corto plazo mostraron mayor incremento en su estimación de valor de mercado que instrumentos u operaciones referenciados a tasa fija (Cetes), que fueron el tipo de instrumentos pactados en las inversiones de la RGFA (gráfica IX.8).

El alza promedio en las tasas de rendimiento de los instrumentos gubernamentales a mediano y largo plazos durante el primer trimestre de 2011, propició una

caída en los índices de las RFA y su *benchmark*, como se muestra en la gráfica IX.9, ya que los movimientos en tasas impactan en el sentido contrario los índices que reflejan la estimación del valor de mercado de los portafolios. La separación que registran estos índices en los siguientes dos trimestres se explica por la baja promedio de tasas de rendimiento gubernamentales, la cual favoreció más al *benchmark* al presentar éste último mayor posición en deuda gubernamental a largo plazo, al mismo tiempo que en las RFA se realizaron inversiones de corto plazo, asociadas a las necesidades de liquidez de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.

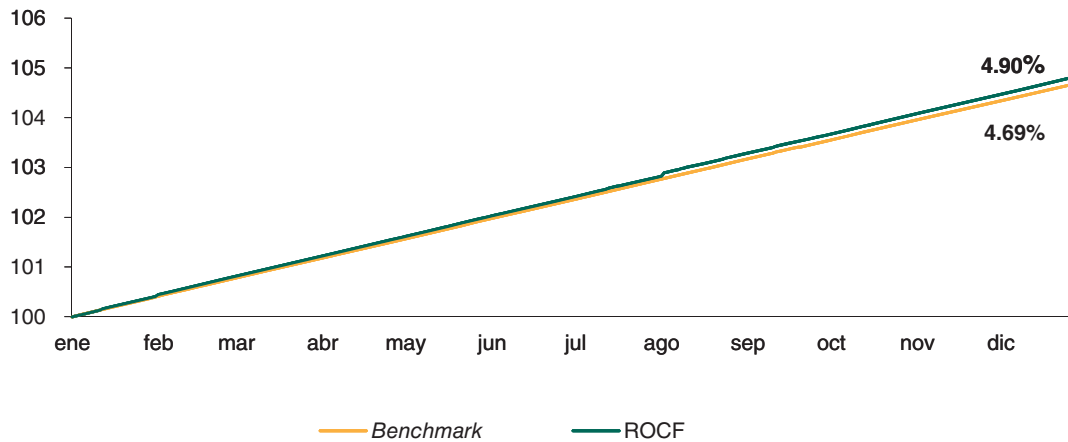
La Subcuenta 2 del Fondo Laboral y su *benchmark* son los portafolios más concentrados en deuda gubernamental de largo plazo, resaltando la mayor posición del portafolio teórico en este tipo de deuda; lo anterior, explica que el *benchmark* muestre más sensibilidad a los movimientos en las tasas de rendimiento, por lo que la baja promedio de tasas en el tercer trimestre, favoreció en mayor proporción a este portafolio institucional, propiciando la separación del índice de la Subcuenta 2 de su referencia, en dicho periodo, pues la Subcuenta 2 debió mantener una mayor liquidez con el objeto de apoyar a la de la Subcuenta 1 al final de 2011 (gráfica IX.10).

Gráfica IX.6.
Evaluación del desempeño de corto plazo de las RO, índice del *benchmark* vs. índice del valor de mercado, 2011



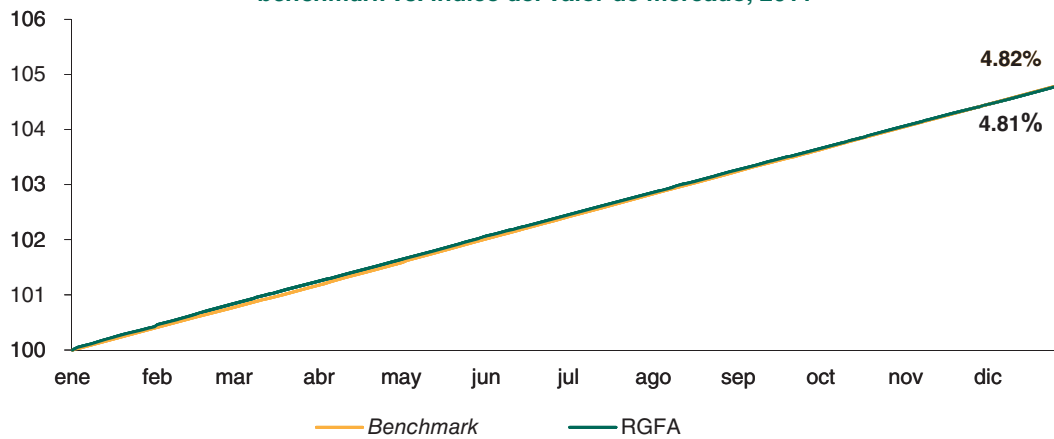
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.7.
Evaluación del desempeño de corto plazo de la ROCF,
índice del *benchmark* vs. índice del valor de mercado, 2011



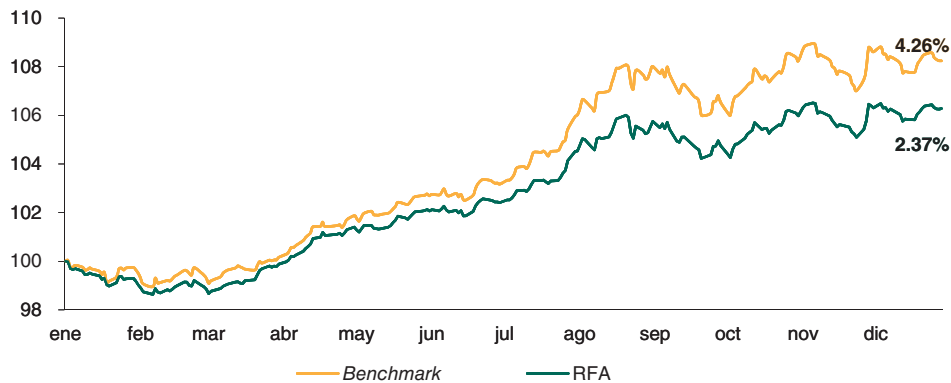
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.8.
Evaluación del desempeño de corto plazo de la RGFA, índice del
benchmark vs. índice del valor de mercado, 2011



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.9.
Evaluación del desempeño de corto plazo de las RFA,
índice del *benchmark* vs. índice del valor de mercado, 2011



Fuente: DF, IMSS.

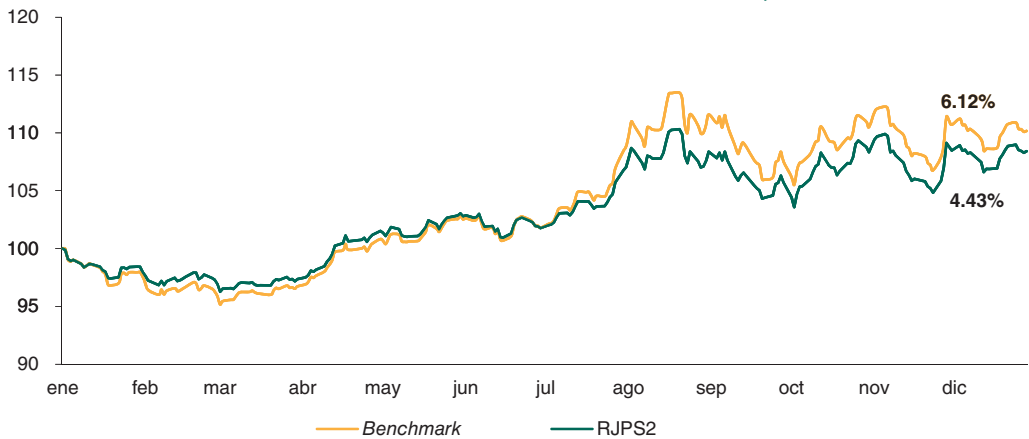
Las tasas de rendimiento de los portafolios institucionales y las de sus *benchmarks* se muestran en los cuadros IX.10.A y IX.10.B. En el caso de las RFA y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral las tasas presentadas se expresan en términos reales y se calculan tomando en cuenta el rendimiento obtenido, descontando 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.

IX.2.7. Registro contable

Registro “conservados a vencimiento”

El Instituto clasifica los instrumentos financieros como “conservados a vencimiento” en los portafolios de las reservas y Fondo Laboral en los que se tiene la intención de mantener la inversión hasta su vencimiento, de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados en las Normas de Información Financiera, por lo que el registro y la valuación contable de las posiciones de inversión se realizan a su costo de adquisición actualizado¹²³.

Gráfica IX.10.
Evaluación del desempeño de corto plazo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral,
índice del *benchmark* vs. índice del valor de mercado, 2011



Fuente: DF, IMSS.

Cuadro IX.10.A.
Desempeño de reservas y Fondo Laboral^{1/, 2/}
(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 últimos 12 meses			
				5 años	3 años	2 años	12 meses	Acumulada	Efectiva	Inflación	IMSS	Benchmark	Inflación
RO	nominal										4.84	4.96	-
ROCF	nominal										4.90	4.69	-
RGFA	nominal		6.77	6.17	5.37	4.92	4.73	4.73	4.73		4.81	4.82	-
RFA ^{1/}	real	3.5	2.63	2.11	2.26	1.82	1.25	1.25	1.25	3.82	2.37	4.26	3.82
RJPS1 ^{2/}	real	3.5	2.89	1.98	1.93	1.38	0.94	0.94	0.94	3.82	-	-	-
RJPS2	real	3.7	3.19	3.19	3.37	3.25	3.17	3.17	3.17	3.82	4.43	6.12	3.82

^{1/} El índice de las RFA a mercado no incorpora la inversión en Afore XXI Banorte.

^{2/} La CIF aprobó la exclusión del *benchmark* del RJPS1 a partir de abril de 2010.

Fuente: DF, IMSS.

¹²³ 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.10.B.
Desempeño de reservas y Fondo Laboral^{1/}
 (tasas de rendimiento anual, reales)

Portafolio	Tasa	Rendimientos registrados para su venta	
		Año actual	
		oct-dic	Inflación
RJPS1	real	10.66%	10.17%
RFA del SEM	real	nov-dic	Inflación
		6.69%	11.29%

^{1/} El índice de las RFA a mercado no incorpora la inversión en Afore XXI Banorte.

Fuente: DF, IMSS.

No obstante, como una práctica normada en la NIF, trimestralmente se presenta a la CIF el comparativo entre el valor estimado de mercado de las inversiones clasificadas como “conservadas a vencimiento” y su valor registrado contablemente, para cada una de las reservas y las subcuentas del Fondo Laboral. En el cuadro IX.11 se muestra un resumen de este comparativo al cierre de 2011. Como se puede apreciar, para estos instrumentos la estimación del valor de mercado de las reservas y Fondo Laboral del IMSS es 532 millones de pesos superior al registro contable, es decir, presenta una plusvalía de 1.05 por ciento.

En el anexo F se reporta el registro por deterioro que se aplicó a diversos instrumentos financieros clasificados como “conservados a vencimiento”.

Registro “disponibles para su venta”

Con la autorización del HCT, durante 2011 el Instituto modificó la clasificación del registro contable de los instrumentos financieros de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral con vencimiento posterior a 2012 y de la RFA del SEM a “disponibles para su venta”, de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados en las Normas de Información Financiera, debido a las proyecciones de uso de estos recursos en el corto y mediano plazos, lo que imposibilitaba sostener el criterio de que se les podría mantener en el portafolio de inversión hasta su vencimiento¹²⁴.

En el cuadro IX.12 se muestra un comparativo al cierre de 2011 entre el valor de mercado y el monto invertido de estos instrumentos clasificados como “disponibles para su venta”. Como se puede apreciar, la estimación de su valor de mercado es 1,171 millones de pesos (1.61 por ciento) superior a la inversión histórica.

Cuadro IX.11.
Instrumentos conservados a vencimiento,
comparativo valor de mercado vs. valor contable, cierre del ejercicio 2011^{1/, 2/}
 (millones de pesos)

Portafolios: RGFA, RFA, RJPS1 y RJPS2	Valor		Variación Valor	
	Mercado	Contable	Mercado vs. Contable	
Gubernamental	9,397	8,692	705	7.50%
Bancario	35,947	36,138	-190	-0.53%
Corporativo	5,343	5,326	17	0.32%
Mercado accionario	30	30	0	0.00%
Total	50,717	50,186	532	1.05%

^{1/} El valor contable no incluye el valor invertido en la Afore XXI, S. A. de C. V.

^{2/} El valor de mercado se obtiene de la empresa Valuación Operativa y Referencias de Mercado S. A. de C. V. (VALMER), la cual está dedicada a proporcionar, diariamente, precios actualizados para la valuación de instrumentos financieros, así como servicios integrales de cálculo, información, análisis y riesgos, relacionados con dichos precios. VALMER, fundada en el año 2000, se encuentra regulada y supervisada por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores.

Fuente: DF, IMSS.

¹²⁴ En el Anexo F se abunda sobre los detalles y el impacto de este cambio de clasificación contable de los instrumentos financieros referidos.

IX.2.8. 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. Dentro de los riesgos cuantificables se encuentran:

- El riesgo de mercado, el cual es la pérdida potencial ante cambios en los factores de riesgo, es decir, 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 a valor de mercado 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 2011 estuvieron dentro de los límites establecidos, excepto en el caso de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, debido a que por el uso de sus recursos la composición de esta subcuenta se modifica constantemente, por lo cual la CIF no ha considerado necesaria ninguna acción adicional para reducir el nivel de riesgo, ya que, precisamente por las perspectivas de su utilización para el pago de la nómina del RJP, todas las nuevas inversiones que se realizan son de muy corto plazo.

La posición del VaR de mercado de las RFA, la RGFA y las subcuentas del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2011 se presenta en el cuadro IX.13, mientras que en la gráfica IX.11 se puede apreciar la evolución del VaR de mercado durante el 2011, 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 2011 se presentan en el cuadro IX.14, mientras que en la gráfica IX.12 se puede apreciar la evolución de

Cuadro IX.12.
Instrumentos disponibles para su venta,
comparativo valor de mercado vs. monto invertido, cierre del ejercicio 2011^{1/}
(millones de pesos)

Portafolios: RGFA, RFA, RJPS1 y RJPS2	Valor Mercado	Monto Invertido	Variación Valor Mercado vs. Monto Invertido	
Gubernamental	31,095	30,445	650	2.09%
Bancario	35,026	34,429	597	1.71%
Corporativo	6,660	6,531	129	1.93%
Mercado accionario	30	235	-205	-678.63%
Total	72,811	71,640	1,171	1.61%

^{1/} El valor de mercado es obtenido de la empresa Valuación Operativa y Referencias de Mercado S. A. de C. V. (VALMER).
Fuente: DF, IMSS.

la posición del VaR de crédito durante el 2011, con respecto a los límites establecidos en la NIF.

El monitoreo de los riesgos de inversión se realiza periódicamente conforme a los límites de inversión establecidos en la NIF y se presentan cada semana a la CIF. 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.

Cuadro IX.13.
Valor en riesgo de mercado al cierre
de diciembre de 2011
 (límites, referencias y posición)

Concepto	Posición al 31 de diciembre Porcentaje sobre el valor de mercado de cada cartera			
	RGFA	RFA ^{1/}	RJPS1 ^{2/}	RJPS2 ^{3/}
Límite	0.5	-	-	-
Referencia	-	-	1.0	-
Udibonos A/B	-	4.8	-	6.8
Posición	0.01	1.6	2.4	5.5

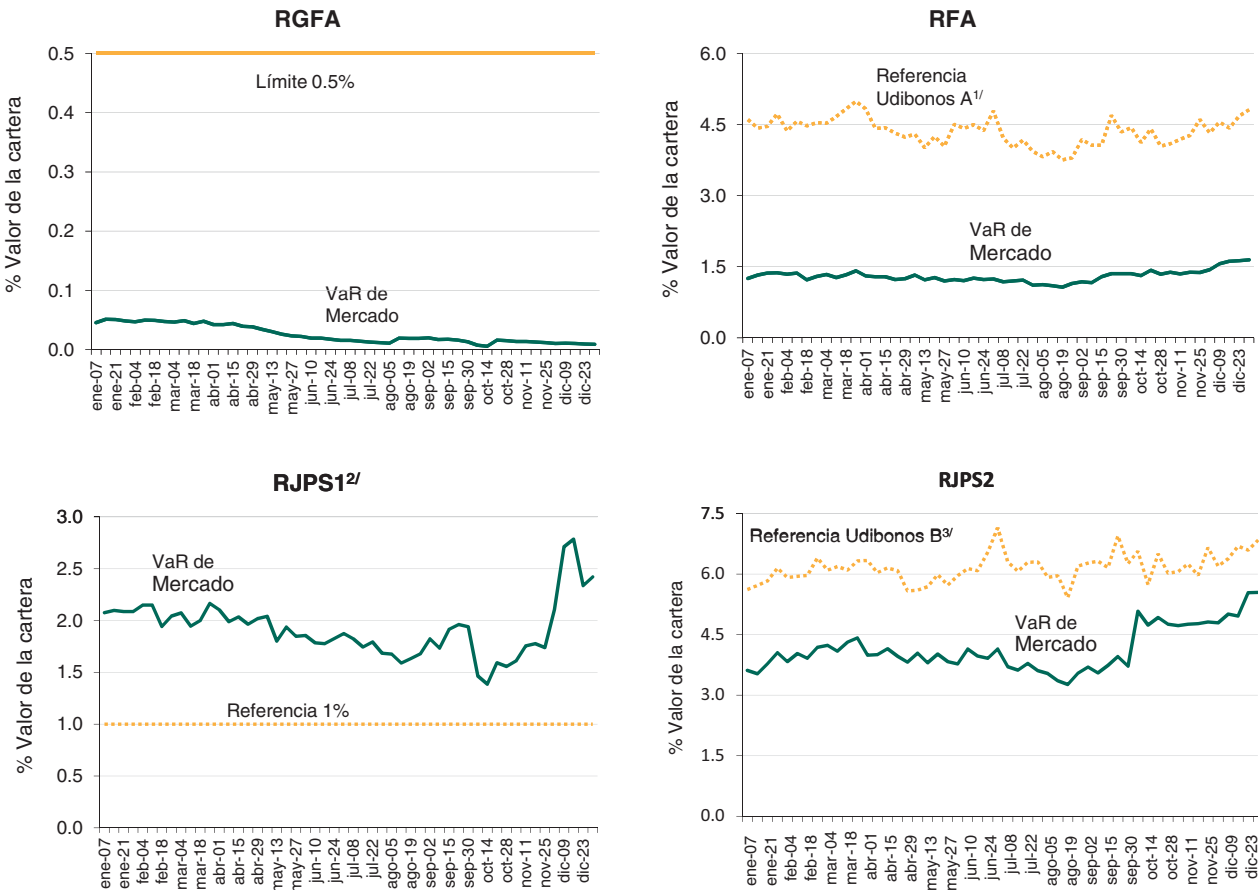
^{1/} Udibonos A, incluye todas las emisiones de Udibonos disponibles en el mercado.

^{2/} Exceso de referencia por modificación de límites en la NIF.

^{3/} Udibonos B, incluye las emisiones de Udibonos disponibles en el mercado con plazo a vencimiento mayor a cinco años.

Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.11.
Evolución del valor en riesgo de mercado durante 2011
 (límites, referencias y posición)



^{1/} Udibonos A, incluye todas las emisiones de Udibonos disponibles en el mercado.
^{2/} Exceso de referencia por modificación de límites en la NIF.
^{3/} Udibonos B, incluye las emisiones de Udibonos disponibles en el mercado con plazo a vencimiento mayor a cinco años.
 Fuente: DF, IMSS.

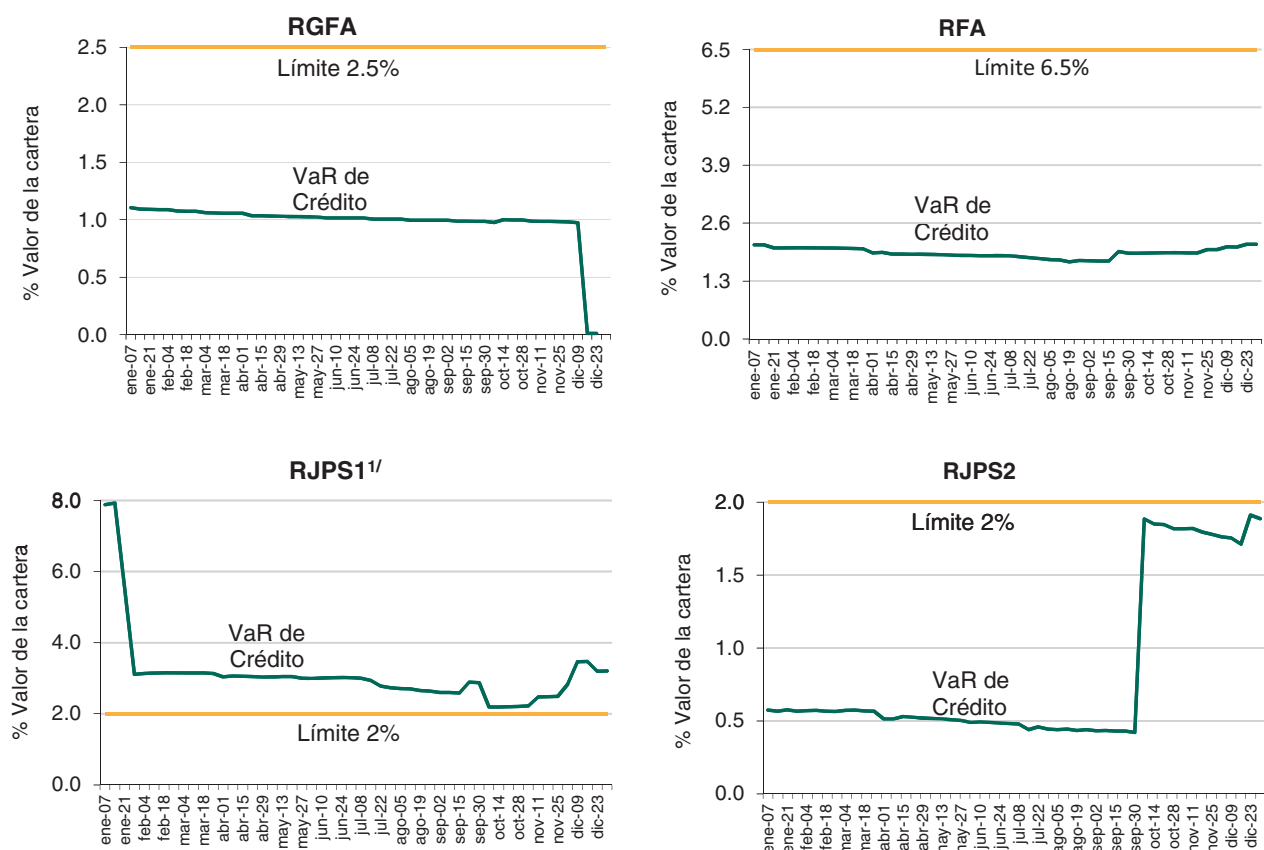
- Límites por contrapartes: conforme a su calificación, en operaciones en directo para contrapartes nacionales, de corto y largo plazos, y contrapartes extranjeras, de largo plazo, así como límites en directo para banca de desarrollo, y en operaciones de reporto, para contrapartes bancarias y casas de bolsa nacionales.
- Límites de deuda corporativa: por calificación, de corto y largo plazos, por sector económico, por emisor y por emisión de deuda corporativa¹²⁵.

Cuadro IX.14.
Valor en riesgo de crédito al cierre de 2011
(límite y posición)

Concepto	Posición al 31 de diciembre Porcentaje sobre el valor de mercado de cada cartera			
	RGFA	RFA	RJPS1 ^{1/}	RJPS2
Límite	2.5	6.5	2.0	2.0
Posición	0.01	2.1	3.2	1.9

^{1/} Exceso de límite por cambio de NIF, autorizado por la CIF mediante Acuerdo 8-433/10.
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.12.
Evolución del valor en riesgo de crédito durante 2011
(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.

¹²⁵ En el Anexo F se detalla la evolución de la posición en deuda corporativa a partir de la crisis financiera de 2008-2009.

IX.3. El uso y las perspectivas de las reservas y Fondo Laboral

IX.3.1. Usos de las reservas

En el ejercicio 2011 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

En 2011 se realizaron transferencias de la Subcuenta 1 del FOLCLC a las RO solicitadas por la DF, para el pago de la nómina del RJP por un monto total de 18,035 millones de pesos, en el mes de noviembre de 2011 y en enero de 2012; este último uso se registró contablemente al cierre del ejercicio 2011, tal y como se detalla en el cuadro IX.15.

Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento

Con relación a la ROCF, en el cuadro IX.16 se muestran con detalle los fondeos y transferencias realizados durante el año 2011. Destaca el uso de los fondos para apoyar el gasto en el Programa de Inversión Física, por 2,414 millones de pesos, y los movimientos netos por los préstamos otorgados a las RO, en ambos casos de acuerdo con la LSS y por solicitud de la DF.

IX.3.2. Transferencia de recursos excedentes a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad

En el Artículo 1° de la LIF para el ejercicio fiscal de 2011 se estableció que el Instituto podría transferir a la RFA del SEM el excedente de las RFA del SIV y 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 Actariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., con el fin de que estimara 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, se resumen en el cuadro IX.17.

En cumplimiento con lo establecido en la LIF para el ejercicio fiscal de 2011, el 28 de septiembre de 2011 el HCT aprobó la transferencia de los excedentes de los saldos de las RFA del SRT y SIV, a la RFA del SEM, por un monto de 61,222 millones de pesos.

Las consideraciones para la transferencia de recursos fueron aprobadas por la CIF en octubre de 2011, llevándose a cabo el 1° y 3 de noviembre. El cuadro IX.18 detalla la transferencia de valores y efectivo a la RFA del SEM.

Cuadro IX.15.
Fondeos y transferencias de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral
(millones de pesos)

Fecha	Origen	Destino	Concepto	Monto
07-nov-11	RJPS1	RO	Cubrir obligaciones contractuales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones para el ejercicio 2011.	3,500
28-nov-11	RJPS1	RO	Usar recursos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.	9,240
25-ene-12 ^{1/}	RJPS1	RO	Apoyar el gasto en la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.	5,295
Total				18,035

^{1/} El 18 de enero de 2012, se emitieron los estados financieros preliminares del cierre del ejercicio 2011, con los que la Coordinación de Presupuesto e Información Programática elaboró la "Cédula de Presupuesto de Flujo de Efectivo", determinando un déficit por 5,295 millones de pesos. Con Acuerdo ACDO.AS3. HCT.260111/2.P.DF, el HCT autorizó un monto de uso de la Subcuenta 1 del FCOLCLC por hasta 20,586 millones de pesos, de los que ya se habían transferido previamente 12,740 millones de pesos. Por lo que la Coordinación de Tesorería solicitó se llevara a cabo el traspaso de recursos adicionales por 5,295 millones de pesos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral a las Reservas Operativas, a fin de cubrir dicho faltante.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro IX.16.
Fondeos y transferencias de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento
(millones de pesos)

Fecha	Origen	Destino	Concepto	Monto
05-ene-11	RO	ROCF	Pago de préstamo y costos financieros	8,574
11-ene-11	ROCF	RO	Préstamo	6,252
21-ene-11	RO	ROCF	Devolución inversión física Art. 277 C, LSS y costos financieros	740
28-ene-11	RO	ROCF	Costos financieros	13
25-feb-11	RO	ROCF	Costos financieros	22
28-mar-11	RO	ROCF	Pago parcial préstamo	1,000
29-mar-11	RO	ROCF	Costos financieros	24
28-abr-11	RO	ROCF	Pago parcial préstamo	500
28-abr-11	RO	ROCF	Costos financieros	20
27-may-11	RO	ROCF	Pago parcial préstamo	752
27-may-11	RO	ROCF	Costos financieros	19
02-jun-11	RO	ROCF	Devolución inversión física Art. 277 C, LSS y costos financieros	23
29-jun-11	RO	ROCF	Costos financieros	15
04-jul-11	ROCF	RO	Préstamo	8,000
18-jul-11	RO	ROCF	Pago de préstamo y costos financieros	4,009
28-jul-11	RO	ROCF	Costos financieros	17
02-ago-11	ROCF	RO	Préstamo	5,000
30-ago-11	RO	ROCF	Costos financieros	47
30-sep-11	RO	ROCF	Pago parcial préstamo y costos financieros	2,048
28-oct-11	RO	ROCF	Costos financieros	43
28-nov-11	RO	ROCF	Pago parcial préstamo	2,000
29-nov-11	RO	ROCF	Costos financieros	41
02-dic-11	RO	ROCF	Pago parcial préstamo	2,000
02-dic-11	RO	ROCF	Costos financieros	18
06-dic-11	RO	ROCF	Costos financieros	8
15-dic-11	ROCF	RO	Inversión física Art. 277 C, LSS	2,414
27-dic-11	ROCF	RO	Préstamo	9,472
28-dic-11	RO	ROCF	Pago parcial préstamo	3,000
Total				56,071

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro IX.17.
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	RFA-SRT	RFA-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 identificar 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.

En el caso particular de los valores, los instrumentos transferidos cumplieron con los requisitos establecidos en la NIF para constituir nuevas inversiones de la RFA del SEM, incluyendo los de calidad crediticia. De igual forma, no se transfirieron pagarés bancarios, certificados de depósito y las notas estructuradas con vencimientos en 2012, con el fin de mantenerlos en las RFA del SRT y SIV para contar con instrumentos que dieran liquidez suficiente a éstas en el caso de que en 2012 ó 2013 tuvieran que hacer frente a riesgos por caídas en los ingresos o incrementos en los egresos derivados de problemas económicos, como lo establece la LSS. Adicionalmente, se mantuvo en la RFA del SIV una posición en efectivo suficiente para que el Instituto contara con disponibilidad para realizar la inversión en 50 por ciento del capital accionario de la Afore Banorte Generali.

IX.3.3. Programa de usos futuros de reservas y Fondo Laboral

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.19 detalla los usos proyectados de las RFA del SEM, SRT y SIV para el periodo 2011-2018. También muestra los usos ejercidos por la Subcuenta 1 del Fondo Laboral en 2011, así como las estimaciones para el periodo 2012-2013. Por último, también se proyectan las disposiciones de la ROCF. De acuerdo con este cuadro y las gráficas IX.13 y IX.14 y tomando como base para 2012 las proyecciones al cierre del año, la Subcuenta 1 del Fondo Laboral se agotará en 2013, mientras que la RFA del SEM lo hará en 2015.

Cuadro IX.18.
Dotación de recursos para la creación de RFA del SEM realizada el 1º y 3 de noviembre de 2011^{1/}
(millones de pesos)

Concepto	RFA del SIV	RFA del SRT	RFA del SEM
Valores	21,656	17,712	39,368
Efectivo	14,738	7,115	21,853
Total	36,394	24,827	61,222

^{1/} Los totales pueden no coincidir por cuestiones de redondeo.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro IX.19.
Uso 2011 y proyecciones 2012-2018 de las reservas y Fondo Laboral
(millones de pesos corrientes)

Tipo de uso	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
RFA del SEM	-	-	18,817	25,593	27,488	-	-	-
RFA del SIV	-	-	-	-	-	-	-	-
RFA del SRT	-	-	-	-	-	-	-	-
Subcuenta 1 del FCOLCLC	18,035	17,660	896	-	-	-	-	-
ROCF, Art. 277 A, LSS	-	4,645	-	-	-	-	-	-
Utilización de la ROCF, Art. 277 C, LSS	2,414	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: DF, IMSS.

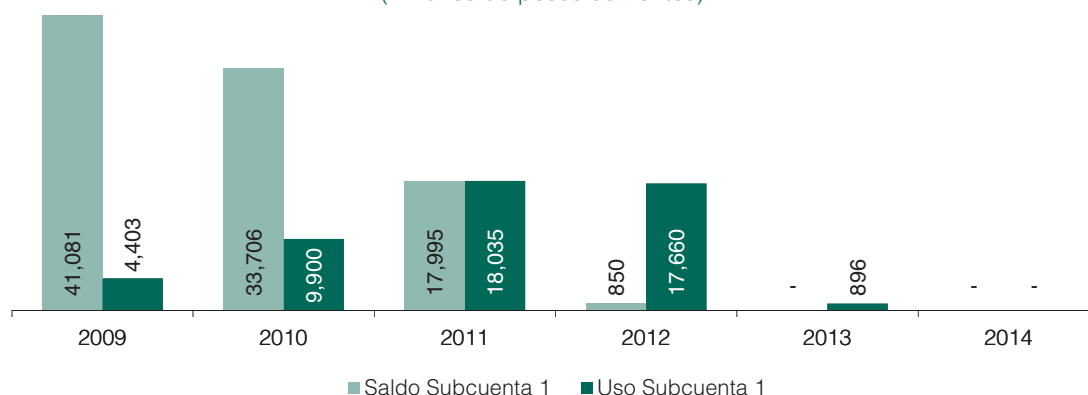
IX.3.4. Proyecciones de los saldos de las reservas y Fondo Laboral

Como se había mostrado en la sección IX.1.4, desde su creación y hasta 2009 la evolución de los saldos de las reservas y Fondo Laboral del IMSS había mostrado una tendencia ascendente. Sin embargo, a partir del 2010 los saldos se han reducido, debido básicamente al programa de usos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.

En la gráfica IX.15 se proyecta la evolución de los saldos de las reservas y subcuentas correspondientes

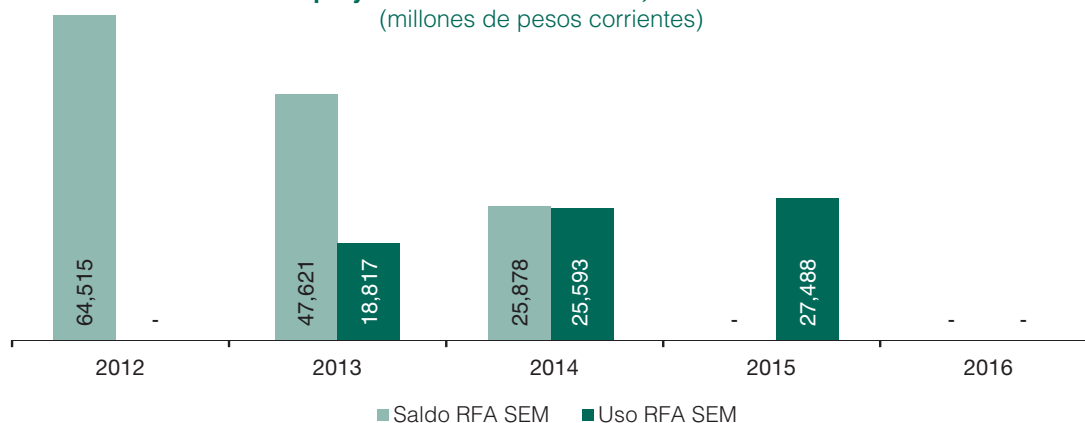
al Fondo Laboral (sin incluir a las RO) para los próximos años. Tal y como se puede apreciar, el uso continuado de los recursos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, en conjunto con la utilización proyectada de la RFA del SEM en 2013, 2014 y 2015, provocan que se anticipe la caída gradual de los saldos globales de las reservas y Fondo Laboral del IMSS. Por otro lado, el aumento que se registra en las proyecciones a partir de 2015 se debe a las aportaciones y el crecimiento de los productos financieros de la Subcuenta 2 del FCOLCLC, y en menor medida a la acumulación gradual de las RFA del SRT y SIV.

Gráfica IX.13.
Usos y saldos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral,
proyecciones del cierre 2012, 2009-2014
(millones de pesos corrientes)



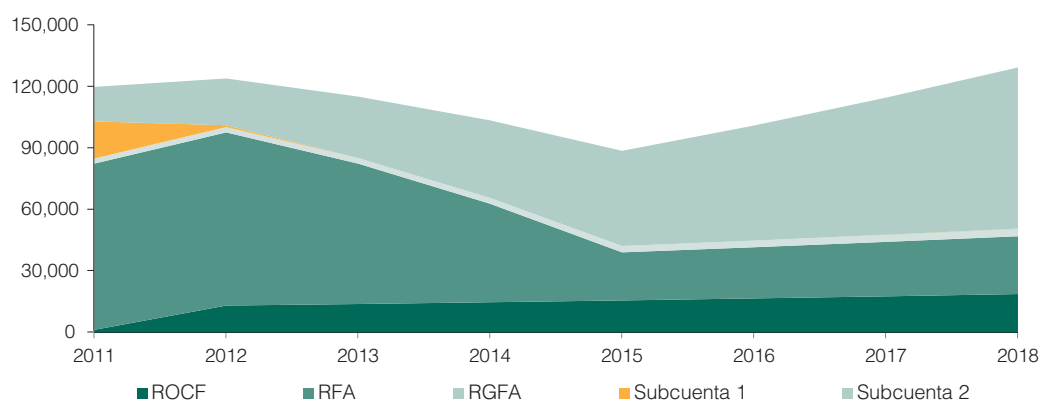
Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.14.
Usos y saldos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad,
proyecciones del cierre 2012, 2012-2016
 (millones de pesos corrientes)



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica IX.15.
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 2012-2018.

Fuente: DF, IMSS.

Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto



Capítulo

X

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 2011 y Proyecciones para 2012", 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 2011".

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. Sin embargo, 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)¹²⁶ 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)¹²⁷, así como en el de Riesgos de Trabajo (SRT).

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 8.7 por ciento del gasto total del RJP, el IMSS-Asegurador 21.2 por ciento y el restante 70.2 por ciento proviene de la suma de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC o Fondo Laboral)¹²⁸ (6.3 por ciento), y del IMSS-Patrón (63.9 por ciento)¹²⁹.

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 2001¹³⁰. 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.

¹²⁶ 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.

¹²⁷ 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.

¹²⁸ Para una descripción detallada de las reservas y fondos del Instituto ver el Capítulo IX.

¹²⁹ Para más detalles sobre el financiamiento histórico del RJP durante el periodo 1966-2011 ver el Anexo G.

¹³⁰ 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.

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 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 2011 y Proyecciones para 2012” (sección X.1.1)¹³¹.
- 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

¹³¹ Esta valuación la realizó el despacho Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., en términos del contrato de prestación de servicios No. P250008 celebrado el 2 de enero de 2012, mediante el procedimiento de licitación pública nacional No. LA-019GYR019-N136-2011.

Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, al 31 de diciembre de 2011” (sección X.1.2)¹³².

El tercer esquema que aplica a los trabajadores que han sido contratados a partir del 28 de junio de 2008 no se analiza aquí, porque, además de no crear al Instituto ningún pasivo por el pago de pensiones complementarias, los recursos con los que éstas se financian son manejados por las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) y no por el Instituto, como sucede con el segundo esquema. Este esquema está plenamente fondeado a través de las aportaciones complementarias que realizan los trabajadores y el IMSS a la cuentas individuales en las AFORE.

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.

¹³² 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. P250008 celebrado el 2 de enero de 2012, mediante el procedimiento de licitación pública nacional No. LA-019GYR019-N136-2011.

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 pensión¹³³.
- **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 comenzó 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:
 - **Costo laboral:** representa el costo de los beneficios adquiridos por el trabajador, por haber cumplido un año más de vida laboral con derecho al plan de pensiones, que en el caso del IMSS es el RJP.
 - **Costo financiero:** es el costo del financiamiento por el periodo atribuible a las OBD, 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 FCOLCLC.
 - **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.

¹³³ Las OBD son calculadas mediante la siguiente fórmula: $OBD = VPOT \left(\frac{x-r}{x-w} \right)$, 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 2011, y Proyecciones para el 2012, que realizó Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., este cálculo se hace de manera específica para cada uno de los siguientes beneficios: jubilación por años de servicios, edad, invalidez, incapacidad y muerte.

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 valorar de conformidad con el Método de Crédito Unitario Proyectado (MCUP), el cual permite determinar el valor de las obligaciones devengadas por concepto de los servicios prestados con sueldos proyectados.

La aplicación del MCUP requiere de supuestos financieros como la tasa de descuento y el incremento de salarios y 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 2011.

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 21 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 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 correspondientes¹³⁴. 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 2011 un total de 284,249 trabajadores activos con derecho a los beneficios establecidos en el RJP¹³⁵. En ese total se están considerando 9,113 trabajadores de Confianza “A” con fecha de ingreso entre el 21 de diciembre de 2001 y el 31 de diciembre de 2011. 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 2011, el número de jubilados y

¹³⁴ La LSS establece en el Artículo Décimo Quinto Transitorio de la reforma del 20 de diciembre de 2001 que los trabajadores de Confianza clasificados como “A” que a partir de esa fecha sean contratados por el IMSS, sólo serán sujetos del régimen laboral establecido en el estatuto a que se refiere el Artículo 286 I de la LSS que dice en su segundo párrafo: “El régimen específico, los procesos y demás características del sistema de profesionalización y desarrollo del personal de confianza “A” quedarán establecidos en el estatuto que al efecto apruebe el Consejo Técnico”.

¹³⁵ 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.

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 2011

Tipo de contratación	Número de trabajadores			Edad promedio			Antigüedad promedio		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Base	152,257	90,741	242,998	43.81	44.79	44.17	16.71	17.01	16.82
Confianza "B"	11,379	11,932	23,311	45.32	46.14	45.74	19.92	19.32	19.62
Confianza "A" ^{1/}	9,287	8,653	17,940	39.58	42.92	41.19	10.70	10.95	10.82
Total	172,923	111,326	284,249	43.68	44.79	44.11	16.60	16.78	16.67

^{1/} En esta categoría se incluyen los trabajadores de Confianza "A" con fecha de ingreso posterior al 20 de diciembre de 2001 (9,113 trabajadores), los cuales fueron considerados en la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2011.

Fuente: DF, IMSS.

pensionados a esa fecha fue de 220,308¹³⁶, cifra a la que se añaden 273 trabajadores que a diciembre de 2011 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.

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 2011 se muestran en el cuadro X.4, del cual se desprende lo siguiente: i) se estima que durante los próximos 24 años el número de nuevos jubilados y pensionados provenientes de los 284,249 trabajadores valuados será de 12,618 en

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 2011

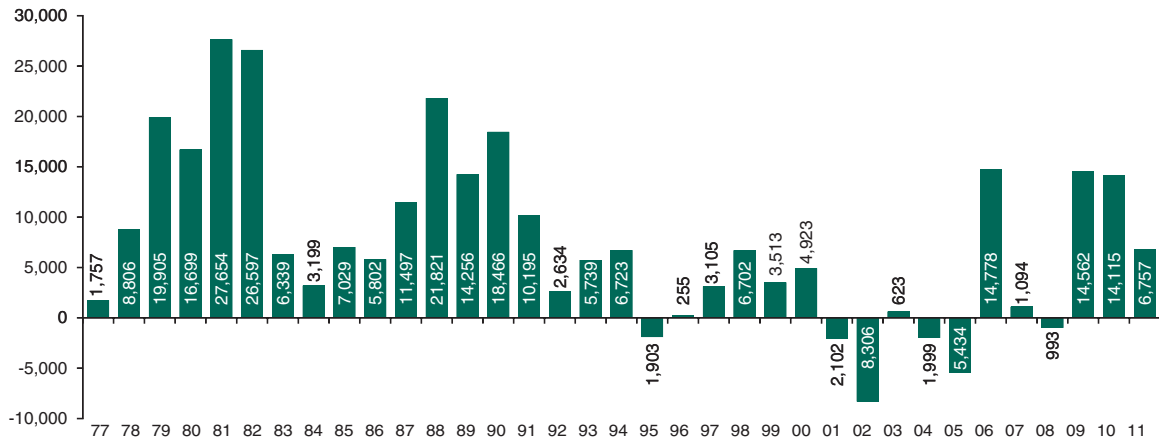
Tipo de pensión	Número de pensionados ^{1/}	Edad promedio
Pensionados directos por jubilación, edad, invalidez e incapacidad permanente		
Hombres	67,338	62.5
Mujeres	131,017	60.0
Suma	198,355	60.8
Pensionados derivados por viudez, orfandad y ascendencia		
Hombres	3,300	32.4
Mujeres	18,926	60.6
Suma	22,226	56.4
Totales		
Hombres	70,638	61.1
Mujeres	149,943	60.0
Suma	220,581	60.4

^{1/} El número total de pensionados incluye 273 trabajadores que a diciembre de 2011 se identificaron en proceso de incorporación a la nómina de pensionados

Fuente: DF, IMSS.

¹³⁶ El Resumen Nacional de la Nómina de Jubilados y Pensionados (RNNJP) reporta a diciembre de 2011 un total de 220,390 jubilados y pensionados, cifra que difiere en 27 casos con los 220,363 pensionados que se reportan en el capítulo del pasivo laboral del presente Informe (220,308 jubilados y pensionados del RJP más 55 del Covenio). La diferencia obedece a que la nómina de pensionados del mes de diciembre que se usa en la valuación del RJP se emite en noviembre, mientras que el RNNJP toma como corte de información el mes de diciembre.

Gráfica X.1.
Incremento neto en el número de plazas ocupadas, 1977-2011



Fuente: DF, IMSS.

Cuadro X.4.
Proyección 2012-2095 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									Total de pensionados sobrevivientes al final de cada año
	Pensionados en curso de pago a diciembre de 2011			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)=(g)+(h)	
2012	195,707	21,611	217,319	9,547	414	9,961	9,547	414	9,961	227,280
2013	192,930	22,049	214,979	10,359	473	10,832	19,845	882	20,727	235,706
2014	190,018	22,969	212,987	11,391	538	11,929	31,108	1,410	32,518	245,504
2015	186,965	24,075	211,040	13,222	610	13,832	44,125	2,002	46,128	257,167
2020	169,454	30,559	200,012	15,719	1,074	16,792	122,872	6,133	129,005	329,018
2025	147,968	37,019	184,987	9,488	1,671	11,158	174,404	12,525	186,930	371,916
2030	122,656	41,847	164,503	9,548	2,434	11,982	211,046	21,446	232,492	396,995
2035	94,617	43,035	137,653	3,135	3,309	6,444	224,585	32,830	257,414	395,067
2040	66,150	38,909	105,059	732	4,117	4,850	206,291	45,267	251,558	356,617
2045	40,483	29,330	69,813	64	4,659	4,723	173,818	55,768	229,586	299,399
2050	20,686	16,983	37,670	5	4,693	4,698	134,664	60,059	194,723	232,392
2055	8,257	6,714	14,971	0	4,094	4,094	93,849	54,982	148,831	163,802
2060	2,337	1,656	3,993	0	2,987	2,987	56,930	41,809	98,739	102,732
2065	430	345	775	0	1,738	1,738	28,780	25,943	54,723	55,498
2070	67	97	164	0	753	753	11,451	12,736	24,187	24,351
2075	11	30	41	0	224	224	3,312	4,655	7,967	8,008
2080	1	9	11	0	41	41	632	1,163	1,795	1,805
2085	0	4	4	0	5	5	73	167	240	244
2090	0	2	2	0	0	0	5	9	14	16
2095	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1

^{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, vigentes al 31 de diciembre de 2011, y en el caso de las proyecciones de nuevos pensionados beneficiarios, sólo considera viudez.

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 2011 y Proyecciones para 2012, Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

promedio anual, de manera que para el 2035 se habrán incorporado 302,838 nuevos jubilados y pensionados¹³⁷, de los cuales 257,414 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 395,067 jubilados y pensionados vigentes (columna j). Estos pensionados se integrarán por los 257,414 nuevos jubilados y pensionados antes mencionados, más los pensionados en curso de pago que estarán vigentes en ese año y que se estiman en 137,653 (columna c).

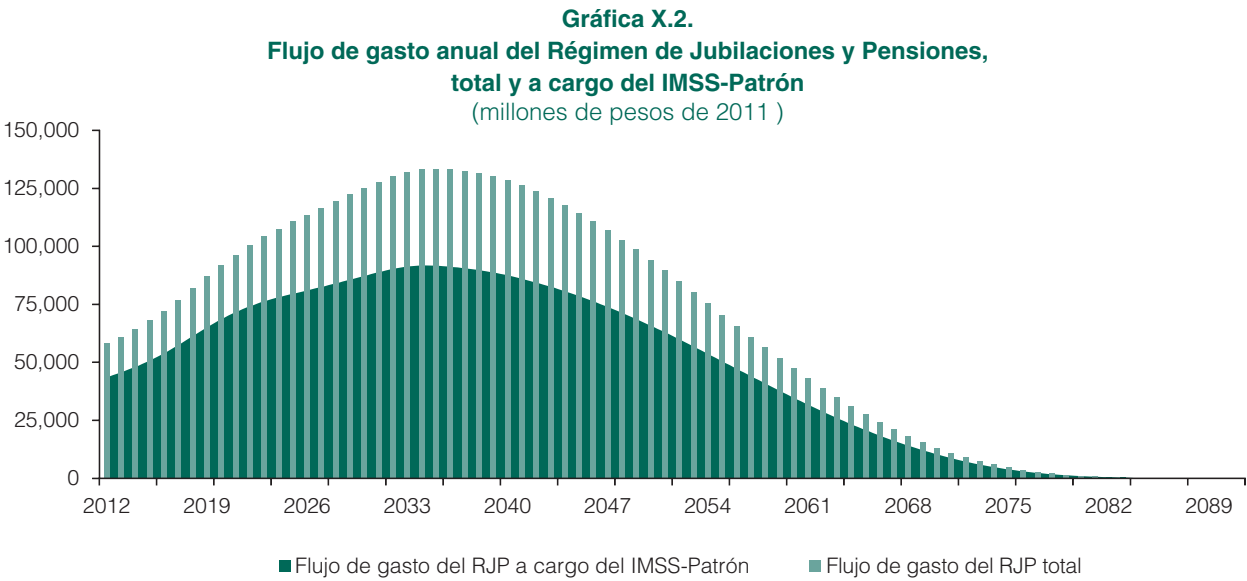
Resultados financieros

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 patrón¹³⁸, 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 2011. 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.

De la estimación futura del flujo de gasto anual del RJP complementario, se tiene que el máximo se



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 2011 y Proyecciones para 2012, Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

¹³⁷ Esta cifra se obtiene multiplicando los 12,618 nuevos jubilados y pensionados estimados en promedio anual en el periodo 2012-2035 por 24 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.

¹³⁸ 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).

pagará en el año 2034, alcanzando los 91,805 millones de pesos de 2011, mientras que el flujo de gasto a cargo de la seguridad social, representado por la diferencia entre el área verde fuerte y las barras de color verde tenue, llegará en ese mismo año a 41,381 millones de pesos. En total, el gasto del RJP será de 133,186 millones de pesos.

El VPOT se determina a partir de la estimación de los flujos anuales de gasto en pesos de 2011. El VPOT correspondiente al RJP total y prima de antigüedad e indemnizaciones es de 2.4 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 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.

Del cuadro X.5 se desprende que del VPOT a cargo del IMSS-Patrón, 47 por ciento corresponde al pago complementario de pensiones del RJP que se otorga actualmente a los pensionados en curso de pago, mientras que 47.6 por ciento corresponde a las futuras pensiones complementarias que se otorgarán a los trabajadores en activo y 5.4 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 12 años el pasivo laboral a cargo del Instituto, medido en términos de las OBD¹³⁹, ha crecido a una tasa real de 12.6 por ciento en promedio anual, pasando de 344 mil millones de pesos en 1999 a 1,421 mil millones de pesos en 2011 (9.9 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 94,789 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

Cuadro X.5.
Valor presente de obligaciones totales (VPOT),
al 31 de diciembre de 2011
(millones de pesos de 2011)

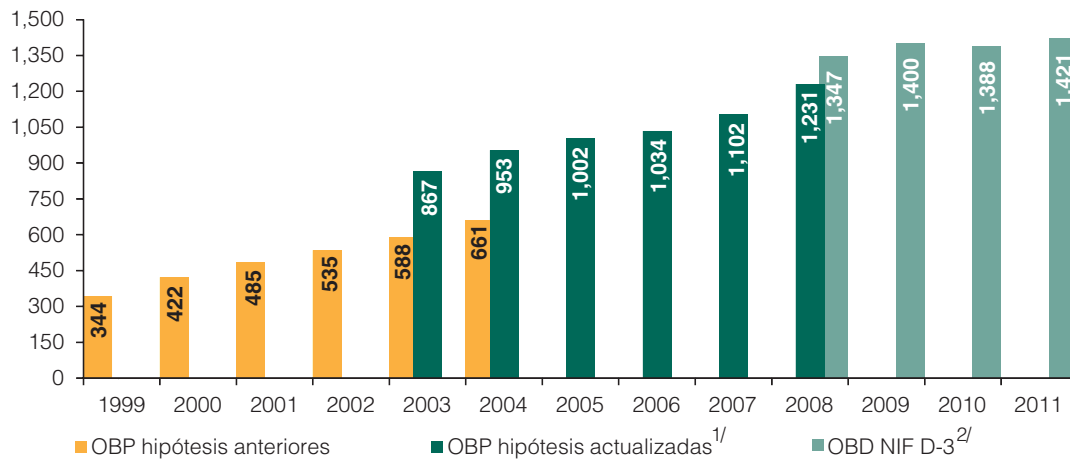
Concepto	Beneficios valuados		
	Terminación	Retiro	Total
Jubilados y pensionados			
RJP total	72,816	1,027,075	1,099,891
IMSS-Asegurador	25,742	243,912	269,654
IMSS-Patrón (1)	47,074	783,163	830,237
Trabajadores activos			
RJP total	99,144	1,143,409	1,242,553
IMSS-Asegurador	46,239	356,383	402,622
IMSS-Patrón (2) ^{1/}	52,912	787,045	839,958
Prima de antigüedad (3)	23,947	71,168	95,115
VPOT a cargo del			
IMSS-Patrón	123,933	1,641,376	1,765,310
(4)=(1)+(2)+(3)			

^{1/} El RJP del IMSS-Patrón no necesariamente resulta de la diferencia del RJP total menos el pasivo por pensiones del IMSS-Asegurador (pensiones otorgadas bajo la LSS).

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 2011 y Proyecciones para 2012, Lockton Consultores Actariales Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

¹³⁹ 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.

Gráfica X.3.
Pasivo laboral del IMSS, 1999-2011
(miles de millones de pesos de 2011)



^{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.

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 pasivo de 245 mil millones de pesos. De no haberse aplicado la NIF D-3, en 2008 las OBP hubieran aumentado en 129 mil millones de pesos.

El pasivo laboral a cargo del IMSS continuará incrementándose en las próximas décadas, debido básicamente a 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 2011)



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 2011 y Proyecciones para 2012, Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

Principales resultados de la aplicación de la NIF D-3

Esta sección presenta 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 2011 el monto de las OBD derivado del RJP y prima de antigüedad e indemnizaciones, correspondiente a los servicios pasados, asciende a 1'421,239 millones de pesos (punto 2). De este monto, 547,532 millones de pesos corresponden al personal activo valuado con los beneficios del RJP; 830,237 millones de pesos al personal pensionado y jubilado del RJP, y 43,471 millones de pesos a la prima de antigüedad e indemnizaciones¹⁴⁰.
- El pasivo neto proyectado (provisión adicional en libros) para cubrir los pasivos laborales asciende a 53,962 millones de pesos (punto 6), de los cuales 35,383 millones de pesos se asignan para cubrir obligaciones derivadas del RJP y 18,579 millones

de pesos para obligaciones derivadas de la prima de antigüedad e indemnizaciones.

- Al 31 de diciembre de 2011 el saldo de la Subcuenta 1 del FCOLCLC ascendió a 17,995 millones de pesos (punto 13), una vez descontado el retiro de fondos efectuado durante el ejercicio de 2011 por 18,035 millones de pesos, así como 2.1 millones de pesos por reclasificación a la Subcuenta 2 y adicionados 2,326 millones derivados de los productos financieros generados por el fondo durante ese año.
- Con base en lo anterior, del total del pasivo por servicios pasados (1'421,239 millones de pesos) se tiene un pasivo reconocido en el balance por 71,956 millones de pesos, que representan 5.1 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 2011), bajo la NIF D-3, es de 703,122 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 2011 un cargo a resultados del ejercicio de 29,327 millones de pesos, integrado de la siguiente forma, en cifras redondeadas: i) 23,800 millones de pesos por el pago de la nómina de pensionados del RJP a cargo del IMSS; ii) 3,620 millones de pesos por pagos de prima de antigüedad e indemnizaciones; iii) 714 millones de pesos por aportaciones del Instituto al RJP, y iv) 1,192 millones de pesos¹⁴¹ por la provisión constituida

¹⁴⁰ Dentro de las OBD correspondientes al RJP (1'297,497 millones de pesos por retiro y 80,271 millones de pesos por terminación) se incluyen 3,000 millones de pesos de los trabajadores de Confianza "A" con fecha de ingreso posterior al 20 de diciembre de 2001. Esta cifra representa 0.22 por ciento de las OBD del RJP. La inclusión de las OBD de los trabajadores de Confianza "A" obedece a que a la fecha de valuación (31 de diciembre de 2011) aún no se tenía definido para ellos el estatuto bajo el cual se registrará su esquema de beneficios por pensiones.

¹⁴¹ Los 1,192 millones de pesos resultan de restar al costo de las obligaciones contractuales registradas contablemente durante 2011 por 3,518 millones de pesos la cantidad correspondiente a 2,326 millones de pesos por concepto de intereses.

Cuadro X.6.
Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2011, de acuerdo con la NIF D-3
(millones de pesos de 2011)

Características principales del plan	Total ^{1/}	Prima de antigüedad		RJP	
		Terminación	Retiro	Terminación	Retiro
1. Importe de las obligaciones por derechos adquiridos	844,335	9,593	4,505	47,074	783,163
2. Importe de las obligaciones por beneficios definidos	1,421,239	9,593	33,878	80,271	1,297,497
3. Importe de los servicios anteriores y modificaciones al plan de pensiones y prima de antigüedad	1,180,160	1,591	(4,976)	76,175	1,107,370
4. Importe del pasivo (o activo) de transición proveniente de planes de pensiones y prima de antigüedad	-	-	-	-	-
5. Importe de las pérdidas (ganancias) pendientes de reconocer	169,123	-	28,277	-	140,846
6. Importe del pasivo (o activo) neto proyectado (2)+(13)-(3)-(4)-(5)	53,962	8,002	10,577	2,823	32,560
7. Para el plan de pensiones y prima de antigüedad, el importe del costo neto del periodo	703,122	4,450	5,228	75,776	617,668
8. Importe de los pagos y contribuciones del plan de pensiones y prima de antigüedad					
Pagos	46,170	362	3,258	3,795	38,754
Contribución empleados					
9. Periodo de amortización de las partidas pendientes de amortizar, para el plan de pensiones y prima de antigüedad		1	1	10	8
10. Indicar si los cálculos fueron efectuados por actuarios independientes o por la propia empresa	Independiente (Lockton Consultores Actuariales Agentes de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.)				
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 ^{2/}	6.09%				
Tasa nominal 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	(17,995)	-	-	(1,273)	(16,721)
14. Reserva de obligaciones contractuales (6-13)	71,956	8,002	10,577	4,097	49,281

^{1/} El total puede no ser igual a la suma de los parciales debido al redondeo de las cifras.

^{2/} 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 2011 y Proyecciones para 2012, Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

durante el ejercicio 2011 para la reserva contable del RJP. El importe no reconocido se acumula en una partida de servicios anteriores pendiente de amortizar que deberá reconocerse a partir del ejercicio 2012, 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.

Cuadro X.7.
Registro pleno de obligaciones totales
(millones de pesos de 2011)

Activo	17,995	Patrimonio	(719,967)
Activos del Plan	17,995	Excedente de ingresos/gastos	(690,640)
		Afectación a resultados de ejercicios anteriores por pasivo laboral	(29,327)
		Pasivo	791,923
		Obligaciones laborales	791,923
Total Activo	17,995	Total pasivo	71,956

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 2011 y Proyecciones para 2012, Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

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 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 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.

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 base (SB) y del fondo de ahorro (F)	
b) Para fondear el RJP de la generación futura de trabajadores		
A partir del 16 octubre 2005	1% del SB y F	4% del SB y F
A partir del 16 octubre 2006	2% del SB y F	5% del SB y F
A partir del 16 octubre 2007	3% del SB y F	6% del SB y F
A partir del 16 octubre 2008	4% del SB y F	7% del SB y F
A partir del 16 octubre 2009	5% del SB y F	8% del SB y F
A partir del 16 octubre 2010	6% del SB y F	9% del SB y F
A partir del 16 octubre 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 1° de marzo de 2005.

Fuente: DF, IMSS.

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 44,461 trabajadores integrados de la siguiente forma: i) 43,581 trabajadores identificados en la nómina de la segunda quincena de diciembre de 2011¹⁴², y ii) 880 trabajadores con categoría de médicos residentes que causaron baja de la nómina en el periodo de 2007-2011. Estos trabajadores fueron incluidos en alguno de los estudios actuariales pasados 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 2011 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 cuando concluyan 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 58 pensionados desglosados de la siguiente manera: i) 11 pensionados por invalidez; ii) 4 por incapacidad permanente, y iii) 43 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 60,631 millones de pesos.

Por otro lado, al 31 de diciembre de 2011 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 16,788 millones de pesos, distribuidos como se indica en el cuadro X.9.

Cuadro X.9.
Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2011
(millones de pesos)

Concepto	Saldo a diciembre 2010	Aportaciones	Productos financieros	Cancelación y reclasificación ^{1/}	Saldo a diciembre 2011
Subcuenta 2A					
Concepto 107	10,240.7	3,497.7	834.1	24.6	14,597.1
Provisión fondo de jubilación ^{2/}					
Subcuenta 2B					
Concepto 108	1,460.3	593.3	137.4	0.2	2,191.1
Provisión RJP ^{3/}					
Total	11,701.0	4,090.9	971.5	24.7	16,788.2

^{1/} Para la Subcuenta 2A: Cancelación del exceso del deterioro registrado en diciembre de 2010, COMM274; cupón registrado en Subcuenta 1, reclasificado en enero 2012 a la Subcuenta 2; y partidas en conciliación depuradas en enero de 2012.

Para la Subcuenta 2B: Cupón registrado en Subcuenta 1, reclasificado en enero de 2012 a la Subcuenta 2; y partidas en conciliación depuradas en enero de 2012.

^{2/} 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.

^{3/} 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.

¹⁴² En esta cifra se incluyen 1,068 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.

De acuerdo con las aportaciones realizadas hasta el 31 de diciembre de 2011, 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 44,461 trabajadores y de los 58 pensionados valuados bajo los beneficios del convenio serán en valor presente de 61,954 millones de pesos, los cuales superarán en 1,323 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 2011.

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 69.3 por ciento¹⁴³ de las aportaciones totales, mientras que esa proporción será de 30.7 por ciento¹⁴⁴ 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 44,461 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 2011 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 2011 y se terminarán en el 2049.

En cuanto al pasivo, se tiene que en el 2057 se alcanzará el nivel máximo con un importe de pensiones y jubilaciones de 9,308 millones de pesos de 2011 y se

estima que en el año 2095 se terminará con el pago del pasivo correspondiente a los trabajadores cubiertos bajo los beneficios de dicho convenio.

X.2. El Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Programa IMSS-Oportunidades

X.2.1. Antecedentes

IMSS-Oportunidades es un programa de salud del Gobierno Federal en beneficio de la población que habita en zonas rurales y urbano-marginadas del país. El programa tiene sus orígenes en 1973 cuando a través de una reforma a la LSS se estableció al IMSS la obligación de atender a la población rural, suburbana y urbana que, debido a sus condiciones de profunda marginación, el Poder Ejecutivo determinó como sujeta de solidaridad social.

En 1974, al amparo del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, inició el otorgamiento de servicios médicos a través de siete clínicas-hospital de campo y de 310 inmuebles construidos por la entonces Comisión Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO), los cuales empezaron a operar como unidades médicas de primer nivel. El personal médico responsable de brindar los servicios tenía su adscripción en el IMSS y su contratación se regía a partir del CCT vigente en ese momento¹⁴⁵. En 1976, la infraestructura del programa llegó a contar con 30 clínicas-hospital. El financiamiento del programa estuvo compartido por el Gobierno Federal y el IMSS, aportando el primero 60 por ciento del costo y el segundo, el restante 40 por ciento. Asimismo, los propios beneficiarios del programa contribuían con la realización de trabajos personales para sus comunidades.

En 1977 se creó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados

¹⁴³ Cuadro X.10: $(14,597+28,366)/61,954$.

¹⁴⁴ Cuadro X.10: $(2,191+16,800)/61,954$.

¹⁴⁵ Ver Anexo G, cuadro G.1 sobre los antecedentes y evolución de las prestaciones del RJP.

Cuadro X.10.
Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2011
(millones de pesos)

Activo		Pasivo	
Saldo a diciembre de 2011 de la Subcuenta 2 del FCOLCLC, por el concepto 107	14,597	Subtotal VPOT trabajadores valuados ^{4/}	60,608
Saldo a diciembre de 2011 de la Subcuenta 2 del FCOLCLC, por el concepto 108	2,191	Subtotal VPOT pensionados bajo el Convenio Adicional ^{4/}	23
VPFA trabajadores con fecha de ingreso anterior al 12 de agosto de 2004 ^{1/}	28,366		
VPFA trabajadores valuados ^{2/}	16,800		
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/}	(1,323)		
Total Activo	60,631	Total pasivo	60,631

^{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.

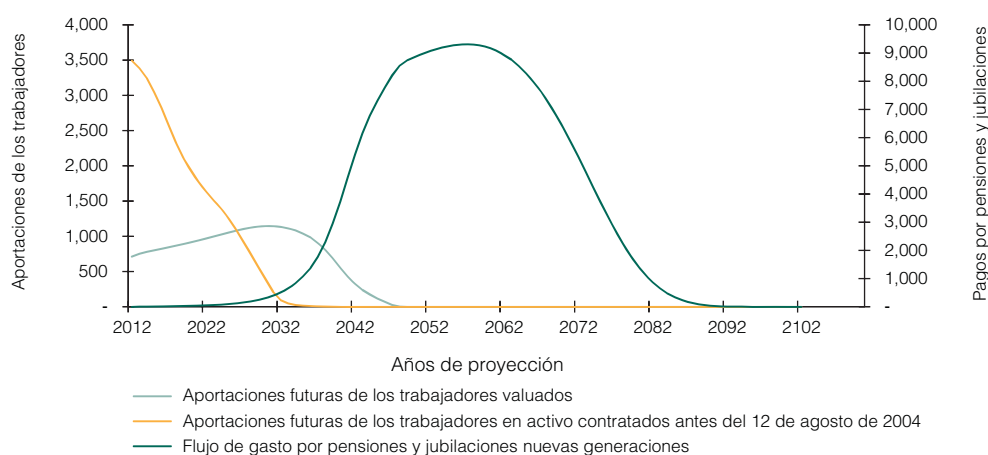
^{2/} Son los trabajadores de Base y Confianza "B" contratados bajo el "Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso".

^{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.

Gráfica X.5.
Estimación de las aportaciones anuales de los trabajadores y de los pagos anuales por pensiones y jubilaciones
(millones de pesos de 2011)



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 2011", Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

(COPLAMAR) dependiente de la Presidencia de la República, la cual estuvo a cargo de la administración del programa durante dos años. En 1979 se suscribió el convenio IMSS-COMPLAMAR que confería al Instituto la obligación de administrar el programa –contabilizando separada y pormenorizadamente sus recursos–. Mediante este convenio se expandió la oferta de servicios de solidaridad social en todo el territorio nacional: en el periodo 1979-1981 se construyeron 2,715 unidades médicas rurales (UMR) y 30 hospitales rurales (HR). A partir de 1979, el IMSS en su carácter de administrador empezó a contratar personal directamente para el programa. Adicionalmente, derivado de la ampliación de la cobertura, personal de Base y Confianza del Instituto pasó a ocupar puestos del programa. Cabe destacar que de acuerdo con la documentación disponible de esa época, los trabajadores del programa, al igual que los contratados bajo el Régimen Ordinario del IMSS, hacían aportaciones al RJP por el concepto 152 “Fondo de Jubilación”, en términos de lo establecido en el CCT.

En 1983, por Decreto Presidencial, desapareció COPLAMAR y el IMSS continuó con la administración del programa a través de la Coordinación General del Programa IMSS-COMPLAMAR dependiente de la Dirección General del Instituto. Entre 1985 y 1987, en cumplimiento al Programa de Descentralización decretado por la Presidencia de la República, se entregaron 911 UMR y 23 HR a los gobiernos de 14 entidades federativas del país. En 1988 se suspendió este proceso y el programa continuó operando en las áreas rurales de 17 estados.

En 1990 el Programa IMSS-COPLAMAR cambió su denominación por la de IMSS-Solidaridad y continuó su operación en 17 estados, en los cuales amplió su cobertura e infraestructura al llegar a 3,549 UMR y 70 HR. El financiamiento del programa se modificó en

1996 con un esquema donde los recursos provienen 100 por ciento del Gobierno Federal. Para tal efecto, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) incluyó los recursos asignados al Programa IMSS-Solidaridad en el Ramo 12 definiendo a dicho programa como una entidad desconcentrada de la Secretaría de Salud (SS) y operada por el IMSS. En 2004 se modificó nuevamente el origen de los recursos, los cuales están actualmente ministrados a través del Ramo 19 “Aportaciones a Seguridad Social”¹⁴⁶.

En 2002, por acuerdo emitido por el H. Consejo Técnico (HCT) del IMSS, el programa cambió de denominación a Programa IMSS-Oportunidades, y el 15 de mayo de 2003 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, en el que se estableció que el Programa IMSS-Oportunidades continuaría proporcionando servicios de salud a la población no asegurada usando recursos federales, mismos que se canalizarían directamente a través del IMSS. En el mismo Decreto se contempla que las familias que estaban siendo atendidas por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como Seguro Popular, podrían ser atendidas por el Programa IMSS-Oportunidades, en cuyo caso se trasladarían al IMSS los recursos correspondientes a esa población. Asimismo, se contempla que los bienes muebles e inmuebles con los cuales contaba el programa en ese momento, más aquellos que se adquirieran en el futuro, quedarían incorporados al patrimonio del Instituto. Actualmente se cuenta con 1,068 títulos de propiedad a favor del IMSS.

El 15 de octubre del mismo año, con motivo del convenio celebrado entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), se determinó regularizar la situación laboral de los trabajadores adscritos al programa, mismos que hasta antes de esa fecha fueron trabajadores contratados por

¹⁴⁶ Hoy en día el programa también recibe recursos por el Ramo 12 para el otorgamiento del componente salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

el Gobierno Federal, fungiendo éste como su patrón. Para ello, ambas partes emitieron un reglamento que entró en vigor el 1º de enero de 2004 con el que se aplica a los trabajadores del programa los beneficios contenidos en el CCT del IMSS, con las modalidades establecidas en dicho reglamento.

De acuerdo con los antecedentes descritos anteriormente a los trabajadores de Base y de Confianza “A” del Programa IMSS-Oportunidades que fueron contratados antes del 12 de agosto de 2004, se les han hecho extensivos los beneficios del RJP pactado en marzo de 1988. Dado que este RJP es un esquema pensionario que le genera al IMSS en su carácter de patrón obligaciones complementarias a las de la LSS, el Instituto elabora cada año la valuación actuarial de ese régimen, dentro de la cual se contempla la medición del pasivo laboral por pensiones de los trabajadores de IMSS-Oportunidades¹⁴⁷.

X.2.2. Costo laboral del Programa IMSS-Oportunidades

Al 31 de diciembre de 2011, se reportaron en la nómina de activos del Programa IMSS-Oportunidades un total de 23,562 trabajadores de Base y de Confianza “A”, de los cuales se identificaron 16,733 a quienes les es aplicable el RJP pactado en marzo de 1988¹⁴⁸, y que representan 5.9 por ciento de los 284,249 trabajadores en activo con derecho al RJP, que fueron considerados en la valuación actuarial del pasivo laboral del IMSS como patrón.

La edad promedio de esos 16,733 trabajadores es de 43.2 años; su antigüedad promedio, de 15.13 años, y su salario base promedio es de 13,630 pesos mensuales¹⁴⁹. La información demográfica anterior se muestra en el cuadro X.11.

Asimismo, como se muestra en el cuadro X.12 se identificaron en la nómina de pensiones 3,217 jubilados y pensionados con una edad promedio de 53.1 años y una cuantía completa promedio mensual de 17,089 pesos¹⁵⁰. Es importante señalar que aunque IMSS-Oportunidades es un programa federal, actualmente la parte del RJP de sus jubilados y pensionados que es complementaria a la de la LSS se cubre con recursos del presupuesto del IMSS.

Las proyecciones demográficas de la valuación presentadas en el cuadro X.13 señalan que en los próximos 29 años se retirarán aproximadamente 16,593 trabajadores adscritos a IMSS-Oportunidades, lo que equivale a 70.4 por ciento de la plantilla de 23,562 trabajadores que se tenía al 31 de diciembre de 2011, incluyendo a los 16,733 con derecho al RJP de 1988, y a los 6,829 sin derecho a ese régimen.

Por otro lado, los resultados financieros indican que al 31 de diciembre de 2011 el monto total del pasivo por concepto de pensiones que han generado los trabajadores de IMSS-Oportunidades, OBD, es de 39,644 millones de pesos de 2011¹⁵¹. Este pasivo no se encuentra fondeado, ya que las aportaciones de los trabajadores al concepto 152 “Fondo de Jubilación” y

¹⁴⁷ Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 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 cada año.

¹⁴⁸ En la valuación actuarial del RJP y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS bajo la NIF D-3, al 31 de diciembre de 2011, se valuó el pasivo laboral de 17,522 trabajadores del Programa IMSS Oportunidades, en virtud de que a la fecha de valuación no se había definido el Estatuto para los trabajadores de Confianza “A” que ingresaron al Instituto a partir del 21 de diciembre de 2001. Una vez definido dicho Estatuto, se identificó que 789 de esos trabajadores no son sujetos del RJP pactado en marzo de 1988.

¹⁴⁹ El salario base topado se integra con los conceptos establecidos en el Artículo 5 del RJP.

¹⁵⁰ La cuantía completa se integra con el salario base topado más aguinaldo mensual, aguinaldo anual y fondo de ahorro.

¹⁵¹ Este monto se integra por 37,764 millones de pesos del pasivo del RJP y 1,880 millones de pesos de prima de antigüedad e indemnizaciones.

Cuadro X.11.
Población de trabajadores activos del Programa IMSS-Oportunidades considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2011

Tipo de contratación	Número de trabajadores			Edad promedio			Antigüedad promedio		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Base	11,093	3,566	14,659	42.52	44.06	42.90	14.53	15.41	14.74
Confianza "A"	732	1,342	2,074	43.17	46.52	45.34	17.21	18.21	17.86
Total	11,825	4,908	16,733	42.56	44.73	43.20	14.70	16.17	15.13

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro X.12
Jubilados y pensionados del Programa IMSS-Oportunidades considerados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2011

Concepto	Número de pensionados ^{1/}	Edad promedio
Pensionados directos por jubilación, edad, invalidez e incapacidad permanente		
Hombres	698	56.6
Mujeres	2,357	53.4
Suma	3,055	54.2
Pensionados derivados por viudez, orfandad y ascendencia		
Hombres	53	21.2
Mujeres	109	37.7
Suma	162	32.3
Totales		
Hombres	751	54.1
Mujeres	2,466	52.7
Suma	3,217	53.1

^{1/} El número total de jubilados y pensionados incluye a trabajadores que a diciembre de 2011 se identificaron en proceso de incorporación a la nómina de jubilados y pensionados.

Fuente: DF, IMSS.

las del programa en su calidad de patrón, que como se observa en el cuadro X.14 suman en conjunto cerca de 1,070 millones de pesos (3,345 millones de pesos en valor actualizado), solamente financian una parte del gasto anual que realiza el IMSS para cubrir las jubilaciones y pensiones de los trabajadores del programa.

Como se observa en la gráfica X.6, el pasivo laboral del programa (OBD) continuará incrementándose, y se estima que alcanzará su valor máximo en el año 2025, cuando alcance 51,653 millones de pesos de 2011.

Cuadro X.13.
Proyecciones 2012-2095 de jubilados y pensionados del Programa IMSS-Oportunidades
(trabajadores que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004)

Año de proyección	Pensionados vigentes al final del año de proyección										
	Pensionados en curso de pago a diciembre de 2011			Nuevos pensionados de trabajadores activos				Nuevos pensionados de trabajadores activos sobrevivientes al final de cada año			Total de pensionados sobrevivientes al final de cada año
	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total por año	Total acumulado	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	
	(a)	(b)	(c)=(a)+(b)	(d)	(e)	(f)=(d)+(e)	(g)	(h)	(i)	(j)	(k)=(c)+(j)
2012	3,039	158	3,197	392	22	414	414	392	22	414	3,611
2013	3,023	157	3,180	486	25	512	926	876	47	923	4,103
2014	3,004	161	3,166	519	28	547	1,473	1,390	75	1,465	4,630
2015	2,985	169	3,153	541	32	573	2,046	1,922	106	2,028	5,181
2020	2,858	235	3,093	845	54	899	5,902	5,446	316	5,762	8,855
2025	2,671	342	3,013	772	88	860	10,561	9,442	648	10,091	13,103
2030	2,405	475	2,880	674	132	805	14,746	12,484	1,131	13,615	16,495
2035	2,048	599	2,648	297	184	480	17,888	13,851	1,769	15,620	18,267
2040	1,610	665	2,275	80	236	315	19,745	13,212	2,504	15,716	17,991
2045	1,132	620	1,751	7	278	284	21,170	11,419	3,194	14,614	16,365
2050	680	452	1,132	1	294	294	22,630	9,101	3,605	12,706	13,838
2055	327	221	547	0	271	271	24,048	6,550	3,497	10,047	10,594
2060	113	57	170	0	209	209	25,230	4,109	2,799	6,908	7,077
2065	24	9	33	0	127	127	26,031	2,139	1,751	3,890	3,923
2070	3	2	5	0	55	55	26,439	863	791	1,654	1,660
2075	1	0	1	0	12	12	26,574	231	178	409	410
2080	0	0	0	0	2	2	26,598	41	43	83	83
2085	0	0	0	0	0	0	26,601	3	8	11	11
2090	0	0	0	0	0	0	26,601	0	1	1	1
2095	0	0	0	0	0	0	26,601	0	0	0	0

^{1/} Incluye jubilados por años de servicio y pensionados por cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez e incapacidad permanente.

^{2/} Incluye pensionados por viudez, orfandad y ascendencia, vigentes al 31 de diciembre de 2011, y para las proyecciones de nuevos pensionados, sólo se considera viudez.

Fuente: "Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2011 y Proyecciones para 2012", Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

Cuadro X.14.
Estimación de las aportaciones realizadas por los trabajadores del Programa
IMSS-Oportunidades al concepto 152 “Fondo de Jubilación” para el Régimen
de Jubilaciones y Pensiones

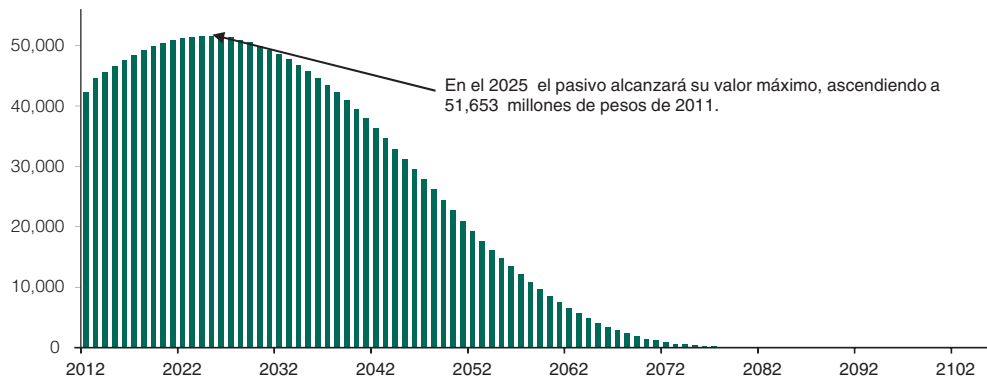
Año	Aportaciones al Concepto 152 (en pesos corrientes)^{1/}	Aportaciones al Concepto 152 (aportaciones capitalizadas al año 2011, en pesos)^{2/}	Aportaciones capitalizadas acumuladas
1979	6,615	12,913,406	12,913,406
1980	12,318	20,246,407	33,159,814
1981	21,426	27,808,468	60,968,282
1982	57,284	53,839,252	114,807,533
1983	114,001	70,288,314	185,095,848
1984	185,261	73,943,072	259,038,919
1985	286,430	73,042,375	332,081,294
1986	481,125	69,807,413	401,888,707
1987	1,061,006	78,685,890	480,574,597
1988	4,824,866	196,203,716	676,778,314
1989	5,358,557	141,428,278	818,206,591
1990	6,836,487	129,052,715	947,259,307
1991	8,961,536	132,994,884	1,080,254,191
1992	12,657,459	159,407,955	1,239,662,145
1993	14,727,801	160,321,619	1,399,983,764
1994	16,631,189	157,349,631	1,557,333,395
1995	18,914,002	137,282,366	1,694,615,761
1996	23,068,048	119,283,393	1,813,899,154
1997	28,917,826	117,789,234	1,931,688,389
1998	35,290,217	116,208,773	2,047,897,161
1999	40,601,533	107,591,911	2,155,489,073
2000	49,386,605	109,769,362	2,265,258,435
2001	55,163,643	107,382,144	2,372,640,579
2002	60,941,651	108,028,063	2,480,668,643
2003	65,586,132	108,680,365	2,589,349,008
2004	69,160,238	107,299,361	2,696,648,369
2005	72,132,434	103,420,540	2,800,068,909
2006	75,719,785	100,236,945	2,900,305,855
2007	76,670,293	94,568,840	2,994,874,695
2008	78,232,195	89,662,971	3,084,537,666
2009	80,405,973	86,371,714	3,170,909,381
2010	82,526,581	88,066,131	3,258,975,511
2011	84,682,870	86,506,153	3,345,481,665

^{1/} La estimación de las aportaciones para el periodo 1979-2011 se realizó a partir de la información del Programa IMSS-Oportunidades sobre: i) número de trabajadores y pensionados registrados a diciembre de 2011; ii) información histórica de plazas ocupadas, y iii) salarios de los trabajadores y salarios pensionables de los pensionados.

^{2/} La capitalización de las aportaciones se realizó considerando la tasa promedio anual de Cetes a 91 días y suponiendo que no se efectuaron retiros de las aportaciones realizadas.

Fuente: DF, IMSS.

Gráfica X.6
Pasivo laboral de los trabajadores activos del Programa IMSS-Oportunidades que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004 y de los jubilados y pensionados actuales
(millones de pesos de 2011)



Fuente: "Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2011 y Proyecciones para 2012", Lockton Consultores Actuarios Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

X.3. 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.

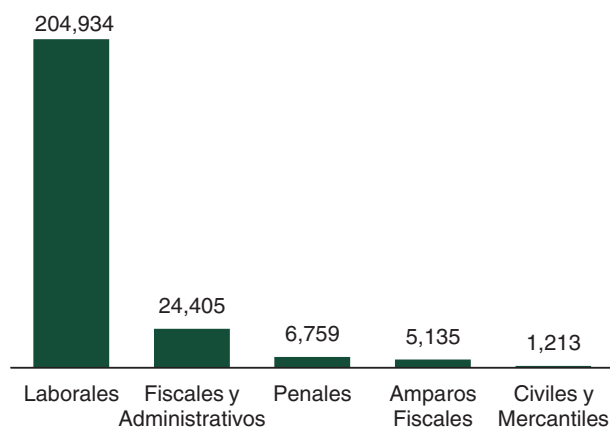
En este contexto, hay una diversidad de asuntos contenciosos en los que el Instituto es parte y cuya atención es una de las responsabilidades fundamentales de las jefaturas delegacionales de servicios jurídicos y de la Dirección Jurídica a nivel central, en el caso de aquellos asuntos que por su importancia y trascendencia son atraídos por la misma, o bien, de los asuntos laborales radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.

Al 31 de diciembre de 2011, el Instituto tenía un total de 242,446 asuntos en trámite¹⁵² (gráfica X.7). De estos, 84.5 por ciento son de carácter laboral, 10.1 por ciento de carácter fiscal y administrativo, 2.8 por ciento de carácter penal, 2.1 por ciento son amparos fiscales y el restante 0.5 por ciento son de carácter civil y mercantil.

¹⁵² 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 de revisión y, se encuentra pendiente de resolver por el Tribunal Colegiado de Circuito que corresponda o por la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Gráfica X.7.
Asuntos en trámite por tipo de proceso,
diciembre de 2011



Fuente: Dirección Jurídica (DJ), IMSS.

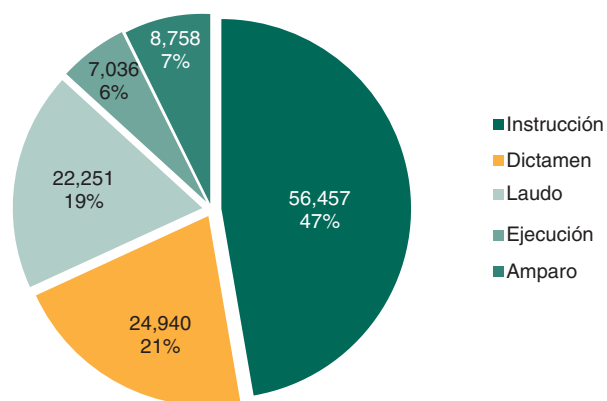
De los 204,934 juicios de orden laboral, 119,442 (58.3 por ciento) representan un pasivo contingente. El pasivo contingente en materia litigiosa se define como aquellas cantidades que se considera debe pagar el Instituto, a corto plazo, en razón del resultado del litigio en cuestión. Los importes a pagar son una estimación, ya que las erogaciones a realizar quedan sujetas a la determinación de la autoridad jurisdiccional competente.

Del resto de los juicios de orden laboral, 51,565 (25.2 por ciento) se refieren al Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) que manejan las AFORE y 33,927 (16.5 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 contingente¹⁵³.

¹⁵³ Llamado a juicio como tercero, en materia laboral, es aquel llamamiento que se hace por parte de la autoridad laboral (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.

De los 119,442 juicios laborales que sí representan un pasivo contingente (gráfica X.8) y que, por lo tanto, son a los que se presta atención especial durante todo el procedimiento, 56,457 se encuentran en etapa de instrucción¹⁵⁴ (47.3 por ciento del total de los juicios que se traducen en un pasivo laboral); 24,940 en fase de dictamen¹⁵⁵; 22,251 en laudo¹⁵⁶; 7,036 en ejecución¹⁵⁷ y 8,758 en amparo¹⁵⁸. Los juicios que se encuentran en dictamen, laudo, ejecución o amparo y en los que las acciones para su atención corresponden a la autoridad laboral¹⁵⁹ ascienden a 62,985 y representan 52.7 por ciento del total de juicios laborales con pasivo contingente.

Gráfica X.8.
Juicios laborales en trámite por fase, que
representan pasivo contingente, diciembre de 2011



Fuente: DJ, IMSS.

¹⁵⁴ Juicio en instrucción es aquel en el cual la autoridad laboral no ha declarado el cierre de esta etapa 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.

¹⁵⁵ Juicio en dictamen es aquel en el cual la autoridad laboral declaró cerrada la instrucción y, por tanto, se formulará el proyecto de laudo.

¹⁵⁶ 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.

¹⁵⁷ 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.

¹⁵⁸ Juicio en amparo es el medio de control constitucional que se inicia por la acción que ejercita cualquier persona física o moral, denominado 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.

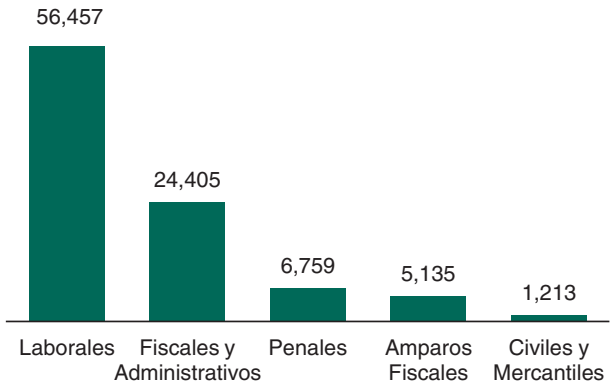
¹⁵⁹ La autoridad laboral que conoce, tramita y resuelve los juicios laborales que representan un pasivo contingente es la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, que se integra por Juntas Especiales que tienen competencia en el ámbito federal y que se encuentran en todo el territorio nacional.

En relación con los juicios que promueven ex trabajadores del Instituto, que demandan reinstalación o indemnización en términos de la Cláusula 56 del CCT, 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. Por otra parte, bajo un esquema de estrecha coordinación con dicha autoridad, a partir del mes de febrero de 2011 se han celebrado reuniones de trabajo con la finalidad de conciliar cifras de los juicios laborales de pasivo contingente en trámite, mediante la realización de actividades de depuración de asuntos concluidos y la identificación de acciones reclamadas que no representan un pasivo, entre otras. En este contexto, los esfuerzos de las áreas jurídicas del Instituto se han centrado en la atención prioritaria de un total de 93,969 asuntos (gráfica X.9). Entre ellos se incluyen 56,457 asuntos laborales que representan un pasivo contingente y se encuentran en fase de instrucción; 24,405 asuntos fiscales, de los cuales 347 implican un pasivo contingente y los 24,058 restantes son juicios que no representan un pasivo para el Instituto; 6,759 asuntos penales; 5,135 amparos fiscales, y 1,213 juicios civiles y mercantiles.

De estos asuntos prioritarios, 19.8 por ciento es atendido por la Dirección Jurídica y el restante 80.2

Gráfica X.9.
Asuntos en trámite de atención prioritaria por tipo de proceso, diciembre de 2011



Fuente: DJ, IMSS.

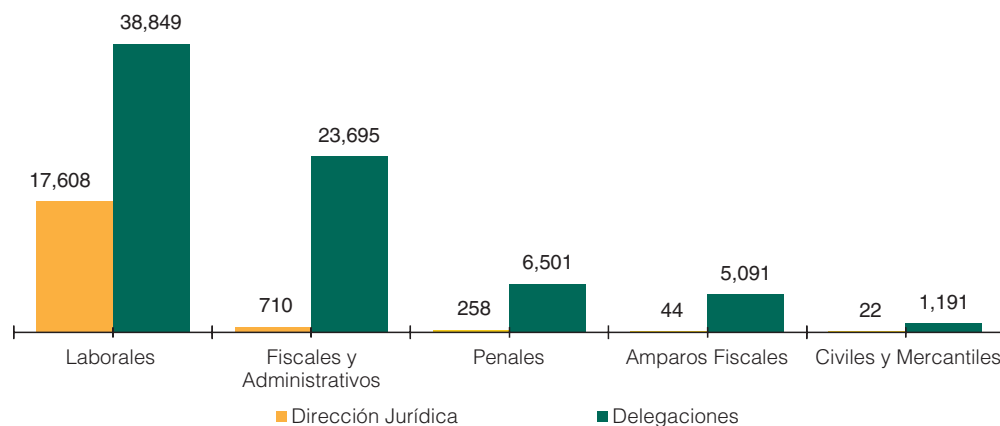
por ciento se encuentra bajo la responsabilidad de las jefaturas de servicios jurídicos en las delegaciones del Instituto.

En 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 226 averiguaciones previas y 32 procesos penales. Asimismo, a nivel delegacional se contemplan 6,232 averiguaciones previas y 269 procesos penales (gráfica X.10).

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

Gráfica X.10.
Asuntos en trámite por tipo de proceso, Dirección Jurídica y delegaciones, diciembre de 2011



Fuente: DJ, IMSS.

de delitos dolosos¹⁶⁰, el IMSS es responsable solidario¹⁶¹ y cuando se trata de delitos culposos¹⁶², es responsable subsidiario¹⁶³. Los pasivos contingentes en estos casos y ante la inminencia de una resolución desfavorable al IMSS están relacionados precisamente con el pago del daño causado, sea material o moral, con motivo de la comisión del delito.

X.3.1. Contingencias en juicios laborales

Actualmente están en trámite 25 juicios laborales que representan un pasivo contingente estimado por juicio de diez millones de pesos o más. Dichos juicios se atienden por las jefaturas de servicios jurídicos de las delegaciones en Baja California Sur, Chihuahua, D. F Norte, Nuevo León, Sinaloa, Tamaulipas, así como por la Dirección Jurídica, como se muestra en el cuadro X.15.

¹⁶⁰ 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.

¹⁶¹ 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 o en ejercicio de sus funciones; es decir, es quien tiene que realizar el pago en favor de otra persona que tiene derecho a exigirselo (acreedor o víctima del delito).

¹⁶² 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.

¹⁶³ 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 o en ejercicio de sus funciones, dada la insolvencia del deudor principal (sentenciado).

Cuadro X.15.
Pasivos contingentes en juicios laborales,
diciembre de 2011^{1/}

Delegación	Juicios	Monto estimado ^{2/} (pesos)
Baja California Sur	2	26,082,770
Chihuahua	9	173,275,910
D. F. Norte	1	14,767,284
Nuevo León	7	177,004,709
Sinaloa	1	23,394,110
Tamaulipas	2	46,522,163
Dirección Jurídica (nivel central)	3	95,894,333
Total	25	556,941,279

^{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.3.2. Contingencias en juicios fiscales y administrativos

En materia fiscal y administrativa, de los 24,405 juicios en trámite, en 97.8 por ciento el IMSS tiene el carácter de demandado y en el restante 2.2 por ciento participa como actor (cuadro X.16)¹⁶⁴.

Por otra parte, del total de juicios, únicamente 347 implican un pasivo contingente, 66 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 281 en que el IMSS es actor, combatiendo resoluciones dictadas por autoridades federales y locales (cuadro X.16).

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: 8 en que los contribuyentes demandan la devolución

¹⁶⁴ 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.

Cuadro X.16.
Distribución de juicios fiscales y administrativos
(casos)

Concepto	IMSS Demandado	IMSS Actor	Total
Con pasivo contingente	66	281	347
No representan un pasivo	220	250	470
Créditos fiscales determinados por el IMSS que no representan un pasivo	23,588	-	23,588
Total	23,874	531	24,405

Fuente: DJ, IMSS.

de COP que consideran pagadas sin justificación legal; 28 en que los patrones solicitan el reintegro de gastos médicos y 30 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.17.

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 de acuerdo con lo que dispone el

Cuadro X.17.
Pasivos contingentes en juicios administrativos,
diciembre de 2011
(pesos)

Concepto	Área a cargo del proceso	Monto estimado
Devoluciones	Delegaciones	1,598,776
Reintegro de gastos médicos	Dirección Jurídica	6,773,105
	Delegaciones	861,533
Reclamaciones	Dirección Jurídica	23,449,483 ^{1/}
	Delegaciones	31,802,438
Total		64,485,335

^{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.

Artículo 253 de la LSS. 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 531 juicios, de los cuales 281 juicios implican un pasivo contingente. De estos, 224 juicios se atienden por la Dirección Jurídica y 57 juicios 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.18 se presenta una estimación de los pasivos contingentes de los juicios fiscales en los que el IMSS es actor.

Entre los juicios a cargo de la Dirección Jurídica, sólo tres créditos representan la cantidad de 14,133 millones de pesos 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, juicio que lleva 11 años en litigio. El segundo se determina en el año 2007 por concepto de ISR, en el ejercicio 2003, por un monto de 4,299

Cuadro X.18.
Pasivos contingentes en juicios fiscales,
diciembre de 2011
 (pesos)

Área a cargo del proceso	Monto estimado ^{1/}
Dirección Jurídica	14,188,583,832
Delegaciones	20,953,525,773
Total	35,142,109,605

^{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.

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. En el tercero se determina en el año de 2011, un crédito también por ISR del régimen de las personas morales con fines no lucrativos en su carácter de retenedor, por el ejercicio fiscal 2006, en cantidad de 5,793 millones de pesos.

De los juicios a cargo de las delegaciones se encuentran en trámite dos que representan las cantidades de 6,121 y 13,744 millones de pesos por concepto de impuestos sobre erogaciones por remuneraciones al trabajo personal determinados por la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado de México, notificados a la Delegación Regional Estado de México Oriente.

X.3.3. 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.19 se aprecian los pasivos contingentes estimados que pueden derivarse de 61 juicios de carácter civil y mercantil cuyo monto por juicio asciende a 10 millones de pesos o más.

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 costas¹⁶⁵ por la tramitación del juicio.

Cuadro X.19.
Pasivos contingentes en juicios civiles y mercantiles,
diciembre de 2011
(pesos)

Área a cargo del proceso	Monto estimado ^{1/}
Delegaciones	3,513,761,201
Total	3,513,761,201

^{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.

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.

De acuerdo a lo expuesto, a diciembre de 2011, el monto estimado total de los pasivos contingentes del IMSS por juicios laborales, fiscales, administrativos, civiles y mercantiles, es de 39,277 millones de pesos.

X.3.4. 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 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 (PNACJ), el cual fue aprobado el 18 de febrero de 2004 e inició en el mes de marzo del mismo año.

Bajo este programa, en materia laboral, la Dirección Jurídica ejerció la facultad de atracción¹⁶⁶ respecto de los 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, quedando su atención y defensa bajo la responsabilidad directa de la Dirección Jurídica. Los resultados alcanzados con dicho programa han sido positivos tanto a nivel nacional como a nivel central. Entre ellos destacan el impulso a los procedimientos en lo que se observaba una inactividad procesal,

¹⁶⁵ 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.

¹⁶⁶ Potestad de la Dirección Jurídica para determinar los asuntos y juicios que por su importancia y trascendencia conocerá y atenderá directamente.

lográndose una reducción considerable de los juicios en trámite en etapa de instrucción, una disminución del número de demandas notificadas y de juicios en trámite, un aumento en el porcentaje de los laudos favorables y una disminución en la proporción de las audiencias diferidas por razones imputables al Instituto.

Por otro lado, en 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, 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. En el Anexo I se presenta una descripción más detallada del PNACJ y sus resultados.

Es relevante destacar que las acciones que se realizan para cumplir los objetivos y metas del programa que se comentan, están a cargo de los mismos abogados que atienden los juicios laborales y fiscales en las jefaturas delegacionales de servicios jurídicos y en las coordinaciones laborales y de asuntos contenciosos a nivel central, por lo que su ejecución no representa un costo adicional para el Instituto.

X.4. Sistema Nacional de Tiendas

Como se mencionó en la introducción de este capítulo, la inclusión de un análisis financiero del SNT obedece al principio de que los resultados de operación del

SNT pueden generar riesgo financiero cuando la operación es deficitaria. En 2011 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.20.

En 2011 un total de 5.5 millones de clientes acudieron a tiendas del SNT, 6 por ciento menos que la cifra registrada en 2010. En la última década se observa un descenso sostenido en el número de clientes atendidos. El número de clientes reportado en 2011 representa menos de la mitad de los clientes registrados en 2002. En la gráfica X.11 se muestra la evolución en el número de clientes atendidos en el SNT en los últimos años.

X.4.1. Resultados financieros 2006-2011

En este apartado se hace un análisis de los resultados financieros registrados por el SNT durante el periodo 2006-2011, los cuales se resumen en el cuadro X.21. El cuadro muestra que durante el periodo analizado, el sistema ha operado con un déficit que ha oscilado entre 286 millones de pesos en 2009 y 441 millones de pesos en 2007, el cual representa 12.6 y 20.7 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 y 2011 se observaron caídas en las ventas de 9.8 y 5.2 por ciento, comparado con el año anterior, lo cual repercutió de manera decisiva en el incremento del déficit del sistema, cuyo monto pasó de 286 millones de pesos en 2009 a 301 millones de pesos en 2011.

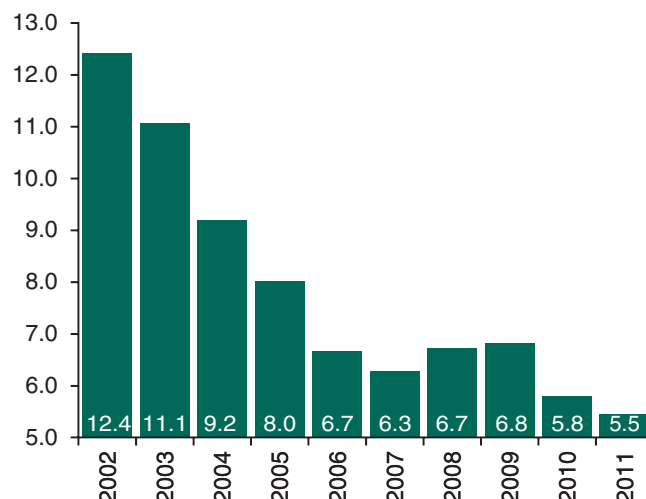
Del cuadro X.21 también se desprende lo siguiente, con respecto al comportamiento de los conceptos de ingresos, costos y gastos del SNT:

Cuadro X.20.
Distribución de establecimientos del Sistema
Nacional de Tiendas por delegación en 2011

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	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.11.
Número de clientes atendidos en el Sistema Nacional de
Tiendas, 2002-2011
(millones de clientes)



Fuente: DF con datos de la DPES, IMSS.

- i) Ingresos: Durante el periodo 2006-2011 los ingresos del sistema fueron del orden de los 2,143 millones de pesos en promedio anual. Entre 2006 y 2007 dichos ingresos observaron una disminución, en términos reales, de 4.3; 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 y 2011 se observaron descensos del orden de 9.8 y 5.2 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 1,845 millones de pesos en promedio anual y representó 86.1 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 3.9 por ciento, respectivamente, aumentando en 2008-2009 en 5.3 y 2.7 por ciento, y disminuyendo en 10.3 y 6.2 por ciento en 2010 y 2011.

iii) Bonificaciones: En el año 1991 se creó el programa de “Bonificaciones por Volumen de Compra”, que otorgaban algunos proveedores, para la compra de equipo y mobiliario en beneficio de las tiendas del SNT. A partir del año 2002 se cambió el programa y los descuentos que ahora

otorgan los proveedores son directos, en el precio de cada artículo.

iv) Diferencias de inventario: Este rubro ha mantenido, en el periodo de análisis, un promedio de uno por ciento respecto de las ventas.

v) Utilidad bruta: En el periodo analizado, el SNT

Cuadro X.21.
Resumen financiero del Sistema Nacional de Tiendas, 2006-2011
(miles de pesos de 2012)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ventas (1)	2,229,356	2,132,728	2,228,022	2,274,741	2,051,148	1,943,993
Otros ingresos (2) ^{1/}	744	745	767	603	524	591
Ingresos totales (3)=(1)+(2)	2,230,101	2,133,472	2,228,789	2,275,343	2,051,672	1,944,583
Costo de ventas y de artículos promocionales (4)	1,904,159	1,829,254	1,925,676	1,976,797	1,772,565	1,662,486
Bonificaciones (5)	-12	-1	-	-	-	-
Diferencia de inventarios (6)	24,774	27,709	15,897	21,212	24,042	19,144
Utilidad bruta (7)=(3)-(4)-(5)-(6)	301,180	276,510	287,216	277,334	255,065	262,954
Gasto corriente (8) ^{2/}	574,028	551,156	550,262	535,940	544,954	551,783
Resultado de operación (9)=(7)-(8)	-272,848	-274,646	-263,046	-258,606	-289,889	-288,829
Provisión para RJP (10)	66,509	157,608	84,900	32,754	37,559	12,822
Otros gastos (11) ^{3/}	-4,624	8,804	-3,336	-5,209	-9,194	-564
Resultado total (12)=(9)-(10)-(11)	-334,734	-441,058	-344,610	-286,151	-318,254	-301,087
Variación porcentual respecto al año anterior						
Ventas		-4.3	4.5	2.1	-9.8	-5.2
Otros ingresos		0.0	3.0	-21.5	-13.0	12.7
Ingresos totales		-4.3	4.5	2.1	-9.8	-5.2
Costo de ventas y de artículos promocionales		-3.9	5.3	2.7	-10.3	-6.2
Bonificaciones		-94.4	-100.0	-	-	-
Diferencia de inventarios		11.8	-42.6	33.4	13.3	-20.4
Utilidad bruta		-8.2	3.9	-3.4	-8.0	3.1
Gasto corriente		-4.0	-0.2	-2.6	1.7	1.3
Resultado de operación		0.7	-4.2	-1.7	12.1	-0.4
Provisión para el RJP		137.0	-46.1	-61.4	14.7	-65.9
Otros gastos		-290.4	-137.9	56.2	76.5	-93.9
Resultado total		31.8	-21.9	-17.0	11.2	-5.4
Porcentaje de ventas						
Costo de ventas y de artículos promocionales	85.4	85.8	86.4	86.9	86.4	85.5
Diferencias de inventarios	1.1	1.3	0.7	0.9	1.2	1.0
Utilidad bruta	13.5	13.0	12.9	12.2	12.4	13.5
Gasto corriente	25.7	25.8	24.7	23.6	26.6	28.4
Resultado de operación	-12.2	-12.9	-11.8	-11.4	-14.1	-14.9
Resultado total	-15.0	-20.7	-15.5	-12.6	-15.5	-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.

registró una utilidad bruta de 277 millones de pesos en promedio anual, misma que representó 12.9 por ciento de las ventas y 50 por ciento del gasto corriente promedio, lo cual explica en parte la insuficiencia financiera del sistema.

vi) Gasto corriente: El gasto corriente registró en el periodo 2006-2009 una tendencia descendente, comparado con el año anterior, observándose los mayores decrementos en 2007 y 2009 con 4 y 2.6 por ciento, respectivamente. En cifras absolutas la disminución del gasto corriente fue de 38 millones de pesos entre 2006 y 2009, y en términos relativos de 6.6 por ciento. En 2011 se observó un incremento de 15.8 millones de pesos respecto a 2009, el cual representa un crecimiento real de 3 por ciento.

vii) Resultado de operación: El resultado de operación de las tiendas del IMSS en el periodo 2006-2011 fue equivalente a 12.9 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 en ese mismo porcentaje, 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 el periodo 2005-2011. Aunque no depende de la operación del SNT, es importante dar seguimiento a este rubro, 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. Sin embargo, en 2010 se observó un ligero retroceso a la tendencia observada como consecuencia de la caída en las ventas del sistema, presentándose una recuperación del resultado en 2011 al abatirse el déficit en 5.4 por ciento, respecto al registrado en el año anterior.

Con el fin de advertir la situación financiera que podría presentar 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.22.

Los resultados de la proyección se resumen en el cuadro X.23, del cual se concluye que, de acuerdo con las hipótesis consideradas, el déficit del SNT podría crecer a un ritmo promedio anual de 5.5 por ciento en el periodo 2012-2016.

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 Informe¹⁶⁷.

¹⁶⁷ 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, del cual en el 2011 presenta una cifra preliminar de ventas por 131.08 millones de pesos, cifra que representó una participación de 6.9 por ciento a ventas totales del SNT; ii) el programa de expo ventas 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 2007-2011 esta estrategia comercial generó ingresos al Instituto por 100.9 millones de pesos, mientras que en el periodo de enero a marzo de 2012 se han detonado ventas por 1.2 millones de pesos; iii) el proyecto de vale especial que consiste en el otorgamiento de un vale para la compra de artículos de viveres, con descuento a un mes y por un monto superior al que quincenalmente tramitan los trabajadores activos, el cual se ejerce durante la segunda quincena de junio y la primera de noviembre de cada año, y se descuenta en las fechas en las que se reciben percepciones extraordinarias que hacen que no se ponga en riesgo la recuperación de los créditos otorgados. Este programa permitió mantener la afluencia de los consumidores a las tiendas y con ello apoyar su economía, a su vez permitió que los ingresos del SNT tuvieran sólo una disminución real de 5.2 por ciento con relación a 2010, a pesar del entorno adverso en el 2011, lo cual representó un menor retroceso que el registrado entre los años 2010 y 2009 que representó una disminución real de 9.8 por ciento. Se estima que para el año 2012 habrá un incremento en la cantidad de vales otorgados de 8 por ciento debido a la implementación de un nuevo vale especial en el mes de diciembre; iv) el sistema de resurtido automático que tiene como propósito la realización eficiente del proceso de compras y facilita la toma de decisiones; v) la política de precios bajos que busca mantener un portafolio de productos ubicados en el ranking de los artículos líderes más vendidos a nivel nacional, al mismo tiempo una canasta con precios por abajo de la media del mercado. El impacto de dicha política se constató en un sondeo efectuado en el mes de abril de 2012 en el que el SNT ofreció precios más bajos en 7 por ciento en promedio que las principales cadenas de autoservicio en esta canasta de artículos, y vi) en 2012 se contempla desarrollar aplicaciones que permitan la venta del tiempo aire electrónico para teléfonos celulares y el pago de servicios, entre otros aspectos. La mayoría de estos programas no representan costo adicional para el Instituto, salvo el de los recursos humanos asignados.

Cuadro X.22.
Hipótesis utilizadas en la proyección de los ingresos y
gastos del Sistema Nacional de Tiendas, 2012-2016

Concepto	Tasa real de crecimiento porcentual				
	2012	2013	2014	2015	2016
Ingresos en tiendas	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Gasto de servicios de personal	2.4	4.2	3.7	4.0	4.3
Gasto por consumos	2.6	1.9	1.7	1.7	1.6
Gasto de mantenimiento	5.4	2.1	2.0	1.9	1.8
Gasto por servicios generales	5.4	2.1	2.0	1.9	1.8
Gasto por provisión del RJP	4.9	5.6	4.0	4.5	5.2

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro X.23.
Situación financiera del Sistema Nacional de Tiendas en 2011
y proyección 2012-2016
(miles de pesos de 2012)

Concepto	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ventas	1,943,993	1,963,433	1,983,067	2,002,898	2,022,927	2,043,156
Otros ingresos ^{1/}	591	528	413	415	421	383
Ingreso total	1,944,583	1,963,961	1,983,480	2,003,313	2,023,348	2,043,539
Costos ^{2/}	1,681,630	1,698,446	1,715,430	1,732,585	1,749,911	1,767,410
Utilidad bruta	262,954	265,515	268,050	270,728	273,438	276,129
Gasto corriente ^{3/}	551,783	567,644	588,822	608,258	630,075	654,098
Resultado de operación	-288,829	-302,129	-320,772	-337,530	-356,637	-377,969
Provisión para el RJP	12,822	13,521	13,806	14,080	14,352	14,615
Otros gastos	-564	-	-	-	-	-
Resultado total	-301,087	-315,649	-334,578	-351,609	-370,990	-392,584

^{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.



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 2011 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 2011 se cuenta con un total de 3,058 unidades del Régimen Ordinario en operación¹⁶⁸. De éstas, 2,286 (74.7 por ciento) están asignadas a la prestación de servicios médicos o son apoyo de los mismos, en tanto que 772 (25.3 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 2011, cuenta con 3,931 unidades médicas en operación.

¹⁶⁸ Estas unidades corresponden a 1,812 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. Ajustes relacionados a la construcción de obra nueva se describen en los apartados referentes a la inversión realizada durante el año 2011.

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 1,495 unidades de primer nivel, de las cuales 1,114 son Unidades de Medicina Familiar (UMF) y 381 son unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 32 y 24 años, respectivamente (cuadro XI.1)¹⁶⁹. Comparado con el año pasado, se pusieron en operación cinco nuevas UMF. En lo que respecta a las unidades auxiliares, en 2011 se redujeron 21 unidades, permaneciendo 381 unidades auxiliares activas; lo anterior surge de la validación realizada con las delegaciones a nivel nacional, y que determinó que esas unidades ya no se encontraban en operación, principalmente por

la cancelación de convenios con las empresas que contaban con dichos servicios.

En lo que se refiere al segundo nivel de atención, que comprende los servicios de hospitalización general, al 31 de diciembre de 2011 el inventario reporta 266 unidades con una antigüedad promedio de 36 años. Entre éstas, se incluyen 35 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), de las cuales 10 corresponden a unidades autónomas y 25 son unidades anexas a UMF y hospitales. Las UMAA tienen una edad promedio de cinco años.

En el tercer nivel de atención se tienen 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) y 11 unidades médicas complementarias. El número de unidades médicas complementarias se redujo por una, comparado con 2010, dado que la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Sur fue reasignada de tercer a segundo nivel de atención debido a sus funciones, actividades y a que depende directamente de la Delegación Distrito Federal Sur. 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, 37 años de antigüedad.

Adicionalmente, se cuenta con 482 unidades que apoyan la atención médica o están dedicadas a la educación e investigación médica (cuadro XI.1). Algunas de estas unidades se encuentran en inmuebles independientes, mientras que otras operan en inmuebles de unidades médicas o administrativas del Instituto. Entre ellas se incluyen 421 bibliotecas, 13 centros de investigación educativa y formación docente, y 40 unidades y centros de investigación en salud. De 2010 al 2011, estos centros de investigación fueron reducidos en número, debido a que algunos

¹⁶⁹ La información relacionada con la edad de las unidades médicas y no médicas proviene de la Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED), IMSS. Cabe señalar que para el cálculo de la edad promedio de los inmuebles médicos se actualizó la metodología con relación a la metodología utilizada en el Informe del año pasado.

Cuadro XI.1.
Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2010 y 2011

Tipo de unidad	Núm. de unidades	
Unidades médicas	2010	2011
Primer nivel de atención	1,511	1,495
Unidades de Medicina Familiar (UMF)	1,109	1,114
Unidades auxiliares	402	381
Segundo nivel de atención	261	266
Hospitales Generales	229	231
Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	32	35
Anexa a unidad médica (UMF u Hospital)	22	25
Autónoma de unidad médica	10	10
Tercer nivel de atención	37	36
Total de unidades médicas	1,809	1,797
Infraestructura de apoyo a la atención médica		
Laboratorio de citología exfoliativa	1	1
Taller de prótesis y órtesis	1	1
Farmacias centrales	5	5
Total de infraestructura de apoyo a la atención médica	7	7
Infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud		
Bibliotecas (Centros de investigación y documentación en salud)	421	421
Escuelas de enfermería	7	7
Centros de investigación educativa y formación docente	13	13
Unidades y centros de investigación en salud	50	40
Bioterio	2	1
Total de infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud	493	482
Total	2,309	2,286

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

de estos tenían las mismas líneas de investigación, tal situación generaba un incremento en el uso de recursos humanos y económicos. Entre las unidades que fueron fusionadas están la Unidad de Investigación Médica en Biología del Desarrollo que se unió a la Unidad de Investigación Médica en Genética Humana, y la Unidad de Investigación Médica en Farmacología de Productos Naturales que se fusionó con la Unidad de Investigación Médica en Farmacología, entre otras.

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.

De manera adicional, al 31 de diciembre de 2011 el Régimen Ordinario contaba con una unidad de segundo nivel que no estaba en operación (cuadro XI.4). Esta unidad entró en operación en marzo de 2012.

Cuadro XI.2.
Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2011

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"
10. Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes"
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro

Guadalajara, Jalisco

11. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente
Banco Central de Sangre, Centro Médico Nacional de Occidente
12. Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente
13. Hospital de Gineco Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente

Monterrey, Nuevo León

14. Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del 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"
-

Fuente: DPM, IMSS.

Cuadro XI.3.
Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2011
(número de unidades)

Región/Delegación	Primer nivel		Segundo nivel		Tercer nivel ^{4/}
	Medicina familiar ^{1/}	Unidades auxiliares	Hospitales ^{2/}	UMAA ^{3/}	
Centro	183	88	44	11	18
Distrito Federal Norte	21	34	8	1	10
Distrito Federal Sur	22	19	11	4	7
Guerrero	14	9	6	1	-
México Oriente	43	17	10	3	-
México Poniente	42	2	4	1	1
Morelos	21	2	3	-	-
Querétaro	20	4	2	1	-
Oficinas Centrales	-	1	-	-	-
Norte	277	55	52	11	7
Aguascalientes	11	1	2	1	-
Coahuila	37	13	12	2	1
Chihuahua	47	3	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	354	140	79	7	7
Baja California	29	4	8	1	-
Baja California Sur	14	7	6	1	-
Colima	10	6	3	-	-
Guanajuato	35	4	10	1	2
Jalisco	102	59	17	2	4
Michoacán	45	17	9	1	-
Nayarit	21	10	5	1	-
Sinaloa	40	28	8	-	-
Sonora	58	5	13	-	1
Sur	300	98	56	6	4
Campeche	9	6	2	1	-
Chiapas	27	13	4	-	-
Hidalgo	14	5	6	-	-
Oaxaca	23	5	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	1,114	381	231	35	36

^{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.

Cuadro XI.4.
Unidades médicas del Régimen Ordinario que no se encuentran en operación, diciembre de 2011

Nivel de atención/Localidad	Núm. de unidad	Tipo de unidad	Razón por la que no se encuentra en operación
Segundo nivel			
Miguel Alemán, Tamaulipas	1	Hospital Rural	Esta obra pasó a formar parte del Régimen Ordinario en 2011. Al 31 de diciembre necesitaba completar la plantilla de personal.

Fuente: DAED, IMSS.

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 en 1,459 unidades médicas, es decir, 81.2 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 aproximadamente 97 por ciento en el primer, segundo y tercer niveles de atención. Los porcentajes de las unidades cuyas instalaciones se calificaron en buenas condiciones o condiciones regulares fueron 97.6, 94, y 97.2 en el primer, segundo y tercer niveles de atención, respectivamente. Con relación al estado del inmueble al primer, segundo y tercer niveles de atención 97.2, 93.2 y 94.5 por ciento de las unidades, respectivamente, se calificó en buenas condiciones o condiciones regulares (gráfica XI.1).

En general, existe una mejoría con respecto a los valores del año 2010 debido al programa de sustitución de equipo electromecánico, que tuvo un presupuesto autorizado por el H. Consejo Técnico (HCT) de 114.9 millones de pesos e incluyó principalmente equipo de aire acondicionado, equipos electromecánicos y elevadores, así como a las acciones consolidadas para realizar trabajos de impermeabilización durante el año 2011 en una superficie de 360,050.94 m², en 262 unidades médicas y no médicas por un monto de 93.9 millones de pesos.

En el caso de las unidades de tercer nivel se observa una disminución con respecto a los valores de 2010 en la proporción de UMAE cuyas instalaciones y equipo propio están en buen estado. La disminución se debe principalmente a la antigüedad promedio de las instalaciones y los equipos, que en muchos casos han superado el periodo de vida útil y requieren reparaciones integrales que no es posible llevar a cabo en su totalidad, en razón de que las unidades médicas se encuentran en operación y la logística requiere de la habilitación de nuevos espacios para no afectar el número de camas en operación y no reducir la capacidad instalada. Por otra parte, la inversión realizada en el 2011 en materia de sustitución de equipos únicamente contempló sustitución de equipos en 12 UMAE.

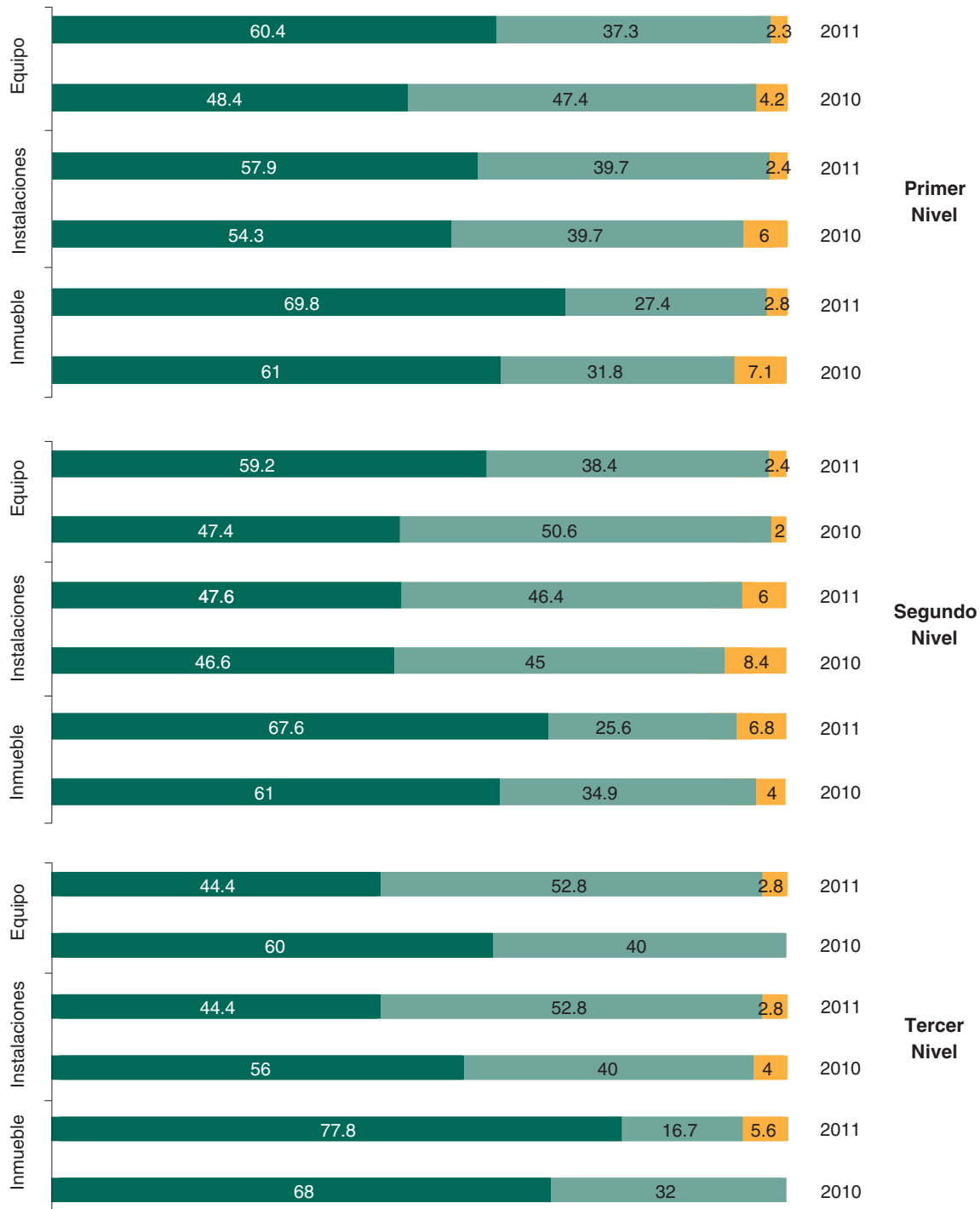
Las variaciones de un año a otro en el número de unidades de tercer nivel cuyas instalaciones y equipo propio se encuentran en buen estado, no afectaron la oportunidad, la calidad o la calidez del servicio. En todos los casos se mantuvieron las condiciones de operación que permiten la continuidad en la atención al derechohabiente.

Programa de inversión

Como parte del Programa de Inversión Física 2011 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

Gráfica XI.1.
Estado físico del inmueble, equipo e instalaciones de las unidades médicas
del Régimen Ordinario por nivel de atención, 2010 y 2011

(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.

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 2011 se pusieron en operación cinco nuevas UMF con lo que se incrementó la infraestructura del primer nivel de atención en 50 nuevos consultorios. En el caso de tres de ellas, en Tijuana y Mexicali, Baja California, y en Puerto Vallarta, Jalisco, la construcción terminó en 2010 y las unidades se pusieron en operación en 2011. Mientras otras dos,

en Aguascalientes, Aguascalientes, y Mérida, Yucatán, fueron concluidas y puestas en operación en 2011 (cuadro XI.5).

Entre enero y mayo de 2012 entró en operación una UMF con UMAA en Culiacán, Sinaloa, concluida en 2011; se concluyó y puso en operación una UMF de 10 consultorios con UMAA en Hermosillo, Sonora, y se concluyeron dos UMF de 10 consultorios con UMAA en El Marqués, Querétaro, y Matamoros, Tamaulipas, con lo que se incrementó la infraestructura del primer nivel de atención en 40 consultorios.

Cuadro XI.5.
Construcción nueva en el Régimen Ordinario, primer nivel de atención, mayo de 2012

Región/ Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Estatus de obra/ fecha ^{1/}	Estatus operativo/ fecha ^{2/}	Carácter de la obra ^{3/}
Centro					
Querétaro	El Marqués	UMF-10 consultorios	Concluida (mayo 2012)	Sin operar (septiembre 2012)	Adicional
Norte					
Aguascalientes	Aguascalientes	UMF-10 consultorios	Concluida (octubre 2011)	En operación (diciembre 2011)	Adicional
Tamaulipas	Matamoros	UMF-10 consultorios y UMAA	Concluida (mayo 2012)	Sin operar (junio 2012)	Adicional
Occidente					
Baja California	Tijuana	UMF-10 consultorios	Concluida (diciembre 2010)	En operación (febrero 2011)	Adicional
	Mexicali	UMF-10 consultorios	Concluida (marzo 2010)	En operación (agosto 2011)	Adicional
Jalisco	Puerto Vallarta	UMF-10 consultorios	Concluida (octubre 2010)	En operación (febrero 2011)	Adicional
Sinaloa	Culiacán	UMF-10 consultorios y UMAA	Concluida (octubre 2011)	En operación (enero 2012)	Adicional
Sonora	Hermosillo	UMF-10 consultorios y UMAA	Concluida (marzo 2012)	En operación (UMF marzo 2012 y UMAA junio 2012)	Adicional
Sur					
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	UMF-10 consultorios	En proceso (septiembre 2012)	Sin operar (octubre 2012)	Adicional
Yucatán	Mérida	UMF-10 consultorios	Concluida (julio 2011)	En operación (septiembre 2011)	Adicional

^{1/} La fecha entre paréntesis es la fecha programada de término de ejecución de obra, la cual es susceptible de modificarse de acuerdo con el proceso de construcción.

^{2/} La fecha entre paréntesis es la fecha estimada de puesta en operación de la obra, la cual puede variar en función del avance de los procesos: constructivo, de equipamiento y de dotación de plazas.

^{3/} Adicional: Se refiere a unidades que se agregan al inventario de infraestructura existente.

Fuente: DAED, IMSS.

En lo que respecta a las acciones de fortalecimiento, en 2011, en el primer nivel de atención se completaron ampliaciones en cinco UMF en las localidades de Aguascalientes, Aguascalientes; Jiménez, Chihuahua; Guerrero Negro, Baja California Sur; Atotonilco, Jalisco, y Veracruz, Veracruz Norte, así como dos remodelaciones de UMF en San Luis Potosí, San Luis Potosí, y Manzanillo, Colima (cuadro XI.6). En el periodo enero a mayo de 2012, también se concluyó la ampliación en la UMF No. 16 en Mexicali, Baja California.

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 hospitales generales

regionales, generales de zona y generales de subzona en operación, y en la construcción de UMA para disminuir la demanda de camas de hospital. Aunque en 2010 se logró revertir la tendencia decreciente de más de 30 años del indicador del número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes adscritos a médico familiar, alcanzando un valor de 0.87, dicha tendencia no se pudo mantener en 2011, año en que el índice tuvo un valor de 0.83 (gráfica XI.2). Eso sucede porque en los últimos cinco años el número de camas censables ha aumentado a un ritmo menor (7.4 por ciento, de 29,846 camas en 2007 a 32,071 camas en 2011) que el número de derechohabientes del Instituto (9.5 por ciento, de 35.3 millones de derechohabientes en 2007 a 38.7 millones en 2011).

Cuadro XI.6.
Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en el Régimen Ordinario,
primer nivel de atención, mayo de 2012

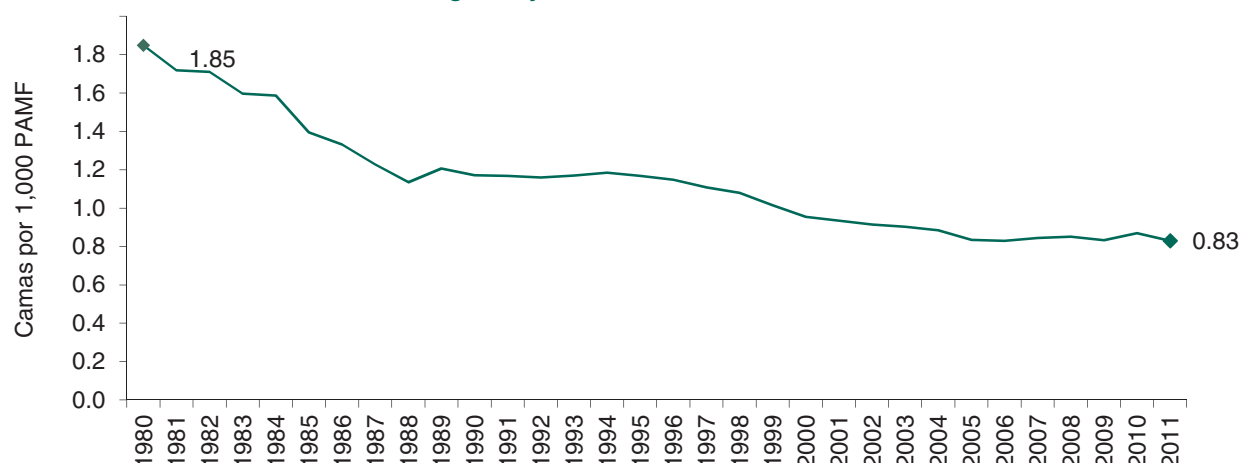
Región/Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Tipo de acción	Estatus de obra/ fecha ^{1/}
Norte				
Aguascalientes	Aguascalientes	UMF No. 8	Ampliación	Concluida (abril 2011)
Chihuahua	Jiménez	UMF/H No. 24	Ampliación	Concluida (febrero 2011)
San Luis Potosí	San Luis Potosí	UMF No. 45	Remodelación	Concluida (enero 2011)
Occidente				
Baja California	Mexicali	UMF No. 16	Ampliación	En proceso (agosto 2012)
	Mexicali	UMF No. 16	Ampliación (siniestro)	Concluida (mayo 2012)
	Mexicali	UMF No. 4	Ampliación	En proceso (julio 2012)
Baja California Sur	Guerrero Negro (Ejido Díaz O.)	Consul. Aux. Med. Fam. No. 19	Ampliación	Concluida (noviembre 2011)
Colima	Manzanillo	UMF No. 2	Remodelación	Concluida (octubre 2011)
Jalisco	Atotonilco	UMF/H No. 22	Ampliación	Concluida (diciembre 2011)
Sur				
Veracruz Norte	Veracruz	UMF No. 68	Ampliación	Concluida (febrero 2011)

^{1/} La fecha entre paréntesis es la fecha programada de término de ejecución de obra, la cual es susceptible de modificarse de acuerdo con el proceso de construcción.

^{2/} La fecha entre paréntesis es la fecha estimada de puesta en operación de la obra, la cual puede variar en función del avance de los procesos: constructivo, de equipamiento y de dotación de plazas.

Fuente: DAED, IMSS.

Gráfica XI.2.
Número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes adscritos a médico familiar, de segundo y tercer niveles de atención, 1980-2011



Fuente: DPM, IMSS.

Cabe señalar que el Programa de Inversión Física de esta administración concluye sus acciones en 2012. Eso significa que para mantener la tendencia estable del indicador del número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes adscritos a médico familiar o lograr una tendencia creciente se debe continuar con un Programa de Inversión Física lo suficientemente agresivo, que permita al Instituto atender el número creciente tanto de derechohabientes en general, 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 deterioro en la oportunidad de servicios y el consecuente daño a la salud de la población derechohabiente.

En cuanto a las unidades médicas del segundo nivel de atención, en 2011 se pusieron en operación tres hospitales y dos UMAA. Los hospitales incorporados al sistema fueron el Hospital General de Subzona (HGS) de San José del Cabo, Baja California Sur; el Hospital General Regional (HGR) de Tlajomulco de Zuñiga, Jalisco, y el HGR de Tecámac, Estado de México

Oriente. Asimismo, iniciaron operaciones las UMAA de Chalco, Estado de México Oriente, la de Cuajimalpa de Morelos, Distrito Federal Sur (cuadro XI.7), y de la incorporación de la UMAA anexa a la UMF No. 89 de Saltillo, Coahuila (cuadro XI.5). En términos de camas, durante ese año se añadieron 559 al total existente en el Instituto. La creación de nuevas UMAA permitirá a través de cirugías ambulatorias ejercer una menor presión sobre la demanda de camas en el segundo nivel de atención. Es relevante mencionar que durante el año 2011, el Hospital General de Subzona de San José del Cabo, Baja California Sur, transformó su operación para funcionar como la UMF No. 6.

En el periodo enero-mayo de 2012 se concluyó el Hospital General Regional de Metepec, Estado de México, el cual se espera que entre en operación en 2012, lo que incrementará en 236 las camas censables del Instituto. Por otro lado, continuarán en proceso de construcción los Hospitales Generales de Zona de Reynosa, Tamaulipas y de Hermosillo, Sonora, y el Hospital General Regional de Charo, Tres Marías, Michoacán, los cuales se pondrán en operación en el segundo semestre del ejercicio, así como la UMAA y el Módulo de Rehabilitación de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Cuadro XI.7.
Construcción nueva en el Régimen Ordinario, segundo nivel de atención, mayo de 2012

Región/Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Estatus de obra/ fecha ^{1/}	Estatus operativo/ fecha ^{2/}
Centro				
Estado de México Oriente	Chalco	UMAA	Concluida (febrero 2011)	En operación (mayo 2011)
	Tecámac	HGR-254 camas	Concluida (agosto 2011)	En operación (diciembre 2011)
Estado de México Poniente	Metepec	HGR-236 camas	Concluida (febrero 2012)	En operación (marzo 2012 Consulta Externa y junio 2012 Urgencias y Hospitalización)
Distrito Federal Sur	Cuajimalpa de Morelos	UMAA	Concluida (octubre 2010)	En operación (marzo 2011)
Norte				
Tamaulipas	Reynosa	HGZ-216 camas	En proceso (septiembre 2012)	Sin operar (enero 2013)
Occidente				
Baja California Sur	San José del Cabo	HGS-40 camas	Concluida (diciembre 2010)	En operación (mayo 2011)
Jalisco	Tlajomulco de Zúñiga	HGR-250 camas	Concluida (mayo 2011)	En operación (agosto 2011)
Michoacán	Charo, Tres Marías	HGR-250 camas	En proceso (agosto 2012)	Sin operar (septiembre 2012)
Sonora	Hermosillo	HGZ-180 camas Unidad de Quemados	En proceso (noviembre 2012)	Sin operar (enero 2013)
Sur				
Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	UMAA y Mod. Rehabilitación	En proceso (julio 2012)	Sin operar (septiembre 2012)

^{1/} La fecha entre paréntesis es la fecha programada de término de ejecución de obra, la cual es susceptible de modificarse de acuerdo con el proceso de construcción.

^{2/} La fecha entre paréntesis es la fecha estimada de puesta en operación de la obra, la cual puede variar en función del avance de los procesos: constructivo, de equipamiento y de dotación de plazas.

Fuente: DAED, IMSS.

Durante 2011 se concluyeron 22 acciones de fortalecimiento (ampliación y remodelación) en unidades médicas de segundo nivel. En el periodo enero-mayo del 2012 se concluyeron 3 acciones más de fortalecimiento y continuaban en proceso constructivo 51, que se espera concluir este año.

Respecto a los proyectos para el fortalecimiento de la infraestructura física del tercer nivel, en 2011 se concluyó una ampliación en la UMAE de León, Guanajuato y una remodelación en la UMAE del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza". Al cierre de mayo del 2012

continúan en proceso constructivo seis acciones de obra de fortalecimiento, de las cuales tres corresponden a ampliación y tres a remodelación en UMAE. Cabe señalar que durante 2011 no hubo construcción nueva en el tercer nivel de atención (cuadro XI.8).

Presupuesto de inversión

Como se puede apreciar en el cuadro XI.9, el presupuesto de inversión para 2011 fue de 2,891.3 millones de pesos, de los cuales 16.5 por ciento se destinó al primer nivel, 82.5 por ciento al segundo nivel y 1 por ciento al tercer nivel de atención médica.

Cuadro XI.8.
Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en el Régimen Ordinario,
tercer nivel de atención, mayo de 2012

Región/Delegación	Localidad	UMAE/Hospital	Tipo de acción	Estatus de obra/ fecha ^{1/}
Centro				
Distrito Federal Norte	Centro Médico "La Raza"	UMAE Hospital General	Remodelación	En proceso (octubre 2012)
	Magdalena de las Salinas	UMAE Hospital de Traumatología	Ampliación	En proceso (octubre 2012)
	Centro Médico "La Raza"	UMAE Hospital General	Ampliación	En proceso (diciembre 2012)
	Centro Médico "La Raza"	UMAE-Hospital de Especialidades	Remodelación	En proceso (diciembre 2012)
	Centro Médico "La Raza"	UMAE-Hospital de Gineco No. 3	Remodelación	Concluida (diciembre 2011)
Distrito Federal Sur	Centro Médico "Siglo XXI"	UMAE Hospital de Cardiología	Remodelación	En proceso (junio 2012)
	Tizapán	UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4	Ampliación	En proceso (agosto 2012)
Occidente				
Guanajuato	León	UMAE Hospital de Especialidades No. 1	Ampliación	Concluida (marzo 2011)

^{1/} La fecha entre paréntesis es la fecha programada de término de ejecución de obra, la cual es susceptible de modificarse de acuerdo con el proceso de construcción.

Fuente: DAED, IMSS.

Con relación al tipo de obra, 68.8 por ciento financió construcción nueva, mientras el restante 31.2 por ciento fue para acciones de fortalecimiento. La inversión total de las obras que se tiene programado concluir en 2012 ascenderá a 6,254.1 millones de pesos.

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 Instituto¹⁷⁰.

La infraestructura inmobiliaria operativa de este programa incluye un total de 3,931 unidades distribuidas en 19 estados del país en el ámbito rural¹⁷¹ y en 26 entidades federativas en el ámbito urbano¹⁷². 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.

¹⁷⁰ Reforma a la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 15 de mayo de 2003.

¹⁷¹ 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.

¹⁷² 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.

Cuadro XI.9.
Presupuesto total de inversión en el Régimen Ordinario,
incluyendo obras concluidas en 2011, concluidas a mayo 2012 y por concluir en 2012
(pesos)

Nivel de atención	Presupuesto total					
	2011			2012		
	Construcción nueva	Acciones de fortalecimiento	Total	Construcción nueva	Acciones de fortalecimiento	Total
Primer nivel	431,825,067	45,940,416	477,765,483	757,974,815	135,204,303	893,179,118
Segundo nivel	1,557,136,916	829,504,542	2,386,641,458	3,000,277,985	2,135,008,353	5,135,286,338
Tercer nivel	-	26,926,729	26,926,729	-	225,664,855	225,664,855
Total	1,988,961,983	902,371,687	2,891,333,670	3,758,252,800	2,495,877,511	6,254,130,311

Fuente: DAED, IMSS.

Las unidades médicas de primer nivel de atención corresponden a las Unidades Médicas Rurales (UMR) 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, 3,853 son unidades médicas de primer nivel y de éstas 92.9 por ciento son UMR. 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 variación en el número de unidades médicas entre 2010 y 2011 obedece a la conversión de 95 Unidades Médicas Auxiliares a UMR durante 2011, al inicio de operaciones de 24 UMR de la Delegación Estado de México Poniente construidas en 2010 y a la baja de 8 UMR.

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.

Asimismo, como se señala en el cuadro XI.12, hay nueve UMR fuera de operación por diversas razones, seis de las cuales se van a dar de baja definitiva en 2012.

Cuadro XI.10.
Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades
por nivel de atención y tipo de unidad, 2010 y 2011

Nivel de atención	Número de unidades	
	2010	2011
Primer nivel	3,837	3,853
Unidades médicas rurales	3,472	3,583
Unidades médicas auxiliares	95	-
Unidades médicas urbanas	270	270
Segundo nivel	78	78
Total	3,915	3,931

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-Oportunidades), IMSS.

Cuadro XI.11.
Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por región, delegación, nivel de
atención y tipo de unidad, 2011
(número de unidades)

Región/Delegación	No. de delegaciones	Primer nivel			Segundo nivel
		UMR	UMU	Total	HR
Centro	5				
Distrito Federal Sur		0	21	21	-
México Poniente		24	8	32	2
Morelos		0	4	4	-
Querétaro		0	4	4	-
Guerrero		15	22	37	1
Norte	7				
Coahuila		78	8	86	3
Chihuahua		144	4	148	3
Durango		163	2	165	3
Nuevo León		0	3	3	-
San Luis Potosí		202	6	208	4
Tamaulipas		104	0	104	3
Zacatecas		141	9	150	5
Occidente	7				
Baja California		11	4	15	1
Guanajuato		0	11	11	-
Jalisco		0	9	9	-
Michoacán		335	15	350	7
Nayarit		79	4	83	1
Sinaloa		103	5	108	3
Sonora		0	5	5	-
Sur	9				
Campeche		39	4	43	2
Chiapas		555	12	567	10
Hidalgo		215	6	221	4
Oaxaca		469	21	490	9
Puebla		305	13	318	7
Tlaxcala		0	3	3	-
Veracruz Norte		290	19	309	3
Veracruz Sur		228	36	264	3
Yucatán		83	12	95	4
Total	28	3,583	270	3,853	78

Fuente: IMSS-Oportunidades, IMSS.

Cuadro XI.12.
Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades que no se encuentran en operación, mayo de 2012

Nivel de atención/Localidad	No. de unidades	Tipo de unidad	Razón por la cual no se encuentra en operación
Primer nivel			
La Esperanza, Chiapas	1	UMR	Cierre debido a conflictos en la localidad.
El Progreso (Zacarías Mendoza) Coahuila	1	UMR	Cierre debido a que no existe población a atender. El personal se jubiló y no se han cubierto las plazas por falta de demanda.
Coyoacán, Distrito Federal Sur	1	UMR	Operó hasta agosto 2011, la baja definitiva en catálogo como infraestructura aplicará para 2012.
San Juan Lachao, Oaxaca	1	UMR	Se han registrado conflictos con la asamblea de la comunidad, quienes han solicitado al Gobernador que la población sea atendida por los Servicios Estatales de Salud. Al no resolverse la situación, la unidad ha permanecido cerrada.
Jocuisitita, 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. La baja definitiva en catálogo como infraestructura aplicará para 2012.
Francisco Villa (Mamantel), Campeche; Buenavista Tomatlán, Michoacán; Ixtepec, Puebla; Plan de Arroyos, Veracruz Norte	4	UMR	Estas unidades no reportaron actividad durante 2011, debido a que hospitales rurales de recién creación se ubican en la misma localidad y se encuentran atendiendo a la población que estaba adscrita a la UMR. La baja definitiva en catálogo como infraestructura aplicará para 2012.
Estado de México	3	UMR	Se están realizando adecuaciones en los inmuebles.
Total	12		

Fuente: IMSS-Oportunidades, IMSS.

Estado físico de unidades médicas

La gráfica XI.3 presenta el estado físico de las instalaciones, equipo e inmueble de las unidades de IMSS-Oportunidades. Como se observa en 2011, en relación con el primer nivel de atención, las unidades manifiestan que las instalaciones, equipo e inmueble, en 66, 98 y 75 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 62, 92 y 100 por ciento, respectivamente, se encuentra en buen o regular estado de conservación.

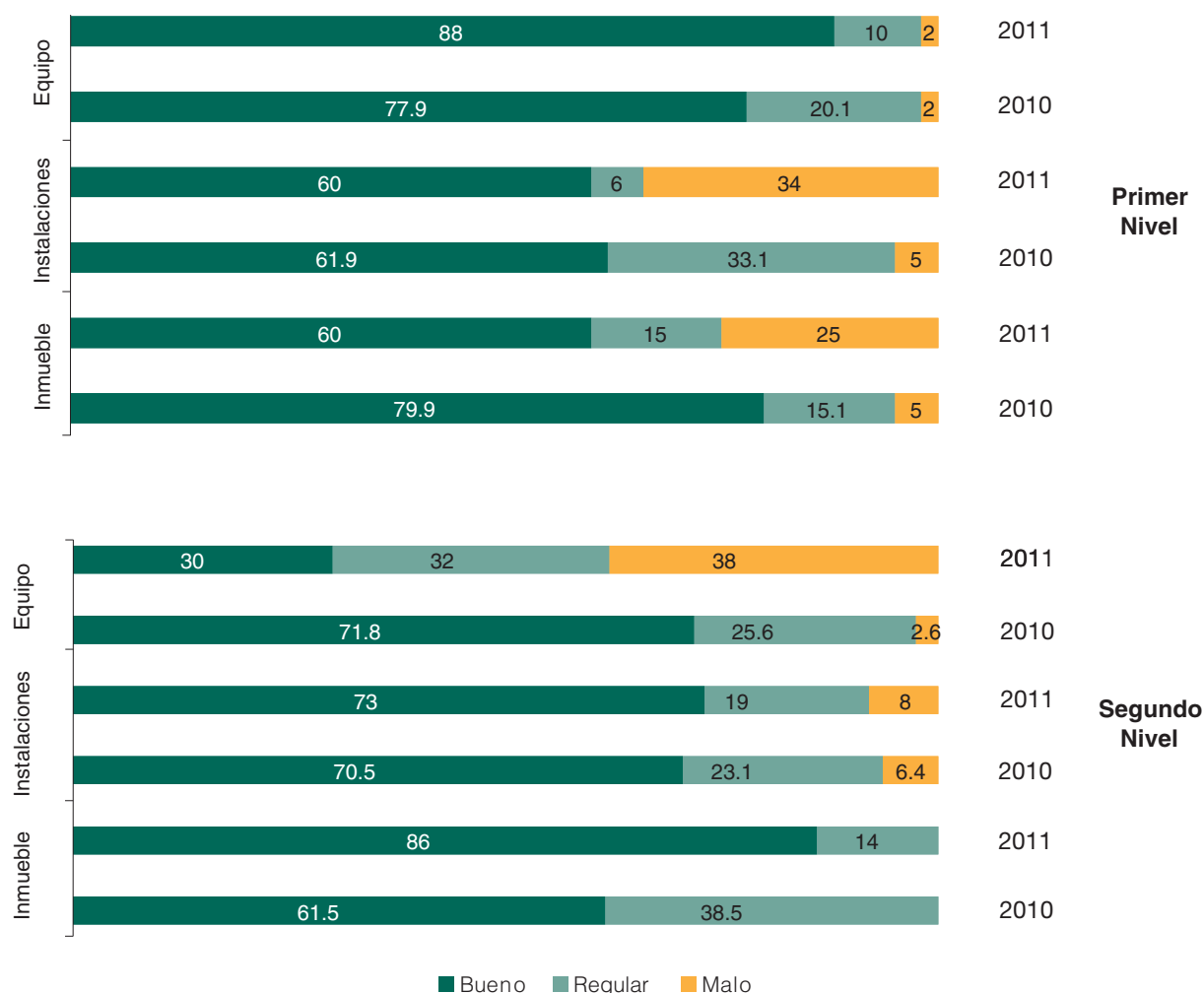
En general, los inmuebles se encuentran en buenas condiciones y cumplen con la funcionalidad y seguridad, tanto para los usuarios como para el personal de los equipos de salud, lo anterior, considerando que las unidades de primer nivel cuentan con un promedio

de más de 29 años de antigüedad, mientras que las unidades de segundo nivel cuentan con 26 años y en su gran mayoría están ubicadas en lugares lejanos y dispersos del territorio nacional.

La diferencia que se observa entre las evaluaciones de 2010 y 2011 se debe al hecho que hasta 2010 las delegaciones determinaban el estado físico de sus inmuebles, sus equipos e instalaciones, en base a valoraciones efectuadas con criterios diversos, por lo que no se tenía certeza de su situación. Para solventar esta problemática, a partir de 2011 se emitieron lineamientos para que las delegaciones valoraran el estado de la infraestructura física, mediante la aplicación de criterios uniformes.

El análisis de la información proporcionada por las delegaciones de los diversos módulos que intervienen (estructura, acabados, instalaciones de todo tipo;

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 y 2011
 (porcentajes)



Fuente: IMSS-Oportunidades, IMSS.

equipos eléctricos, de aire acondicionado y casas de máquinas), permitió a la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades conocer el estado real de las unidades para 2011.

Programa de inversión

En 2011, en seguimiento a las acciones emprendidas en 2009 y 2010, se dio continuidad a la construcción de nuevas unidades médicas. En el primer nivel de atención se construyeron 10 nuevas UMR con el fin de sustituir infraestructura obsoleta en Durango (tres UMR), Michoacán, Nayarit, Chiapas (dos UMR),

Oaxaca y Puebla (dos UMR) (cuadro XI.13). Estas unidades entraron en operación en los primeros cinco meses de 2012, mientras que en el mismo periodo se concluyó y se puso en operación una UMR más en Veracruz Norte.

En materia de fortalecimiento del primer nivel de atención, durante 2011 se concluyó la instalación de 12 Centros de Atención Rural Obstétrica (CARO) en el mismo número de UMR, mientras se concluyó la instalación en otros tres durante los primeros cinco meses de 2012. El objetivo de estos centros es impulsar la atención obstétrica en regiones marginadas del

Cuadro XI.13.
Acciones de fortalecimiento en IMSS-Oportunidades, primer nivel de atención, mayo de 2012

Región/Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Estatus de obra/ fecha ^{1/}	Estatus operativo/ fecha ^{2/}	Carácter de la obra
Norte					
Durango	Cuahtémoc	UMR	Concluida (diciembre 2011)	En operación (enero 2012)	Sustitución
	El Casco	UMR	Concluida (diciembre 2011)	En operación (enero 2012)	Sustitución
	Santiago Bayacora	UMR	Concluida (diciembre 2011)	En operación (enero 2012)	Sustitución
Occidente					
Michoacán	El Rincón de Jaripo	UMR	Concluida (diciembre 2011)	En operación (enero 2012)	Sustitución
Nayarit	Tepuzhuacán	UMR	Concluida (diciembre 2011)	En operación (febrero 2012)	Sustitución
Sur					
Chiapas	Pueblo Nuevo Sitala	UMR	Concluida (diciembre 2011)	En operación (febrero 2012)	Sustitución
	Vega de Juárez	UMR	Concluida (diciembre 2011)	En operación (febrero 2012)	Sustitución
Oaxaca	San Juan Teposcolula	UMR	Concluida (enero 2012)	En operación (abril 2012)	Sustitución
Puebla	Jonotla	UMR	Concluida (noviembre 2011)	Sin operar (julio 2012)	Sustitución
	San Juan Xiutetelco	UMR	Concluida (diciembre 2011)	Sin operar (julio 2012)	Sustitución
Veracruz Norte	Tlacolula	UMR	Concluida (mayo 2012)	En operación (mayo 2012)	Sustitución

^{1/} La fecha entre paréntesis es la fecha programada de término de ejecución de obra, la cual es susceptible de modificarse de acuerdo con el proceso de construcción.

^{2/} La fecha entre paréntesis es la fecha estimada de puesta en operación de la obra, la cual puede variar en función del avance de los procesos: constructivo, de equipamiento y de dotación de plazas.

Fuente: IMSS-Oportunidades, IMSS.

país. Asimismo, en 2011 se concluyó la instalación de tres Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) y la ampliación de otras cinco UMR, como se muestra en el cuadro XI.14. En total se realizaron 23 acciones de fortalecimiento del primer nivel de atención.

En el segundo nivel de atención la estrategia de fortalecimiento de los HR incluyó las ampliaciones y adecuaciones concluidas durante 2011 en 28 hospitales, en 13 delegaciones del país que incluyeron, entre otros conceptos, ampliación de urgencias, cambio de casa de máquinas y drenaje, instalación de aire acondicionado y adecuación del laboratorio de citología. Los laboratorios de citología están 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. Adicionalmente, están en proceso acciones de fortalecimiento en otros ocho HR.

Presupuesto de inversión

El presupuesto de inversión ejercido para la nueva infraestructura ascendió a 275 millones de pesos, de los cuales 61.5 por ciento fue destinado al segundo nivel de atención, mientras el restante 38.5 por ciento, al primer nivel.

Cuadro XI.14.
Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en IMSS-Oportunidades,
primer nivel de atención, mayo de 2012

Región/Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Tipo de acción	Estatus de obra/ fecha ^{1/}
Centro				
Estado de México Poniente	San Agustín	UMR	Ampliación	Concluida (diciembre 2011)
	Santa Isabel del Monte	UMR	Ampliación	Concluida (diciembre 2011)
	Santa María Endare	UMR	Ampliación	Concluida (diciembre 2011)
Norte				
Chihuahua	El Táscale	UMR	Ampliación CARO	Concluida (octubre 2011)
San Luis Potosí	Villa de Ramos	UMR	Ampliación CARO	Concluida (diciembre 2011)
	Santa María Acapulco	UMR	Ampliación CARO	Concluida (diciembre 2011)
Occidente				
Michoacán	Crescencio Morales	UMR	Ampliación CARO	Concluida (noviembre 2011)
	Pueblo Viejo	UMR	Ampliación CARO	Concluida (diciembre 2011)
	Capula	UMR	Ampliación	Concluida (noviembre 2011)
Sur				
Chiapas	El Porvenir	UMR	Ampliación CARO	Concluida (diciembre 2011)
	Paso Hondo	UMR	Ampliación CARO	Concluida (noviembre 2011)
	Rayón	UMR	Ampliación CARO	Concluida (noviembre 2011)
	Jolitonit	UMR	Ampliación CARA	Concluida (octubre 2011)
	Joltealal	UMR	Ampliación CARA	Concluida (noviembre 2011)
Oaxaca	Santiago Choapam	UMR	Ampliación CARO	Concluida (diciembre 2011)
	Cuyamecalco Villa de Zaragoza	UMR	Ampliación CARO	Concluida (enero 2012)
	San Martín Peras	UMR	Ampliación CARO	Concluida (enero 2012)
	Hueytalpan	UMR	Ampliación CARA	Concluida (noviembre 2011)
Veracruz Sur	El Cedral	UMR	Ampliación CARO	Concluida (octubre 2011)
	Huitzila	UMR	Ampliación CARO	Concluida (octubre 2011)
	La Perla	UMR	Ampliación CARO	Concluida (octubre 2011)
	El Tesoro	UMR	Ampliación CARO	Concluida (febrero 2012)
Yucatán	Hoctun	UMR	Ampliación	Concluida (diciembre 2011)

^{1/} La fecha entre paréntesis es la fecha programada de término de ejecución de obra, la cual es susceptible de modificarse de acuerdo con el proceso de construcción.

Fuente: IMSS-Oportunidades, IMSS.

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) inmuebles desocupados. Con relación al primer grupo, el Instituto cuenta tanto con inmuebles propios como con inmuebles rentados.

Actualmente, el Instituto cuenta con 772 inmuebles propios (cuadro XI.15); 418 inmuebles donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales con una edad promedio de 26 años; 61 unidades de actividades de incorporación y recaudación con una edad promedio de 32 años; 43 unidades administrativas con una edad promedio de 26 años; 97 unidades de servicios generales con una edad promedio de 21 años; 22 inmuebles que aún no tienen destino específico, y 131 terrenos desocupados¹⁷³.

Al mismo tiempo, el Instituto renta 892 inmuebles. En general, la mayoría de las unidades no médicas rentadas albergan actividades relacionadas con servicios generales (75.3 por ciento), seguidas por actividades de prestaciones económicas y sociales (11.9 por ciento).

En el caso de los inmuebles rentados, el grueso de la variación entre 2010 y 2011 obedece al aumento en 100 del número de cajones de estacionamiento para atender las solicitudes de las áreas requerientes (autorizado por el HCT mediante ACDO.SAE2. HCT.071211/323.P.DAED de fecha 7 de diciembre de 2011). Asimismo, conforme se incorporan nuevos servicios a los inmuebles arrendados, el destino de los mismos se modifica, lo que junto con las cancelaciones, renovaciones y sustituciones de los inmuebles arrendados explica las demás variaciones.

¹⁷³ Para el cálculo de la edad promedio de los inmuebles no médicos propiedad del Instituto se actualizó la metodología con relación a la metodología utilizada en el Informe del año anterior.

En cuanto a los inmuebles propios, la variación se debe a tres inmuebles recibidos en donación.

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), 95.9, 96.9 y 96.5 por ciento, respectivamente, de las unidades resultaron en condiciones buenas o regulares, como lo resume la gráfica XI.4.

La comparación del estado físico de las unidades no médicas entre 2010 y 2011 muestra una mejoría, que de manera similar al caso de las unidades médicas, se debe al programa de sustitución de equipo electromecánico, que autorizó el HCT, así como a las acciones consolidadas para realizar trabajos de impermeabilización durante el año 2011, en unidades médicas y no médicas por un monto de 93.9 millones de pesos.

Programa de inversión

La funcionalidad y la imagen 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 2011, donde destaca la construcción de cuatro subdelegaciones, una guardería y dos almacenes¹⁷⁴. Adicionalmente, se concluyeron ocho ampliaciones y/o remodelaciones, y tres más se encuentran en proceso. 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.

¹⁷⁴ La Guardería Ordinaria No. 1 en Zacatecas dejó de formar parte del Programa Anual de Obras derivado de que las normas de seguridad para este tipo de inmuebles prevén la existencia de salidas de emergencia, que en el caso de la guardería exigían demoler una pared del inmueble, el cual está considerado como Patrimonio Cultural de la Nación.

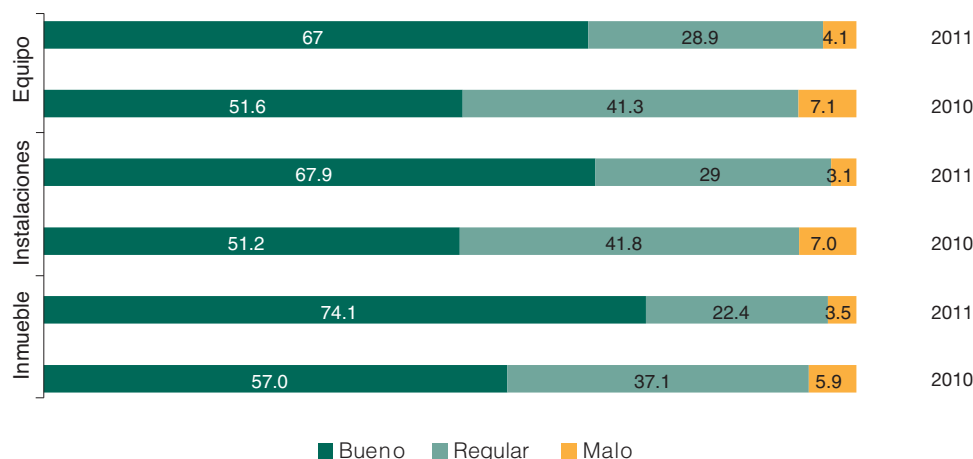
Cuadro XI.15.
Inmuebles no médicos propiedad del IMSS y rentados por tipo de función del inmueble, 2010 y 2011

Tipo de función del inmueble	2010		2011	
	Número de inmuebles			
	Inmuebles propios	Inmuebles rentados	Inmuebles propios	Inmuebles rentados
Unidades de Prestaciones Económicas y Sociales	418	108	418	107
Centros de seguridad social para el bienestar familiar	103	-	103	-
Teatros	13	-	13	-
Deportivos	16	1	16	1
Tiendas	21	100	21	99
Centros vacacionales	4	-	4	-
Velatorios	8	-	8	-
Guarderías	248	-	248	7
Bibliotecas	1	-	1	-
Albergues	3	-	3	-
Unidad de congresos	1	-	1	-
Unidades de Incorporación y Recaudación	61	55	61	59
Subdelegaciones	61	55	61	59
Unidades Administrativas	43	60	43	54
Oficinas delegacionales	22	54	22	45
Casas delegados	20	6	20	9
Organismo de seguridad social (CIESS)	1	-	1	-
Unidades de Servicios Generales	97	569	97	672
Lavanderías regionales	17	-	17	-
Centros de capacitación	4	6	4	5
Unidades de reproducciones gráficas	1	-	1	-
Módulos de ambulancia y transportes	10	-	10	-
Estacionamientos	6	501	6	601
Centrales de servicio	5	-	5	-
Almacenes	42	13	42	13
Bodegas	7	10	7	13
Bodegas de bienes embargados	5	39	5	40
Unidades desocupadas	150	-	153	-
Terrenos	128	-	131	-
Inmuebles pendientes de aplicar ^{1/}	22	-	22	-
Total	769	792	772	892

^{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 y 2011
 (porcentajes)



Fuente: DAED, IMSS.

Presupuesto de inversión

El presupuesto de inversión para la nueva infraestructura no médica ascendió a 329.2 millones de pesos. Este monto incluye la inversión del cierre del 2011 a mayo del 2012, que considera siete obras nuevas y once 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

Cuadro XI.16.
Construcción nueva de unidades no médicas, mayo de 2012

Región/Delegación	Localidad	Tipo de unidad	Estatus de obra/ fecha ^{1/}	Estatus operativo/ fecha ^{2/}
Centro				
Estado de México	Naucalpan	Subdelegación	En proceso (diciembre 2012)	Sin operar (febrero 2013) ^{2/}
Occidente				
Colima	Manzanillo	Subdelegación	Concluida (abril 2012)	En operación (mayo 2012)
Guanajuato	San Miguel de Allende	Guardería Ordinaria Núm. 1	En proceso (octubre 2012)	Sin operar (diciembre 2012) ^{2/}
Sur				
Hidalgo	Pachuca	Almacén delegacional	Concluida (marzo 2012)	Sin operar (junio 2012)
Oaxaca	Huatulco	Subdelegación	Concluida (marzo 2011)	En operación (abril 2011)
Tabasco	Villahermosa	Almacén	Concluida (marzo 2011)	En operación (julio 2011)
Veracruz Norte	San Andrés Tuxtla	Subdelegación	Concluida (diciembre 2011)	En operación (marzo 2012)

^{1/} La fecha entre paréntesis es la fecha programada de término de ejecución de obra, la cual es susceptible de modificarse de acuerdo con el proceso de construcción.

^{2/} La fecha entre paréntesis es la fecha estimada de puesta en operación de la obra, la cual puede variar en función del avance de los procesos: constructivo, de equipamiento y de dotación de plazas.

Fuente: DAED, IMSS.

nuevas tecnologías menos invasivas, de bajo costo de utilización y que superan las opciones diagnósticas y terapéuticas existentes afecta la toma de decisiones en este rubro.

En 2011, se realizó una inversión en equipo y mobiliario médico equivalente a 1,750 millones de pesos, la cual vino a complementar la inversión más alta de la cual se tiene registro, de 4,190 millones de pesos, que se hizo en 2010 (gráfica XI.5). Al importe del Régimen Ordinario se añade la inversión en equipo y mobiliario médico del Programa IMSS-Oportunidades que alcanzó 256 millones de pesos, situando la inversión total del Instituto en 2,006 millones de pesos.

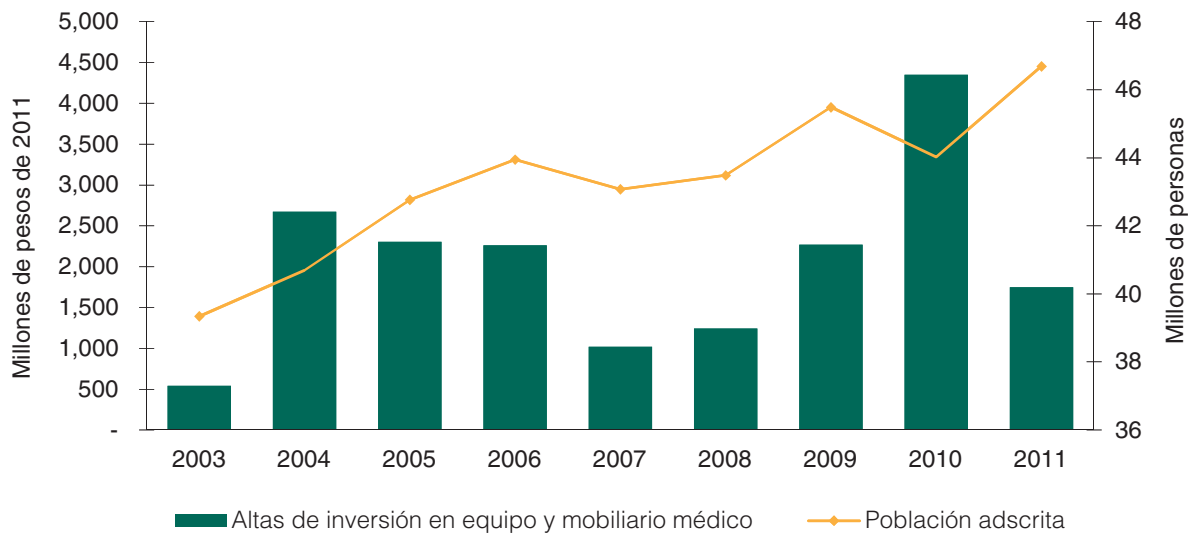
Al 31 de diciembre de 2011, el Instituto contaba con un inventario de equipo y mobiliario médico de más de 597 mil bienes (cuadro XI.17). De estos bienes, 89.3 por ciento pertenecen al Régimen Ordinario, mientras el restante 10.7 por ciento, al Programa IMSS-Oportunidades.

Programa de inversión

En 2011 se adquirieron 29.3 mil bienes de equipo y mobiliario (4.9 por ciento del total del inventario existente) por un importe de 2,006 millones de pesos, como lo señala el cuadro XI.18. La expansión del programa de equipo médico ha sido resultado de las eficiencias en los procesos de la compra de medicamentos y material de curación que se implimentaron desde 2007 y que a la fecha suman 58,692 millones de pesos¹⁷⁵. En particular se compraron, entre otros, 12,163 aparatos médicos, 9,104 bienes de mobiliario médico y 6,399 aparatos e instrumental de laboratorio. También hubo una inversión en aparato médico contra la pandemia de la influenza A H1N1 de 116 bienes que representaron un monto de 7.8 millones de pesos. Al Régimen Ordinario se destinó 74.1 por ciento del total de los bienes; esta adquisición representó más de 87.2 por ciento del gasto total de la inversión en equipo y mobiliario médico en este año.

¹⁷⁵ Esta cifra resulta del cálculo de la diferencia entre los volúmenes de compra de medicamentos y material de curación para los años 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011 a los precios observados y el gasto que hubieran representado esos volúmenes si se hubieran comprado a los precios de referencia de 2006 más la inflación acumulada.

Gráfica XI.5.
Crecimiento de la población derechohabiente adscrita a la unidad e importe de las altas de mobiliario y equipo médico^{1/} del Régimen Ordinario, 2003-2011
(millones de pesos de 2011)



^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo del Sistema PREI Millenium.
Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

Cuadro XI.17.
Número de bienes clasificados por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades, 2011^{1/}

Categoría funcional	Número de bienes		Total
	Régimen Ordinario	IMSS-Oportunidades	
Aparato médico	229,932	30,024	259,956
Aparato e instrumental de laboratorio	34,912	7,862	42,774
Instrumental de cirugía general	10,637	522	11,159
Instrumental de cirugía y especialidad	62,634	5,283	67,917
Aparato médico Influenza A H1N1	2,297	51	2,348
Mobiliario médico	174,782	19,357	194,139
Mobiliario de laboratorio	18,638	575	19,213
Mobiliario Médico Influenza A H1N1	64	-	64
Total	533,896	63,674	597,570

^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo del Sistema PREI Millenium.
Fuente: DF, IMSS.

Cuadro XI.18.
Equipo médico adquirido en 2011 por categoría funcional del
Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades¹⁷
(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	10,987	1,511,448,621.79	1,176	79,656,419.52	12,163	1,591,105,041.31
Aparato e instrumental de laboratorio	866	47,301,008.98	5,533	164,477,566.07	6,399	211,778,575.05
Instrumental de cirugía general	309	10,459,689.31	1	100,920.00	310	10,560,609.31
Instrumental de cirugía y especialidad	875	20,223,312.31	17	213,195.06	892	20,436,507.37
Aparato médico Influenza A H1N1	116	7,826,124.96	-	-	116	7,826,124.96
Mobiliario médico	8,260	151,118,678.87	844	11,452,510.12	9,104	162,571,188.99
Mobiliario de laboratorio	302	1,794,493.56	23	175,788.72	325	1,970,282.28
Mobiliario médico Influenza A H1N1	-	-	-	-	-	-
Total	21,715	1,750,171,929.78	7,594	256,076,399.49	29,309	2,006,248,329.27

¹⁷ La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo del Sistema PREI Millenium.

Fuente: DF, IMSS.

En el ejercicio 2011, se adjudicaron¹⁷⁶ 1,777 millones de pesos en la adquisición de equipo para el programa oncológico, que incluye: 14 aceleradores lineales, un *Cyberknife* y un Equipo de Dosimetría para el *Cyberknife*¹⁷⁷. Con este equipo se proporcionará una alternativa no invasiva a la cirugía para el tratamiento de tumores cancerosos y no cancerosos en cualquier parte del cuerpo, reduciendo los riesgos y las complicaciones, lo cual se traduce en alargar la esperanza y calidad de vida a alrededor de 1,500 pacientes con esperanza de vida menor a un año.

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 médicas¹⁷⁸. Entre otros bienes, destaca la adquisición de 15 ultrasonógrafos, 14 carros rojos, 320 bombas volumétricas, 1,636 refrigeradores para vacunas, 14 ventiladores volumétricos, 3,594 hemoglobínometros y 70 unidades radiológicas dentales.

¹⁷⁶ Se refiere a la fase del procedimiento de contratación administrativa en la que se designa la persona física o jurídica con quien el Instituto va a celebrar un contrato. De acuerdo con la Norma Presupuestaria vigente del IMSS, se refiere a recursos comprometidos, ya que se cuenta con un presupuesto inicial autorizado, y por tratarse de un proyecto plurianual (2011-2012), queda debidamente registrado como pasivo. La información sobre montos adjudicados difiere de la información sobre montos invertidos reportada en el Módulo de Activo Fijo del Sistema PREI Millenium que maneja el Área de Bienes en la DF. Esto se debe a que en este último se registran bienes una vez que el proveedor, después de haberlos entregado físicamente a las diferentes unidades institucionales, se presenta a dicha área para solicitar el sello de tránsito que es un requisito para gestionar su pago. Como consecuencia, el Área de Bienes realiza el registro de los bienes muebles capitalizables relacionados con los contratos de adquisición a fin de que estos se identifiquen con un número nacional de inventario y formen parte del Activo Fijo Institucional.

¹⁷⁷ DAED, IMSS.

¹⁷⁸ IMSS-Oportunidades, IMSS.

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:

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.

Durante 2011, la construcción del NECE fue concluida casi en su totalidad, quedando lista para liberar a producción la funcionalidad de consulta externa hospitalaria. A partir de diciembre del 2011, se puso en operación la parte de los servicios de consulta externa hospitalaria del NECE en 27 hospitales de segundo nivel y 2 UMAE.

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 2010-2011 se dio continuidad a este programa en su fase II, a través del cual se logró el otorgamiento de 13.7 millones de credenciales a los derechohabientes del IMSS que sumadas a las 7.5 millones generadas en la fase I (2009), permite contar con 21.2 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

A través del Sistema de Planeación de Recursos Institucionales (PREI), el Instituto administra los procesos financieros de tesorería, contabilidad, presupuesto, cuentas por pagar y activo fijo. En 2011 se actualizó la versión del aplicativo de cómputo de este sistema, lo que permitió que la Unidad de Inversiones

Financieras opere de manera eficiente el proceso integral de inversión de las reservas y fondos en la última versión de una herramienta de clase mundial. Se espera que durante 2012 se migre a la última versión de esta herramienta el resto de los módulos financieros y el módulo de compras que forma parte del abasto institucional.

Desarrollo y Mantenimiento de Sistemas de Cómputo

Durante el periodo de 2007-2011 se inició un proceso de actualización tecnológica para los sistemas institucionales que soportan la operación sustantiva de las Direcciones Normativas del Instituto, esto con el propósito de optimizar los servicios que se brindan a la población derechohabiente del Instituto, de acuerdo con la metodología utilizada. Durante los años 2008 al 2010 se llevaron a cabo las fases de análisis y diseño para los Sistemas de Apoyo a la Gestión de Trámites a Derechohabientes y Patronos, Trámite de Pensiones, Quejas y Orientación al Derechohabiente, Expediente Clínico Electrónico, Recursos Humanos, Seguimiento Financiero, Abasto Institucional, y herramientas para la atención de incidencias de tecnología informática. Sin embargo, debido a situaciones ajenas al Instituto, tales como la crisis económica mundial, durante los años del 2010 y 2011 se hizo necesario reprogramar algunos de estos proyectos de acuerdo con las prioridades institucionales y la disponibilidad presupuestal; así, en el 2011, con motivo de la Revisión de la Cuenta Pública que se realiza por parte de la Auditoría Superior de la Federación (ASF), se documentó por parte de dicho órgano revisor la falta de continuidad para los proyectos de las Direcciones de Finanzas, Administración y Evaluación de Delegaciones, de Prestaciones Médicas y de Incorporación y Recaudación. Derivado de estas observaciones se procedió de manera conjunta con

las Direcciones Normativas involucradas a actualizar los programas de trabajo en el marco del Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones para darle continuidad a los proyectos observados, estableciendo como fecha probable de conclusión el 31 de diciembre de 2012.

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 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 2011, con equipos informáticos que incluyen: 240,376 computadoras de escritorio, 9,550 computadoras portátiles, y 81,660 impresoras distribuidas entre el Régimen Ordinario (94.8 por ciento) y el Programa IMSS-Oportunidades (5.2 por ciento), como señala el cuadro XI.19. De este universo, 20 por ciento del equipo no se encontraba en condiciones técnicas funcionales por razones de obsolescencia.

Cuadro XI.19.
Inventario de equipo informático por tipo de bien,
2011^{1/}, 2/

Tipo de bien	Número de bienes		Total
	Régimen Ordinario	IMSS-Oportunidades	
Computadoras de escritorio	229,373	11,003	240,376
Computadoras portátiles	9,542	8	9,550
Impresoras	75,378	6,282	81,660
Total	238,915	11,011	249,926

^{1/} La información sobre equipo informático proviene del Módulo de Activo Fijo del Sistema PREI Millenium.

^{2/} Se presentan de manera selectiva algunos de los bienes incluidos en el inventario de equipo informático. Otros bienes incluidos en el inventario son: fotocopadoras, reguladores, sistemas de corriente ininterrumpida, videoproyectores, escáneres, etcétera.

Fuente: DF, IMSS.

Programa de inversión

Para la operación de los sistemas de información y comunicación del Instituto, a partir de 2008 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 en el periodo 2008-2010 se adquirieron alrededor de 121,000 equipos, mientras que en el año 2011 se adquirieron 27,372 equipos (cuadro XI.20). El presupuesto de inversión para 2011 en equipo informático ascendió a 389 millones de pesos.

Cuadro XI.20.
Equipo informático adquirido por tipo de bien, 2011^{1/}

Tipo de bien	Régimen Ordinario	
	No. de bienes	Importe (pesos)
Computadoras de escritorio	20,762	315,817,316.33
Computadoras portátiles	501	10,331,215.79
Impresoras	4,030	43,276,352.00
Escáner	600	4,006,800.00
Switches	1,479	16,067,921.43
Total	27,372	389,499,605.55

^{1/} La información sobre equipo informático proviene del Módulo de Activo Fijo del Sistema PREI Millenium.

Fuente: DF, IMSS.



Acciones y Logros del Instituto en Materia de Salud, Bienestar Social y Transparencia

El presente capítulo contiene algunas de las principales acciones que el Instituto ha realizado para mejorar la calidad en la atención en los servicios médicos, prestaciones económicas y sociales a sus derechohabientes, así como hacer más eficiente su operación. En las siguientes secciones se muestran algunos de los logros más destacados en temas médicos relevantes como: las acciones para abatir la mortalidad materna; la disminución del diferimiento en cirugía programada; el Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células; las acciones para mejorar la atención en Urgencias, y el Programa de Consulta de Medicina Familiar en el 6° y 7° día; entre otros. Asimismo y dada su importancia en el impacto tanto en la salud de los derechohabientes como en las finanzas del Instituto, se presentan los avances en materia de medicina preventiva con los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) y el Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético (DIABETIMSS), así como los ahorros generados por su aplicación.

Adicionalmente, se hace un recuento de los esquemas de distribución de medicamentos, las inversiones en infraestructura y equipamiento realizadas de 2007 a 2011, además de su impacto en la prestación de servicios médicos. Por otra parte, se da cuenta de los ahorros alcanzados gracias a las mejoras en la estrategia de compras y contratación de servicios. El capítulo también presenta los avances en calidad y seguridad de los servicios proporcionados por las guarderías. Finalmente, se presenta el efecto que han tenido estas acciones en el nivel de satisfacción de los derechohabientes del Instituto a través de las mediciones que se realizan periódicamente.

XII.1. Acciones para abatir la mortalidad materna en derechohabientes IMSS

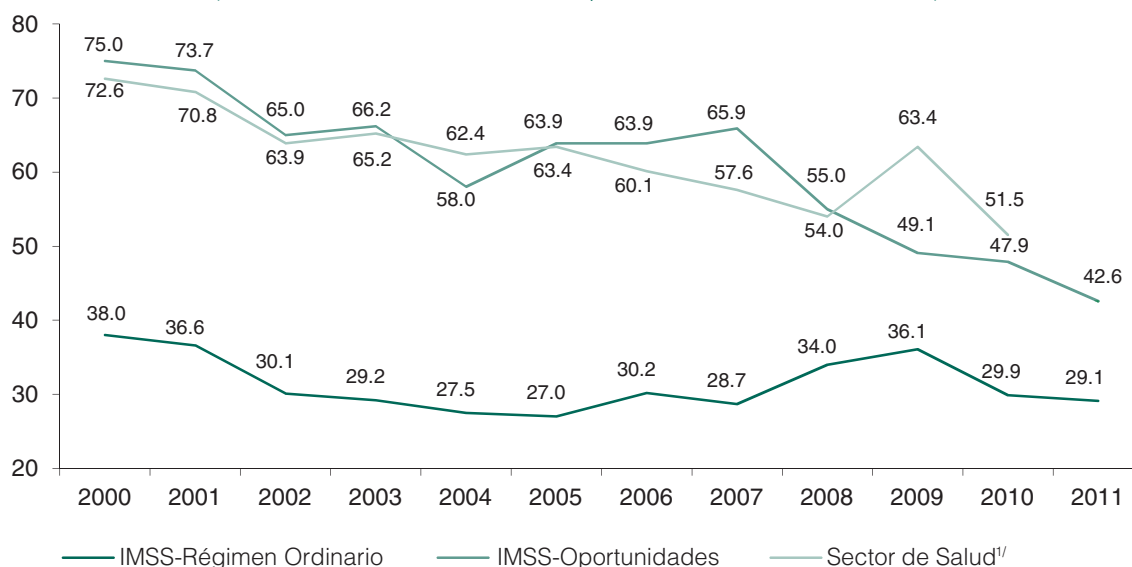
La mortalidad materna es uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial. En consecuencia, México ha asumido el compromiso de disminuir la tasa de mortalidad materna, de acuerdo con lo establecido en el Programa Nacional de Salud 2007-2012. Derivado de ello, el IMSS instrumentó acciones de vigilancia prenatal, prevención de embarazos de alto riesgo, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones durante el embarazo el parto y el puerperio. Asimismo, se busca consolidar la atención de la emergencia obstétrica mediante equipos de respuesta inmediata en las unidades hospitalarias y reforzarla con los equipos delegacionales y central.

En los últimos seis años el IMSS instrumentó diversas acciones para abatir la mortalidad materna. En primer lugar, se incrementó la vigilancia al establecer un promedio de atenciones prenatales por embarazada derechohabiente del Régimen Ordinario de 7.7, cifra superior a la meta institucional de cinco consultas. De

la misma manera, se participó en el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. Al amparo de este convenio, entre mayo de 2009 y marzo de 2012, se proporcionó atención a 4,750 no derechohabientes; 1,182 recién nacidos y 3,568 mujeres en estado grávido puerperal, de las cuales 52 por ciento presentaron una emergencia obstétrica. En este mismo sentido, en el Instituto son permanentes las reuniones de capacitación a coordinadores delegacionales, a jefes de división y de servicio de Gineco-Obstetricia, así como a personal médico en unidades de segundo y tercer niveles de atención médica.

Con estas acciones, al cierre de 2011, se logró una tasa de mortalidad materna del IMSS en el Régimen Ordinario de 29.1, es decir, 3.6 por ciento inferior a la registrada en 2006 (30.2) (gráfica XII.1). Por su parte, el Programa IMSS-Oportunidades tuvo en 2011 una tasa de 42.6, la cual es 33.3 por ciento inferior a la de 2006 (63.9). En los últimos once años las tasas de mortalidad materna del Régimen Ordinario y del programa IMSS-Oportunidades han decrecido notablemente. En el Régimen Ordinario se redujo en

Gráfica XII.1.
Tasa de mortalidad materna, 2000-2011
(número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos)



^{1/} Las cifras proporcionadas por la Secretaría de Salud para 2010 y 2011 son preliminares.

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

8.9 puntos porcentuales de 2000 a 2011, mientras que en IMSS-Oportunidades lo hizo en 32.4 puntos porcentuales en el mismo periodo. En 2011 las tasas de mortalidad materna registradas tanto en el Régimen Ordinario como en IMSS-Oportunidades eran inferiores a la registrada en el Sector Salud.

El principal reto presentado por esta iniciativa es mantener la tendencia decreciente en cuanto a la evolución de la tasa, evitando que factores coyunturales puedan contrarrestar los avances logrados en los cinco años anteriores. De igual forma, en el mediano plazo, el reto planteado para el Instituto en las metas del Sector Salud es alcanzar una tasa de mortalidad materna de 25 por 100,000 recién nacidos vivos.

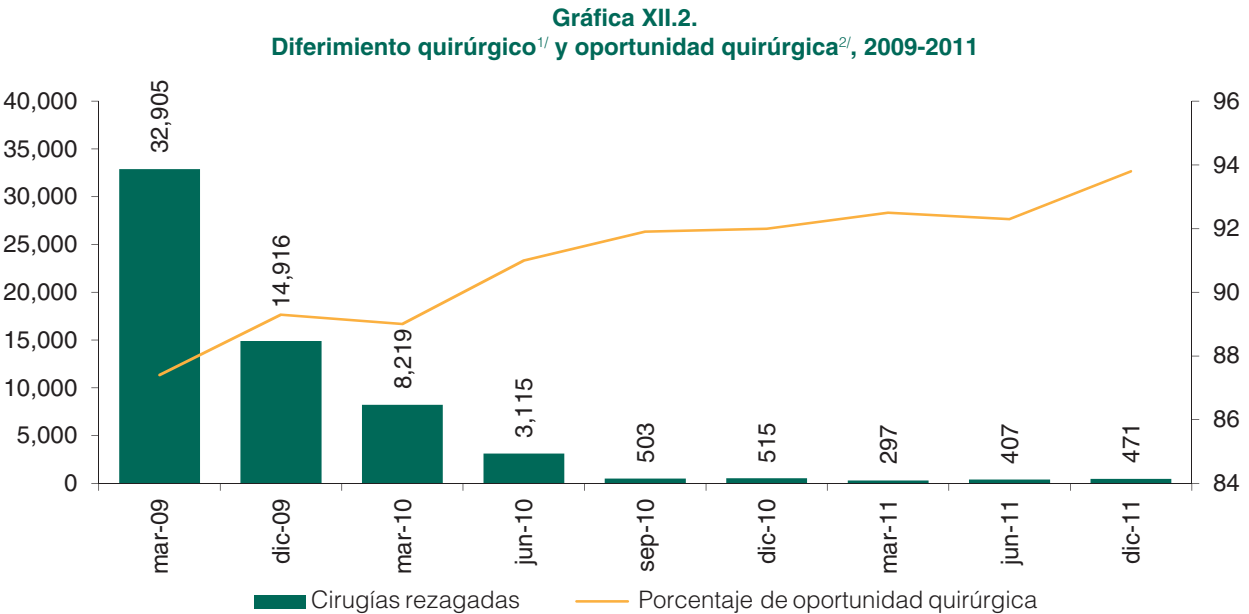
XII.2. Diferimiento en cirugía programada

A pesar de realizar cerca de 1.5 millones de cirugías cada año, históricamente el Instituto tenía un rezago en la atención de las mismas cercano a 30,000 pacientes. En marzo de 2009 se estimó que la lista de espera de pacientes con procedimientos quirúrgicos rezagados ascendía a 32,905 (58.6 por ciento en delegaciones

y 41.4 por ciento para Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE)). Para responder a dicha problemática se instrumentó, a partir de entonces, un programa con el objetivo de evitar el resurgimiento del rezago en cirugía programada y disminuir progresivamente los tiempos de espera.

La estrategia para disminuir el rezago en cirugía se inició en 2009, a partir del diagnóstico realizado en ese año. Derivado de ello, se instrumentaron diversas acciones entre las que destacan: optimizar la utilización de salas quirúrgicas en unidades médicas de segundo y tercer niveles de atención en los turnos matutino y vespertino; agregar jornadas quirúrgicas extraordinarias en fines de semana; fortalecer la gestión del proceso quirúrgico, y realizar Encuentros Médico-Quirúrgicos.

Las acciones emprendidas en la iniciativa rindieron frutos importantes para mejorar la atención en cirugía. Como resultado, a diciembre de 2010 el rezago quirúrgico fue de sólo 515 procedimientos, mientras que a diciembre de 2011 este indicador alcanzó un valor de 471. De la misma manera, la oportunidad quirúrgica pasó de 87 por ciento en marzo de 2009 a 94 por ciento en diciembre de 2011 (gráfica XII.2).



^{1/} Número de cirugías que no son practicadas dentro de los 20 días posteriores a la solicitud del médico tratante.
^{2/} Porcentaje de cirugías que se realizan dentro de los 20 días siguientes a la solicitud por parte del médico tratante.
Fuente: DPM, IMSS.

Adicionalmente, se realizó un análisis para medir los tiempos de programación de cirugías. Este análisis se desarrolló de junio a septiembre de 2011 con base en 34,707 registros obtenidos de cirugías electivas durante el segundo semestre de 2010 (16,416 en segundo nivel y 18,291 en tercer nivel). Los resultados mostraron un incremento progresivo en la certidumbre de los tiempos de atención quirúrgica para procedimientos de mediana a mayor complejidad, considerando desde la referencia de primer nivel hasta que el paciente es intervenido quirúrgicamente.

El reto a futuro que plantea esta iniciativa es continuar con la disminución en el rezago en cirugía, además de mejorar la oportunidad quirúrgica, considerando el crecimiento esperado en la población de derechohabientes y el incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas. Lo anterior incluye equipar y mejorar las condiciones de las salas de cirugía, así como continuar en la optimización del uso de las salas para evitar los tiempos desaprovechados.

XII.3. Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células

El IMSS tiene un Programa Institucional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, a través del cual se realizan cinco tipos de trasplantes: renal, córnea, médula ósea, cardíaco y hepático. Del total de trasplantes realizados en el Instituto los de riñón representan 75 por ciento. Estos a su vez representan 57.3 por ciento del total de trasplantes renales realizados en el país, los cuales se llevaron a cabo en 13 UMAE y 13 unidades médicas hospitalarias de segundo nivel.

Los trasplantes renales cada vez toman mayor importancia por la transición demográfica y el cambio epidemiológico debido al incremento en las enfermedades crónico-degenerativas. Actualmente, en nuestro país la insuficiencia renal crónica (IRC)

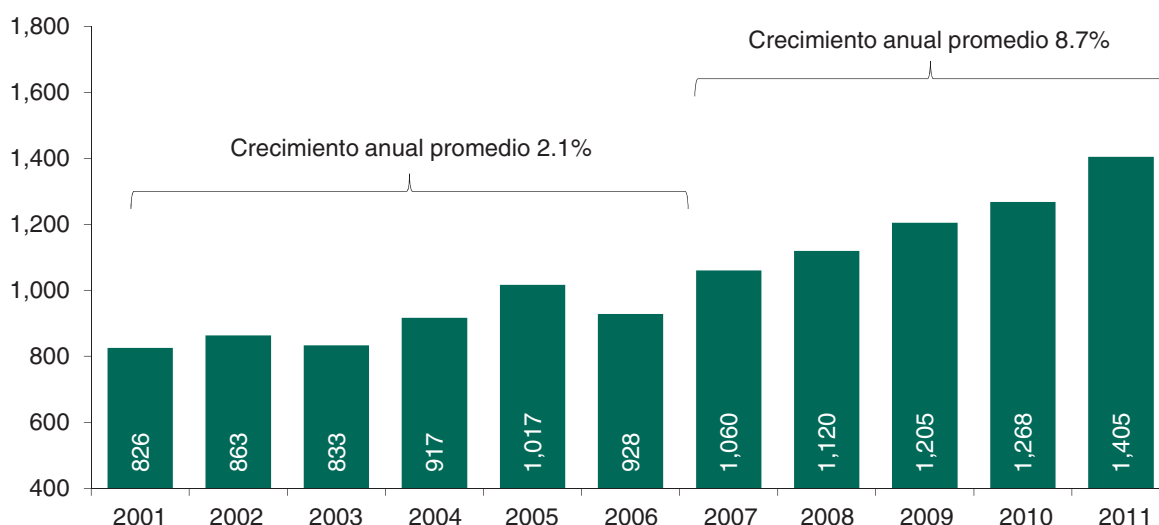
ocupa el décimo lugar como causa de mortalidad general, con una incidencia de 100 a 400 casos por cada millón de habitantes. Además, se estima que el manejo sustitutivo (diálisis/hemodiálisis) consume siete por ciento del presupuesto total destinado a la atención médica. En cambio, el tratamiento con trasplante renal proporciona al paciente independencia de máquinas o de hospitales y es la mejor opción terapéutica confirmada por los expertos, por los propios pacientes y por sus familiares; incluso es hasta cinco veces más económico comparado con otras opciones.

Derivado de la importancia que tienen los trasplantes en la calidad de vida de los pacientes, el Instituto instrumentó una serie de acciones para fortalecer esta iniciativa. Entre éstas destacan la identificación de áreas de oportunidad médica y social para incrementar la donación cadavérica y las medidas para favorecer el envío oportuno de pacientes a los hospitales. También se impartieron cursos de especialización a médicos especialistas y enfermeras, y se asignó presupuesto adicional para equipamiento, así como para la adecuación de instalaciones.

Los resultados del fortalecimiento de esta iniciativa han sido notables. De 2007 a 2011, el total de trasplantes realizados pasaron de 1,060 a 1,405, lo que representa un crecimiento de 32.6 por ciento, acumulando 6,058 trasplantes para el periodo. En términos comparativos, la tasa media de crecimiento anual durante el periodo 2007-2011 fue de 8.7 por ciento, mientras que durante el periodo 2001-2006 fue de 2.1 por ciento. Lo anterior implica que las acciones instrumentadas en este programa lograron multiplicar la tasa de crecimiento en 4 veces comparado con el sexenio anterior (gráfica XII.3).

El reto principal de este programa es atender la demanda no satisfecha de salud. Para ello es importante alcanzar la meta de 2,000 trasplantes realizados por año; es decir, se requiere un incremento de 42 por ciento con relación a los trasplantes de 2011.

Gráfica XII.3.
Trasplantes realizados en el IMSS, 2001-2011
(casos)



Fuente: DPM, IMSS.

Con ello se alcanzaría la tasa de trasplantes de 43 por millón de derechohabientes, similar a la de España o de Estados Unidos.

XII.4. Mejoras de la atención en Urgencias

El diagnóstico del área de Urgencias permitió identificar que el Instituto recibe diariamente en promedio 50,000 solicitudes de atención de urgencias, de las cuales más de la mitad corresponden a casos de baja gravedad. También se identificó que 93 hospitales de segundo nivel y 169 Unidades de Medicina Familiar (UMF) cuentan con servicios de urgencias saturados y tiempos de espera no satisfactorios.

Para atender la mejora en los servicios de urgencias, el Instituto puso en marcha tres estrategias: i) la integración de redes zonales que hagan uso eficiente de la infraestructura en el primer nivel de atención y en la aplicación permanente de un sistema para la identificación rápida de urgencias graves (*triage*); ii) la ampliación y remodelación de 35 servicios de urgencias prioritarios en unidades médicas de segundo y tercer niveles para reducir la demora en la atención, y iii) la implementación de un sistema de

comunicación que informe el estado de salud de los pacientes en áreas de urgencias.

Como resultado de estas acciones, a diciembre de 2011 se encontraban funcionando 93 redes zonales, con la participación de los 93 hospitales y las 169 UMF identificados en el diagnóstico inicial como los de mayor problemática; lo anterior en beneficio de 26'447,821 derechohabientes. Desde que iniciaron las operaciones de las redes zonales (febrero de 2010) han sido referidos más de 21,000 derechohabientes de hospitales a UMF que han recibido atención inmediata. Para fortalecer el esquema, se autorizaron 272 plazas distribuidas en las UMF de las redes zonales en operación, con lo que se fortaleció a su vez el *triage* en los hospitales. Asimismo, se capacitaron 2,500 empleados del área para manejar las 750 pantallas en 499 unidades médicas (249 UMF, 225 hospitales y 25 UMAE), mediante las cuales se informará constantemente a los familiares el estado de salud de los pacientes.

El área de Urgencias es una de las más dinámicas y sensibles del Instituto; es por eso que debe estar en una mejora constante. Por ello, el reto en el mediano plazo es fortalecer la capacidad de respuesta del

Instituto y mejorar la gestión interna de las unidades médicas.

XII.5. Programa de Consulta de Medicina Familiar en 6° y 7° día

En 2008 el Instituto estableció el programa “Consulta de Medicina Familiar en 6° y 7° día” con el objetivo de dar respuesta al desequilibrio generado por la creciente demanda de atención y el déficit de consultorios de medicina familiar. El programa busca hacer uso eficiente de los recursos que no son ocupados durante el fin de semana, mejorando de esta forma la accesibilidad y la oportunidad en la atención médica. Las unidades que participan son elegidas con base en el número de derechohabientes adscritos y de solicitudes de consulta, cuando estos sobrepasan los valores establecidos como parámetros normales¹⁷⁹.

Actualmente participan en el programa 32 delegaciones con 205 UMF y 1,110 consultorios. El número de pacientes atendidos por hora es, en promedio, de 4.1, privilegiando la atención a asegurados trabajadores (los cuales representan 37.8 por ciento de los pacientes atendidos) y mujeres embarazadas (4.5 por ciento de los pacientes atendidos). Desde el inicio del programa en 2008, al mes de marzo de 2012 se han otorgado 5'239,960 consultas en fin de semana. El número de consultas otorgadas por año se ha incrementado paulatinamente, de 127,440 en 2008; 1'089,506 en 2009; 1'690,830 en 2010 a 1'842,107 en 2011.

Para dar continuidad al proceso de mejora, se prevé que 100 por ciento de las UMF que reúnen los criterios de inclusión se incorporen oportunamente al programa y que en todas las UMF participantes se logren los valores de referencia para cada indicador

¹⁷⁹ Los criterios para que una UMF sea incluida en el programa son: que tenga sobreadscripción (más de 3,000 derechohabientes por médico familiar) y sobredemanda (más de 4 pacientes atendidos por médico por hora en promedio).

de desempeño¹⁸⁰. De manera complementaria se tienen dos áreas de oportunidad en las que se está trabajando: la utilización de la cita médica telefónica y la evaluación de la calidad de la atención durante los fines de semana.

XII.6. Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS)

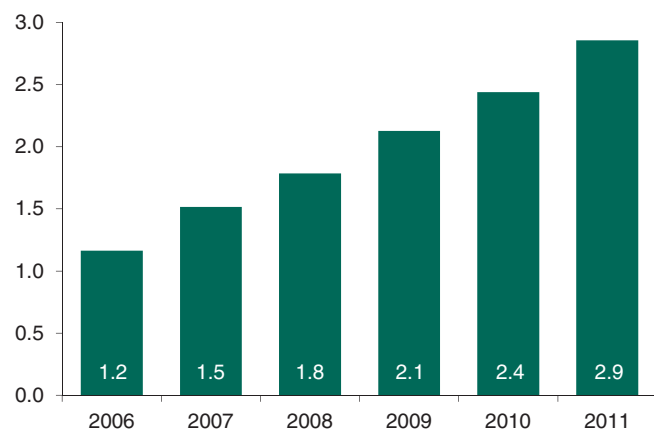
Los Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS) comprenden un conjunto de acciones de promoción y protección a la salud, que dan respuesta a la acelerada transición epidemiológica y demográfica de la población derechohabiente y consolidan la protección a la salud de mujeres y hombres en todas las etapas de la vida. En este sentido, las acciones de PREVENIMSS buscan generar un impacto favorable en la salud de los usuarios, al tiempo de disminuir el costo económico y social de la atención de enfermedades prevalentes, especialmente las crónico-degenerativas y los distintos tipos de cáncer.

PREVENIMSS ha propiciado un cambio importante en la utilización de los servicios de salud por parte de la población derechohabiente. En los últimos seis años se ha observado un incremento en la atención preventiva respecto de la atención curativa. Mientras en 2006 por cada diez consultas de medicina familiar se otorgaban 1.2 consultas de medicina preventiva, en 2011 por cada diez consultas de medicina familiar se brindaron 2.9 de medicina preventiva (gráfica XII.4).

De esta forma, en 2006 recibieron atención en PREVENIMSS 8.8 millones de derechohabientes; mientras que para 2011 se tuvo un incremento de 162.7 por ciento con 23.2 millones de derechohabientes atendidos y una cobertura de 64.2 por ciento (gráfica XII.5). Los grupos de edad con mayor incremento porcentual en el periodo fueron: adolescentes (208 por

¹⁸⁰ Los indicadores de desempeño de esta iniciativa son: promedio de pacientes atendidos por hora, cuya meta es 4, y porcentaje de atención a embarazadas, cuya meta es 3 por ciento.

Gráfica XII.4.
Número de consultas preventivas por cada diez
consultas de medicina familiar, 2006-2011



Fuente: DPM, IMSS.

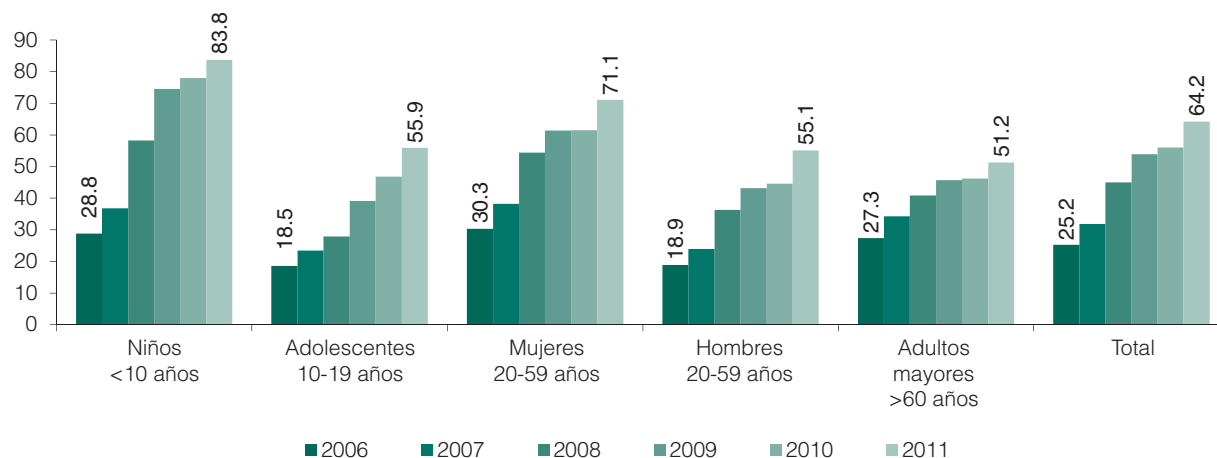
ciento), hombres de 20 a 59 años (196.6 por ciento) y niños menores de 10 años (178.9 por ciento).

En este sentido, en 2011 se benefició a 5.3 millones de niños menores de 10 años (83.8 por ciento del total de

niños derechohabientes), 2.8 millones de adolescentes de 10 a 19 años (55.9 por ciento del total de adolescentes derechohabientes), 7.4 millones de mujeres de 20 a 59 años (71.1 por ciento del total de mujeres derechohabientes en ese rango de edad), 4.7 millones de hombres de 20 a 59 años (55.1 por ciento del total de hombres derechohabientes en ese rango de edad) y 3 millones de adultos mayores (51.2 por ciento del total de adultos mayores derechohabientes). Estas cifras son superiores a las obtenidas los años anteriores en cada grupo de edad (gráfica XII.5).

El impacto de PREVENIMSS ha sido fundamental no sólo en el cambio de la cultura de la salud, sino también en la economía de los gastos por padecimientos no desarrollados. La estimación de los ahorros institucionales generados por PREVENIMSS es de 6,000 millones de pesos en los últimos tres años¹⁸¹.

Gráfica XII.5.
Cobertura poblacional PREVENIMSS por grupo de edad y sexo, 2006-2011
(porcentajes)



Fuente: DPM, IMSS.

¹⁸¹ Esta estimación incluye los gastos por atención médica de casos nuevos evitados de diabetes mellitus, hipertensión arterial y cáncer cérvico-uterino, así como ahorros por planificación familiar. Se calcula multiplicando los casos evitados (casos nuevos proyectados menos casos nuevos reales) por los gastos de atención médica por caso, menos los gastos del programa.

XII.7. Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético (DIABETIMSS)

Debido al impacto social y económico que causa la diabetes, el Instituto puso en marcha en 2008 el Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético (DIABETIMSS). Este programa consiste en capacitar a equipos multidisciplinarios en el modelo de atención médico asistencial y de educación grupal que se centra en la atención del paciente y de su familia. Su objetivo es enseñar al paciente a modificar su estilo de vida para alcanzar las metas de control metabólico a través de los parámetros normales de glucosa, lípidos y presión arterial, así como a identificar de forma temprana las complicaciones asociadas a riñones, retina y extremidades. De esta manera se busca una intervención oportuna que se traduzca en el mediano y largo plazos en una disminución considerable de los efectos catastróficos de las complicaciones de esta enfermedad, tanto para la calidad y esperanza de vida del paciente como para el Instituto.

El diseño e implantación del programa es justificado por los indicadores derivados de esta enfermedad. Prueba de ello es que durante 2011 se otorgaron 13'561,680 consultas por diabetes, ocupando así el quinto lugar como causa más frecuente de consultas de medicina familiar y especialidades. En ese mismo año se identificaron 3'240,827 pacientes y 21,096

defunciones por diabetes, siendo ésta la primera causa de muerte. Para 2025 se espera que existan 11 millones de enfermos de diabetes a nivel nacional.

Las acciones desarrolladas dentro del programa han sido múltiples y diversas. Entre 2008 y 2011 se instalaron 101 módulos, donde se otorgaron 1'130,682 consultas a 141,475 pacientes, obteniendo un promedio de 2.73 pacientes atendidos por hora. Al cierre de 2011, se alcanzó una productividad de 3.6 pacientes atendidos por hora. Del total de los pacientes atendidos, 43 por ciento logró valores normales de glucosa, lípidos y presión arterial (control metabólico). Si bien el porcentaje de pacientes que lograron control metabólico disminuyó entre 2009 y 2011 (de 52 por ciento a 44 por ciento), cabe señalar que dichos porcentajes se mantuvieron en niveles más altos que la meta (≥ 40 por ciento) definida por el programa. Por otro lado, el porcentaje de referidos al segundo nivel de atención por complicaciones disminuyó de 91 por ciento en 2009 a 60 por ciento en 2011 (cuadro XII.1).

Se estima que los resultados económicos del programa se podrán percibir entre cinco y siete años posteriores a su inicio. Al lograr el control metabólico de los pacientes diabéticos se reducirán los gastos derivados del tratamiento de las principales complicaciones como la insuficiencia renal (hemodiálisis y diálisis peritoneal), uso de insulinas, pie diabético (amputación) y problemas cardiovasculares.

Cuadro XII.1.
Indicadores principales del Programa DIABETIMSS, 2008-2011

Año	Implantación de Módulos	Consultas otorgadas	Número de pacientes	Pacientes atendidos por hora	Pacientes con control metabólico (%)	Pacientes referidos a segundo nivel (%)
2008 ^{1/}	26	12,628	6,489	1.20	-	-
2009	9	151,076	24,421	2.55	52	91
2010	42	363,380	48,829	3.56	32	36
2011	24	603,598	61,736	3.60	44	59
Total	101	1,130,682	141,475	2.73	43	62

^{1/} En el año 2008 se considera solamente el periodo de octubre a diciembre.
Fuente: DPM, IMSS.

También se espera que al transcurrir el periodo mencionado se tendrá una disminución de 15 por ciento de los costos totales por atención a los pacientes diabéticos, 20 por ciento en complicaciones, 18 por ciento en invalidez y 14 por ciento en mortalidad¹⁸².

Este programa presenta retos a considerar para los próximos años. Entre ellos están instalar 28 nuevos módulos, mantener el porcentaje de control metabólico dentro de la meta establecida (≥ 40 por ciento) y difundir la Guía de Práctica Clínica “Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2” entre todos los médicos familiares.

XII.8. Esquema de distribución de medicamentos

El IMSS cuenta con la red de almacenaje y distribución de medicamentos más grande del país, la cual consta de 63 almacenes incluyendo la red fría de nivel central y 1,400 farmacias. Esta estructura tiene como finalidad principal surtir de medicamentos a la población usuaria de los servicios médicos y a 1,495 unidades médicas de primer nivel, 266 unidades de segundo nivel y 25 unidades de alta especialidad, que corresponden al tercer nivel de atención médica. Con el propósito de mantener el abasto de recetas completamente surtidas en niveles superiores a 96 por ciento, eliminar la caída cíclica en el abasto al cierre de cada año y optimizar los recursos presupuestales, se diseñaron nuevos esquemas de contratación y distribución de medicamentos como: el modelo de Contrato Único y la Bolsa Única de Ofertas (BUO).

El Contrato Único se definió para la adquisición de medicamentos, material de curación, artículos de laboratorio y de aseo a través de una sola zona de contratación, permitiendo el abastecimiento de hasta tres proveedores simultáneos, en contraste

con el modelo anterior donde se consideraban hasta tres zonas de contratación y dos fuentes de abasto. Con esta medida se incrementaron los niveles de atención de la proveeduría y se amplió la oportunidad de abastecimiento para los grupos de suministro incorporados a este modelo.

Por su parte, la BUO es una modalidad de adquisición de bienes de consumo terapéuticos por adjudicación directa que opera vía Internet. La BUO consiste en la publicación de los requerimientos de bienes y servicios derivados del incumplimiento por parte de proveedores previamente contratados. Este mecanismo permite que otros proveedores a nivel nacional conozcan los bienes que se planea comprar y registren sus ofertas de medicamentos vía Internet las 24 horas del día, los 365 días del año.

Los resultados de instrumentar las acciones para mejorar los esquemas de distribución de medicamentos han sido favorables. Con estas acciones, el porcentaje de surtimiento de medicamentos en el periodo 2007-2011 se mantuvo en promedios iguales o superiores a 96 por ciento. En el mismo periodo, el volumen de medicamentos surtidos a la población usuaria registró un incremento de 19.8 por ciento al pasar de 133.6 millones de recetas presentadas durante 2007 a 160.1 millones al cierre del ejercicio 2011. Esto significó un incremento en el presupuesto ejercido al pasar de 16,103 millones de pesos en 2007 a 21,109 millones de pesos al cierre de 2011 (cuadro XII.2). Con ello se hizo frente al aumento de 9.5 por ciento que tuvo la población derechohabiente adscrita a médico familiar durante el periodo 2007-2011.

¹⁸² La estimación de los ahorros se realiza utilizando las proyecciones de enfermos de diabetes multiplicadas por el costo unitario de atención —costo de pacientes con complicaciones y sin ellas, así como por tipo de complicación—, menos la cantidad real de pacientes multiplicada por el costo por paciente controlado.

Cuadro XII.2.
Indicadores del esquema de distribución de medicamentos,
2007-2011

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011
Recetas presentadas ^{1/}	133,580	128,872	143,200	147,280	160,102
Recetas surtidas ^{1/}	129,677	124,809	137,472	142,762	153,244
Recetas surtidas como (%) de recetas presentadas	97	97	96	97	96
Gasto en medicamentos ^{2/}	16,103	16,380	17,895	18,855	21,109

^{1/} Miles.

^{2/} Millones de pesos corrientes.

Fuente: Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones (DAED), IMSS.

XII.9. Desarrollo de infraestructura

El IMSS emprendió la operación de la iniciativa de desarrollo de infraestructura como respuesta al hecho de que, a pesar de contar con la infraestructura médica más grande y avanzada del país, el indicador de número de camas por cada mil derechohabientes adscritos a médico familiar disminuyó drásticamente en los 25 años previos al inicio de esta administración, al pasar de 1.85 camas en 1980 a 0.83 en 2011. Lo anterior debido a que durante ese periodo la población usuaria creció a un ritmo mayor al de la creación de nueva infraestructura.

De esta manera se operó un ambicioso plan para invertir en la creación de nuevas instalaciones, así como ampliar y remodelar las existentes que lo necesitaban. Durante el periodo de diciembre de 2006 a diciembre de 2011 los esfuerzos institucionales para fortalecer

la infraestructura hospitalaria produjeron los avances y logros siguientes: se concluyeron 216 acciones de obras médicas de las cuales 66 corresponden a obras nuevas y 150 a ampliaciones y remodelaciones. Lo anterior, con una inversión total de 15,117 millones de pesos, con lo que se incrementó la capacidad instalada en 1,937 camas y 423 consultorios, en beneficio de 10.8 millones de derechohabientes. Dentro de las 66 obras nuevas terminadas, 47 corresponden a unidades de primer nivel de atención y 19 a unidades de segundo nivel. En tanto que, del monto total invertido, se han destinado 10,797.6 millones de pesos a obras nuevas y 4,319.9 millones de pesos a ampliaciones y/o remodelaciones (cuadro XII.3).

Adicionalmente, entre 2008 y 2011 operó el Programa Hospital Sin Ladrillos (HSL), el cual consistió en transformar camas de Pediatría y Gineco-Obstetricia a camas censables para la operación de las divisiones

Cuadro XII.3.
Inversión en infraestructura, 2007-2011

Tipo de obra	No. de obras	Camas censables	No. de consultorios	Plazas creadas	No. de derechohabientes IMSS	Costo total de obra civil mdp ^{1/}	Costo total de equipamiento mdp ^{1/}	Costo total de inversión física mdp ^{1/}
Nuevas	66	1,370	358	14,757	8,979,937	8,333.56	2,464.06	10,797.62
Ampliaciones/ Remodelaciones	150	567	65	3,243	1,810,717	3,484.75	835.23	4,319.98
Total	216	1,937	423	18,000	10,790,654	11,818.31	3,299.30	15,117.61

^{1/} Millones de pesos corrientes

Fuente: DAED, IMSS.

de Medicina Interna y Cirugía. Como resultado, se recuperaron 1,483 camas: 352 en 2008, 901 en 2009, 106 en 2010 y 124 en 2011. El programa concluyó en 2011 y las 1,483 camas añadidas mediante este esquema equivalen a construir 10 hospitales de 144 camas, con lo que se generó un ahorro aproximado de 7,627 millones de pesos¹⁸³. Con las acciones del programa de obras nuevas, ampliaciones y remodelaciones, aunadas al Programa HSL, entre 2007 y 2011 se agregaron 3,420 camas censables. Esto permitió mantener el indicador de 0.83 camas por cada 1,000 derechohabientes.

XII.10. Equipamiento

Uno de los principales problemas identificados en la presente administración fue la carencia de equipamiento médico suficiente para promover una atención de calidad y oportuna a sus derechohabientes. Como consecuencia, se presentaban problemas en la atención médica que no dependían directamente del personal de salud, siendo esta carencia más acentuada en los servicios de radiodiagnóstico y urgencias, así como en programas de diagnóstico oportuno y tratamiento de diversos tipos de cáncer.

Ante ello, se instrumentó un ambicioso programa de renovación de equipamiento, a través del cual se logró la adquisición de 144,578 artículos para reforzar el equipo médico del Instituto, con una inversión total, entre 2007 y 2011, de 10,846.8 millones de pesos. Dentro de estas acciones destaca el programa de adquisiciones de 2010, para el que se destinó un monto de 4,328.74 millones de pesos, lo que representa la inversión más grande en equipamiento médico no sólo de la presente administración sino de los últimos años (cuadro XII.4).

¹⁸³ El ahorro señalado es el costo de oportunidad de construir diez hospitales prototipo cuyo tamaño se asume de 144 camas. Tomando como referencia el costo del proyecto ejecutivo, la obra y el equipamiento promedio, se estima un costo por hospital de 762.7 millones de pesos. Cabe señalar, que el costo puede variar en función de las características del terreno, la definición del proyecto ejecutivo y el tipo de materiales utilizados en la construcción.

Cuadro XII.4.
Inversión en equipo médico 2007-2011^{1/}
(millones de pesos corrientes)

Año	Importe
2007	915.93
2008	1,277.10
2009	2,318.79
2010	4,328.74
2011	2,006.24
Total	10,846.8

^{1/} Incluye equipo médico del Régimen Ordinario y el Programa IMSS-Oportunidades.
Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

Para fortalecer los servicios oncológicos de radioterapia, en 2011 se formalizó la compra de 14 aceleradores lineales. Asimismo, se adjudicó un acelerador lineal dedicado a radiocirugía robótica (*Cyberknife*) y un equipo de Dosimetría para *Cyberknife* para la UMAE Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional (CMN) "Siglo XXI", el cual incluye la construcción del nuevo "Servicio Oncológico para Diagnóstico y Radiocirugía Robótica del CMN 'Siglo XXI'". La inversión de todos estos equipos de radioterapia se estima en 1,777 millones de pesos.

Derivado de estas adquisiciones, se realizaron los trabajos para capacitar a 250 trabajadores del Instituto para operar esos equipos y cumplir así con la Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardas. También se realizaron mejoras en la gestión del equipo médico, optimizando los procesos de solicitud, y monitoreo de la recepción, capacitación al personal y puesta en operación de los mismos.

XII.11. Estrategia de compras y contratación de servicios

La renovación de los esquemas de adquisición de bienes y contratación de servicios surgieron debido a la necesidad del Instituto de identificar y aprovechar áreas de oportunidad en los procesos de compra y de obtener mayores ahorros en su operación. Esto permitió aprovechar al máximo las modalidades de compra previstas en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) a la par que se identificaron mecanismos innovadores.

Las nuevas estrategias utilizadas para la generación de ahorros consideraron: i) el aprovechamiento de la capacidad de compra del Instituto, que se tradujo en la consolidación de requerimientos y la centralización de los procesos de compra, que permitieron generar ahorros por volumen; ii) la contratación multianual cuando fue factible; iii) las licitaciones bajo la modalidad de Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD), que el IMSS realizó por primera vez en el Sector Salud para la adquisición de equipo médico y medicamentos; iv) la aplicación de mecanismos de evaluación más flexibles, y v) el establecimiento del 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.

Otros factores que coadyuvaron a la generación de ahorros en contrataciones fueron la mayor comunicación con las cámaras y asociaciones empresariales, así como el análisis previo al inicio del procedimiento de adquisición para identificar las distintas opciones permitidas por el marco legal.

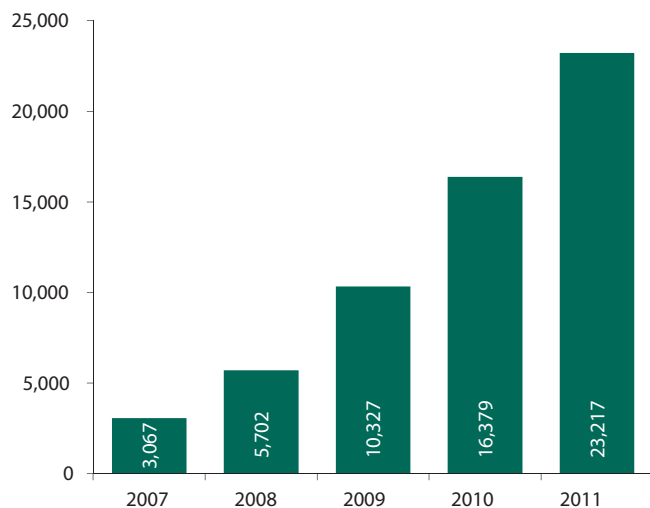
Para reforzar la estrategia, en abril de 2011 el IMSS y la OCDE firmaron un acuerdo interinstitucional para mejorar la eficiencia en los procesos de adquisiciones del Instituto. El objetivo del convenio fue que la OCDE realizara una revisión de las estrategias, los sistemas

y los procesos de adquisiciones en el IMSS, evaluara su desempeño e integridad, y generara propuestas de mejora, particularmente en los aspectos de transparencia, rendición de cuentas, eficiencia y eficacia. En diciembre de 2011, la OCDE entregó el documento: “Estudio sobre la contratación pública. Aumentar la eficiencia e integridad para una mejor asistencia médica: IMSS. ASPECTOS CLAVES”, donde se plasmaron los hallazgos y las recomendaciones en cinco temas: i) estrategias de adquisiciones de la institución y gestión del desempeño; ii) desarrollo de recursos humanos; iii) estrategias de adquisiciones para necesidades específicas; iv) relación y gestión de proveedores, y v) integridad y transparencia en el proceso de contratación. Estas recomendaciones han sido incorporadas paulatinamente a los procesos de compras del Instituto y han contribuido en forma importante a la generación de ahorros en las adquisiciones.

Los nuevos esquemas instrumentados permitieron lograr economías cuantiosas para cada año de operación. De esta manera, los ahorros estimados en millones de pesos de 2006 fueron por año: 3,067 en 2007; 5,702 en 2008; 10,327 en 2009; 16,379 en 2010, y 23,217 en 2011. En total los ahorros estimados para el periodo 2007-2011 son por 58,692 millones de pesos de 2006 en las compras centralizadas de medicamentos y material de curación (gráfica XII.6).

Entre los retos más importantes que enfrenta esta iniciativa destacan: instrumentar un sistema de información que englobe la totalidad de los procesos de compra, que facilite la toma de decisiones y que al mismo tiempo ayude a transparentar las compras, así como a trabajar en la profesionalización del personal que participa en los procesos de adquisiciones. Por otro lado, también es importante desarrollar estrategias que permitan aprovechar la experiencia obtenida por los compradores nacionales, transmitiéndola hacia las estructuras en las delegaciones y UMAE.

Gráfica XII.6.
Ahorros generados por las mejoras en las estrategias de compra y contratación de servicios, 2007-2011
 (millones de pesos de 2006)



Fuente: DAED, IMSS.

XII.12. Guarderías

El servicio de guarderías proporciona atención y cuidados a menores de 43 días de nacidos a 4 años durante la jornada laboral de sus madres o padres. Por tal razón, la estrategia de este servicio busca incrementar la cobertura de la demanda mediante nuevas unidades operativas o mayor disponibilidad de lugares en las existentes. Por otra parte, también busca fortalecer la prestación del servicio a través de la mejora en los procesos, la normativa y la supervisión.

Derivado de ello, se llevaron a cabo proyectos de alto impacto y factibles en el corto plazo. Entre estos proyectos destacan: el expediente electrónico, el indicador de asistencia de menores y de personal mediante la utilización de un lector de huella dactilar y el módulo de seguimiento de indicadores de supervisión, capacitación, quejas y satisfacción del servicio. Lo

anterior ha sido reforzado por la instrumentación de las disposiciones del Sistema de Mejora Regulatoria Interna y el Procedimiento para la Supervisión-Asesoría de la operación del Servicio de Guardería.

El programa también ha tenido logros importantes en materia de transparencia. En este sentido, en el portal del IMSS se publicó toda la documentación relativa a cada una de las guarderías (<http://aplicaciones.imss.gob.mx/guarderias/principal.htm>). Los documentos que se pueden consultar son: Cédula de Seguridad y Protección Civil, currículum vitae de la directora de la guardería, contrato o convenio, escritura constitutiva de la persona moral y convenios modificatorios. Asimismo, se publicaron más de 10,400 documentos actualizados que permiten conocer el grado de cumplimiento de las guarderías en materia de seguridad.

También, en coordinación con Transparencia Mexicana A. C., se instrumentó un mecanismo para que los padres de familias de los menores que reciben la atención se involucren y consoliden la participación social dentro del programa. Así, cada mes se llevaron a cabo visitas en alrededor de 150 guarderías, en las que participaron siete padres de familia por guardería. Al cierre de diciembre de 2011 se realizaron 1,298 visitas a 1,422 guarderías con una participación de 8,355 padres de familia usuarios del servicio. El tiempo promedio invertido por cada padre fue de dos horas por visita, lo que arroja un total de 16,710 horas invertidas por la sociedad civil en este ejercicio. De las 1,298 visitas realizadas de octubre de 2010 a diciembre de 2011, en 682 se obtuvieron 100 por ciento de respuestas favorables; en 711, entre 90 y 99 por ciento; en 26 el rango es de 80 a 89 por ciento, y sólo 3 arrojaron resultados menores a 80 por ciento.

XII.13. Encuesta de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos

Para el IMSS es muy importante medir y conocer el nivel de satisfacción de sus usuarios con los servicios que reciben. Por ello, desde 2008 se ha aplicado semestralmente la Encuesta de Satisfacción de los Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos (ENSAT), con la finalidad de obtener mediciones veraces, confiables y oportunas, y de tener un mecanismo permanente que sirva para la mejora de procesos en el Instituto. Esta herramienta de medición se ha ido perfeccionando haciéndola cada vez más confiable. Con ese propósito, en 2009 se incorporó al proceso Transparencia Mexicana A. C. en el diseño, levantamiento, análisis y publicación de resultados de la ENSAT, contribuyendo así con su objetividad y confiabilidad.

La ENSAT levantada en el mes de noviembre de 2011 se integró por 36,173 entrevistas, de las cuales 20,150 fueron de primer nivel, 10,618 de segundo nivel y 5,406 de tercer nivel. Los principales resultados obtenidos nos indican que 78 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 diciembre de 2010 que reportó 76 por ciento. De igual forma, en los últimos seis meses, 46 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 su parte, 86 por ciento de los derechohabientes recomendaría las unidades médicas, porcentaje superior al reportado en la encuesta de diciembre de 2010 (85 por ciento).

A través de la ENSAT se han podido identificar las principales causas de insatisfacción de los usuarios de los servicios del IMSS. Entre las principales causas destacan: el tiempo de espera para consulta, el surtimiento de medicamentos, el tiempo de atención en urgencias, la calificación en cirugía, la calidad en la atención y la limpieza de los baños. Al identificar estas causas de insatisfacción se han podido diseñar políticas que las atiendan de forma específica como son: el Programa de Consulta Familiar en 6° y 7° día, el programa de desarrollo de infraestructura, los esquemas de distribución de medicamentos, las acciones para mejorar la atención en Urgencias, la disminución en el diferimiento en cirugía programada y otras relacionadas con estímulos al personal, como bonos por desempeño y la iniciativa de orden y limpieza.



Conclusiones y Propuestas

La recuperación de la economía que se observó a lo largo de 2010 se mantuvo durante 2011. Durante los cuatro trimestres de 2011 el número de asegurados trabajadores, permanentes y eventuales del Instituto aumentó de manera consistente ascendiendo a 15.2 millones de trabajadores asegurados, nivel superior en 4 por ciento al registrado a finales de 2010. La misma tendencia se observó en el número de cotizantes del Instituto que también aumentó 4 por ciento en comparación con 2010, registrando también 15.2 millones de cotizantes. Adicionalmente, el salario base de cotización (SBC) promedio aumentó, en términos reales, 0.5 por ciento en comparación con los niveles de 2010. La interacción entre las variables del número de los trabajadores asegurados y cotizantes, y el SBC tuvo como resultado que los ingresos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por cuotas obrero-patronales (COP) aumentaran 7 por ciento.

Por otro lado y siguiendo un fenómeno global, México y el IMSS enfrentan hoy una doble transición: la demográfica y la epidemiológica. Para el Instituto, esta transición se traduce en el envejecimiento de sus derechohabientes y la mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas de alto costo tanto en adultos mayores, como en el resto de su población. Es característico que en la última década el grupo de 65 años y más creció a una tasa de 55.1 por ciento, mientras que el grupo de 15 a 44 años, a una tasa de 11.8 por ciento.

Al mismo tiempo, las defunciones registradas por afecciones en el periodo perinatal y enfermedades

por infecciones intestinales, que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en la década de los 70, se han reducido de una manera drástica, mientras que en la actualidad van en aumento las defunciones por una combinación de enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas y neoplasias malignas. Como resultado de estos dos factores existe una presión creciente sobre el gasto de los seguros relacionados con la prestación de servicios médicos.

Un tercer factor que ejerce presión sobre el gasto de los seguros médicos es el costo de las intervenciones o procedimientos. Existen varias razones por las cuales este costo puede aumentar, incluyendo la inflación y el hecho de que los cambios tecnológicos han modificado la forma de realizar una intervención o procedimiento. El cambio tecnológico se presenta en distintas formas, por ejemplo, la disponibilidad de equipo médico de reciente desarrollo, de nuevos medicamentos y otros insumos terapéuticos, de nuevos procedimientos o protocolos clínicos, o simplemente un mayor conocimiento sobre la ciencia médica. Dichos avances, en el corto y mediano plazos, suelen incrementar los costos de la atención médica.

De acuerdo con el análisis financiero global del Instituto presentado en este Informe, el IMSS se encuentra en una situación complicada. El Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) y el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) se caracterizan por un desequilibrio estructural (déficit) entre sus ingresos y gastos. Esta no es la situación del resto de los seguros –Riesgos de Trabajo (SRT), Invalidez y Vida (SIV), y Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS)–, los cuales presentan superávit actuarial para el 2011.

No obstante, el registro del total de las obligaciones laborales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

(RJP) de los propios trabajadores del Instituto ocasionan que el SEM y el SSFAM arrojen un mayor déficit, que el SGPS se vuelva deficitario, y el SRT y SIV disminuyan 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 2011. Esto se traduce en un costo neto del periodo (CNP) del RJP (con cargo a resultados del ejercicio 2011) de 703,122 millones de pesos. En los últimos 12 años el pasivo laboral a cargo del Instituto, medido en términos de las obligaciones por beneficios definidos (OBD)¹⁸⁴, ha crecido a una tasa real de 12.6 por ciento en promedio anual, pasando de 344 mil millones de pesos en 1999 a 1,421 mil millones de pesos en 2011.

Al 31 de diciembre de 2011 la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) tenía un saldo de 34,783 millones de pesos, provenientes de las aportaciones tripartitas. Si bien, desde que comenzó a constituirse este fondo no se habían retirado recursos, en 2009, 2010 y 2011 se utilizaron 4,403, 9,900 y 18,035 millones de pesos, respectivamente, para el pago de la nómina de jubilaciones y pensiones de esos años, y se estima que dicho fondo se agotará en 2013.

A ello se suma que, de acuerdo con las proyecciones de flujo de efectivo de ingresos y gastos para 2012-2018, la misma tendencia que se observa en 2011, es decir, que los gastos sean superiores a los ingresos, se observará para los próximos siete años. Eso ocurre dadas las expectativas de 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.

¹⁸⁴ 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.

En cumplimiento con lo establecido en la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) para el ejercicio fiscal de 2011, el 28 de septiembre de 2011 el HCT aprobó la transferencia de los excedentes de los saldos de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) del SIV y SRT, a la RFA del SEM, por un monto de 61,222 millones de pesos, recursos que eventualmente se podrían utilizar para cubrir la diferencia entre los ingresos y los gastos proyectados. Sin embargo, aunque el uso de las reservas y fondos dé un respiro financiero al Instituto, éste será temporal y alcanzará hasta finales de 2015.

Tomando en cuenta las condiciones antes descritas, es de suma importancia aumentar los ingresos del Instituto y distribuirlos de acuerdo con las necesidades de cada ramo de aseguramiento, a través de la adopción de reformas estructurales y cambios en el marco legal. A continuación se proponen cinco opciones. Estas propuestas de política pública, las cuales fueron presentadas desde el Informe del año pasado, también fueron presentadas por el Director General del Instituto en comparecencia ante el Senado de la República 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.

1. Rebalanceo de primas entre el SIV y la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) del SEM. De acuerdo con los resultados de la valuación actuarial del SIV al 31 de diciembre de 2011, 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 del Seguro Social (LSS)– 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.

Dicho planteamiento es coincidente con la iniciativa que reforma los Artículos 25 y 147 de la LSS presentada en el Senado de la República el pasado 8 de diciembre. Este proyecto fue a su vez turnado a la Cámara de Diputados, donde aguarda su dictamen.

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 son 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 LSS, de forma que sea el HCT del Instituto el que determine el importe de las cuotas a aplicar, previa realización de los análisis y estudios actuariales pertinentes. A su vez, esta política daría mayor flexibilidad al Instituto para determinar los recursos requeridos para el financiamiento de este seguro, de acuerdo con las necesidades médicas de sus afiliados. Como

Cuadro XIII.1.
Estimación del impacto financiero de las políticas consideradas para dar mayor viabilidad financiera al IMSS
(millones de pesos de 2012)

Descripción de la política	Flujo anual promedio derivado de la medida 2013-2017	Beneficios de la medida, en valor presente	% PIB 2012 ^{2/}	2013-2050 ^{1/}			
				Valor presente del déficit global			
				Sin la medida	% PIB 2012 ^{2/}	Con la medida	% PIB 2012 ^{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/}	-	-	-	1,741,227	11.5	1,741,227	11.5
2. Ajuste de las cuotas de afiliación para el financiamiento del Seguro de Salud para la Familia ^{5/}	5,628	172,717	1.1	1,741,227	11.5	1,568,509	10.3
3. Aportación del Gobierno Federal de una cuota que permita equilibrar los ingresos y gastos del Seguro de Salud para Estudiantes ^{6/}	6,902	149,017	1.0	1,741,227	11.5	1,592,210	10.5
4. Aportación estatal de una cuota fija diaria por pensionado para Gastos Médicos de Pensionados, equivalente a 13.9 del SMGVDF de julio de 1997, actualizada trimestralmente con el INPC ^{7/}	12,991	503,171	3.3	1,741,227	11.5	1,238,056	8.2
5. Aportación del Gobierno Federal de 50 por ciento del costo estimado para seis padecimientos de alto impacto financiero para el IMSS ^{8/}	37,366	1,435,006	9.5	1,741,227	11.5	306,221	2.0

^{1/} Se asume que los cambios legislativos que implican estas medidas tendrán lugar durante 2012 y por eso el impacto financiero se estima para el periodo 2013-2050.

^{2/} Corresponde al estimado en los Criterios Generales de Política Económica 2012 (15'164,900 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 para los próximos cinco años de 11,674 millones de pesos y un valor presente de 307,440 millones de pesos, que equivalen a 2 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/} Los flujos anuales se calcularon considerando una aportación del Gobierno Federal equivalente a 7.573 por ciento de un SMGVDF por cada estudiante, y corresponden a los ingresos adicionales que generaría esta medida, pues el Gobierno Federal ya aporta 1.723 por ciento de un SMGVDF por cada estudiante. También se consideró para el cálculo de dichos flujos la actualización que realizó la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) en el número de estudiantes afiliados durante el ejercicio 2011, la cual continuará haciéndose para los años previos, por lo que los resultados que se muestran en el presente cuadro podrán modificarse por esa razón.

^{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.

se señala en el cuadro XIII.1, se necesitaría un flujo promedio anual equivalente a 5,628 millones de pesos para lograr el equilibrio financiero de este seguro.

Es importante mencionar que esta opción de política fue considerada en una iniciativa presentada en la Cámara de Senadores el 8 de noviembre de 2011, la cual, luego de su aprobación durante la sesión del 8 de diciembre de 2011, remitió a la Cámara de Diputados un proyecto de decreto (Minuta) por el que se reforma el Artículo 242 de la LSS. El proyecto adiciona un párrafo al mencionado artículo y establece que el HCT podrá determinar anualmente el importe de las cuotas a aplicar, previa realización de los análisis y estudios actuariales pertinentes y en el marco del principio de solidaridad social. Actualmente, dicho proyecto de decreto se encuentra pendiente de análisis, discusión y, en su caso, aprobación en la Cámara de Diputados.

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 7.6 por ciento de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF) por cada estudiante. La cuota propuesta es superior en 5.85 puntos porcentuales a la que viene aportando el Gobierno Federal hasta ahora.

Con esta modificación se logrará cubrir el creciente déficit que se proyecta para el SSE en los próximos 39 años. Se estima que los ingresos que recibirá el IMSS en 2012 para financiar el SSE serán equivalentes a 31.5 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 22.3 por ciento de los gastos, y en 2050 este porcentaje se estima en 15.2 por ciento, aun bajo el supuesto de que la morbilidad descienda. Dicho déficit, medido en pesos constantes de 2012,

aumentará de 4,263 millones de pesos en 2012 a 12,948 millones de pesos en 2050. Con esta medida se lograría financiar el SSE en su totalidad a través de un subsidio adicional del Gobierno Federal, para evitar disponer de los recursos de las COP para atender a esta población.

4. Fortalecimiento del financiamiento de GMP del SEM. Se propone 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 atención de los siguientes 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 2011 para la atención médica de estos padecimientos asciende a 62,739 millones de pesos, que equivale a 29.1 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 2013-2050 pasaría de representar 11.5 por ciento del PIB de 2012 a solamente 2 por ciento. Por otra parte, significaría el uso de recursos públicos adicionales provenientes del presupuesto federal. Además, 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, 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 del SSE, 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 14.9 por ciento del PIB de 2012 y como resultado se eliminaría el déficit global del Instituto que asciende a 11.5 por ciento del PIB de 2012.

El cuadro XIII.2 presenta el flujo de ingresos y gastos para el periodo de 2013-2018 tomando en cuenta los ingresos que entrarían en las arcas del Instituto por cada una de las medidas, con la excepción de la primera medida, el rebalanceo de primas entre el SIV y la cobertura de GMP del SEM, la cual, como se mencionó anteriormente, no implica ingresos adicionales para el IMSS. Como se puede observar, la implementación de las medidas tendrían como efecto que los ingresos serían suficientes para cubrir los niveles de gasto esperados, por lo que no sería necesaria la utilización de las reservas y del Fondo Laboral, obteniendo superávit en el periodo 2013-2018, aun después de la creación de las reservas.

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 —algunas de ellas— 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 (SNTSS) y la ciudadanía en general.

Cuadro XIII.2.

Flujo de efectivo 2011, presupuesto 2012 y proyecciones 2012-2018, considerando ingresos adicionales por medidas^{1/}
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2011	Ppto. 2012 ^{2/}	Cierre 2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Saldo inicial de las RO									
Total de ingresos (1)	367,225	390,183	404,687	488,189	525,263	559,659	591,989	630,958	672,264
Ingresos ordinarios	367,225	390,183	404,687	430,548	465,014	496,856	526,470	562,736	601,257
Ingresos adicionales por medidas				57,641	60,248	62,803	65,520	68,222	71,007
Equilibrio SSFAM				5,177	5,374	5,600	5,877	6,114	6,367
Aportación Seguro de Salud para Estudiantes				6,729	6,810	6,903	7,003	7,065	7,098
Aportación de GMP				11,812	12,405	12,997	13,586	14,153	14,736
Padecimientos de alto impacto				33,923	35,659	37,303	39,053	40,890	42,805
Egresos (2)	375,093	400,138	414,642	439,402	475,060	509,771	545,093	584,721	623,186
Servicios de personal	124,896	132,943	133,271	142,057	150,664	159,838	168,965	178,488	188,480
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	44,265	48,270	49,058	52,981	57,146	62,061	67,725	74,057	81,093
Subsidios y ayudas y pensiones temporales y provisionales	13,078	13,138	13,993	14,981	16,063	17,175	18,295	19,501	20,789
Sumas aseguradas	8,361	9,067	9,395	10,585	12,009	13,292	14,739	16,350	18,133
Inversión física	8,275	9,901	9,901	3,342	4,829	3,876	2,717	3,709	617
Materiales y suministros	39,069	41,659	43,373	47,622	52,718	57,843	62,895	67,694	72,884
Servicios generales	22,851	25,038	24,882	27,093	29,547	32,166	34,948	37,946	41,206
Operaciones ajenas	-4,037	-4,813	-4,194	-4,490	-4,747	-5,022	-5,253	-5,491	-5,740
Pensiones en Curso de Pago	118,334	124,935	134,962	145,231	156,831	168,543	180,063	192,468	205,723
Excedente (déficit) (3)=(1)-(2)	-7,868	-9,955	-9,955	48,787	50,203	49,888	46,896	46,237	49,079
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	11,851	9,306	9,307	10,207	14,693	14,776	11,311	12,418	13,565
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	-19,719	-19,261	-19,261	38,579	35,509	35,111	35,585	33,819	35,514
Movimientos de la ROCF	-765	-194	-194	-651	-854	-910	-967	-1,027	-1,091
Uso de la ROCF, Art. 277 A de la LSS	-	-	1,441	-	-	-	-	-	-
Uso de la ROCF para programas de inversión	2,414	4,645	354	-	-	-	-	-	-
Uso del FCOLCLC	18,035	14,810	17,660	-	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM^{3/}	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Transferencia entre reservas (6)	19,684	19,261	19,261	-651	-854	-910	-967	-1,027	-1,091
Saldo en RO después de transferencias (7)=(5)+(6)	-35	-	-	37,928	34,656	34,201	34,618	32,792	34,423

^{1/} Se asume que los cambios legislativos que implican estas medidas tendrán lugar durante 2012 y por eso el impacto financiero empieza a partir de 2013.

^{2/} Corresponde a la Primera Adecuación al Presupuesto 2012.

^{3/} De acuerdo con el último párrafo del Artículo 1º 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.

Prestaciones y Fuentes de Financiamiento de los Regímenes de Aseguramiento del IMSS



Anexo

A

A.1. Regímenes y modalidades de aseguramiento del Instituto Mexicano del Seguro Social

El Seguro Social comprende el Régimen Obligatorio y el Régimen Voluntario¹⁸⁵. Los esquemas de prestaciones y requisitos de acceso, así como el financiamiento, son diferentes en cada caso.

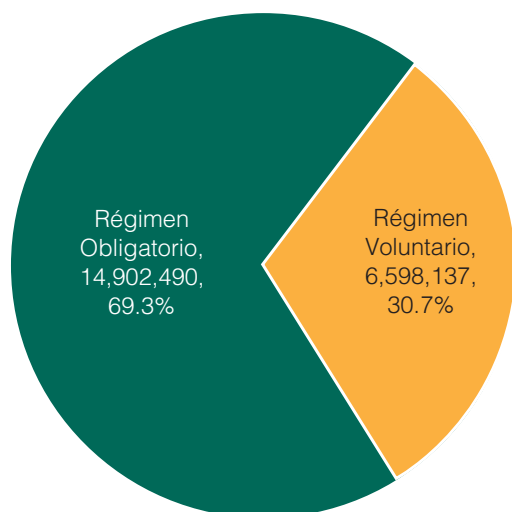
De conformidad con la Ley del Seguro Social (LSS), en el Régimen Obligatorio una persona es afiliada por su patrón por tener una relación laboral subordinada y remunerada, lo que obliga a su aseguramiento. En esta categoría se encuentra 69.3 por ciento de los asegurados (gráfica A.1).

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 30.7 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.

¹⁸⁵ LSS, Artículo 6.

Gráfica A.1.
Distribución de afiliados por régimen de aseguramiento, 2011^{1/}



^{1/} Asegurados totales 21'500,627 (diciembre de 2011).

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)¹⁸⁶, 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, en tanto que en el cuadro A.2 se presenta el resumen de la cobertura poblacional y las prestaciones por ramo de aseguramiento del mismo régimen.

¹⁸⁶ 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 subordinada y remunerada. En el cuadro A.1 se presentan las modalidades incluidas en el Régimen Voluntario, así como el tipo de seguros contemplados por modalidad.

Cabe señalar que en conjunto el SSFAM y el Seguro Facultativo cubren más de 92 por ciento de los asegurados del Régimen Voluntario (cuadro A.1).

El SSFAM ofrece cobertura a todas las familias que voluntariamente celebran un convenio con el IMSS para el otorgamiento de las prestaciones en especie del SEM¹⁸⁷. 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

Los seguros del IMSS se financian a partir de aportaciones de los patrones, de los trabajadores y del Gobierno Federal. 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.

Asimismo, todos los sujetos que voluntariamente se incorporan al SSFAM, incluidos los familiares que se registren, pagan anualmente la cuota establecida en la LSS, clasificándose por el grupo de edad al que pertenecen. Las cuotas son calculadas de conformidad con la tabla establecida en el Artículo

¹⁸⁷ LSS, Artículo 240.

Cuadro A.1.

Modalidades de aseguramiento: número de asegurados y tipo de seguro, diciembre 2011

Modalidad	Descripción	Asegurados	Seguro ^{1/}					Derecho a subsidio ^{2/}
			SRT	SEM	SIV	SRCV	SGPS	
Régimen Obligatorio		14,902,490						
10	Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad	14,423,848	x	x	x	x	x	SEM, SRT
13	Trabajadores permanentes y eventuales del campo	211,847	x	x	x	x	x	SEM, SRT
14	Trabajadores eventuales del campo cañero	38,015	x	x	x	x	x	SEM, SRT
17	Reversión de cuotas por subrogación de servicios	131,096	x	x	x	x	x	SEM, SRT
30	Productores de caña de azúcar	97,684	x	x	x	x		SEM, SRT
Régimen Voluntario		6,598,137						
32	Seguro Facultativo ^{3/}	5,603,644		x				No
33	Seguro de Salud para la Familia	470,541		x				No
34	Trabajadores domésticos	2,060	x	x	x	x		No
35	Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio	5,970	x	x	x	x ^{5/}		SRT
36	Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados ^{4/}	141,316		x				No
38	Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados ^{4/}	245,354	x	x				No
40	Continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio	76,107			x	x		No
42	Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados ^{4/}	10,126	x	x	x	x		SRT
43	Incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio	29,003		x	x	x ^{5/}		No
44	Trabajadores independientes	14,016		x	x	x ^{5/}		No
Total		21,500,627						

^{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.

242 de la Ley, la cual es actualizada en febrero de cada año de acuerdo con el incremento observado en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) del año calendario anterior.

En el cuadro A.4 se muestran las cuotas por asegurado y familiar, por grupo de edad, para 2011 y 2012.

Las aportaciones que lleva a cabo el Gobierno Federal se realizan por familia asegurada, independientemente del número de miembros que la integren, y consisten en una cuota fija diaria equivalente a 13.9 por ciento de un salario mínimo general del Distrito Federal (SMGDF) en julio de 1997, y es ajustada trimestralmente conforme a la variación

del INPC. Para 2011 se estima una cuota anual por familia de 3,230.7 pesos.

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. A este monto se le aplica un factor de 1.723 por ciento multiplicado por el número de estudiantes asegurados.

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

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. También se considera accidente de trabajo el que se produzca al trasladarse el trabajador, directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste a aquél.	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 período 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. Vida Beneficiarios del asegurado o del pensionado, a la muerte de estos.	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 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 al menos 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. Prestaciones Sociales Trabajadores asegurados y sus familiares.	Guarderías Cuidados y atención a los menores cubiertos. 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, 2011
 (aportación diaria por trabajador asegurado)

Seguro	Base de cotización	Aportación			
		Patrón	Trabajador	Gobierno Federal	Total
Riesgos de Trabajo	SBC ^{1/}	1.82% ^{2/}			1.82%
Enfermedades y Maternidad					
Asegurados					
Prestaciones en especie					
Cuota fija	SMGDF ^{3/}	20.40%		\$8.90	
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			\$3.88 ^{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 del Distrito Federal.

^{4/} El 1° 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 2011.

Fuente: LSS; Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

Cuadro A.4.
Esquema de financiamiento del Seguro de Salud para la Familia, 2011 y 2012
 (pesos corrientes)

Concepto	Grupo de edad	2011	2012
Cuota anual por asegurado	0 a 19	1,320.80	1,371.25
	20 a 39	1,543.70	1,602.60
	40 a 59	2,307.30	2,395.40
	60 y más	3,472.10	3,604.70
Cuota anual del Gobierno Federal por familia		3,230.71	3,326.40

Fuente: DIR, IMSS.

establecidas como porcentaje del SBC del afiliado. Para el resto de los seguros, las cuotas y aportaciones de algunas de las partes están definidas como cantidades fijas (porcentajes del salario mínimo vigente

o del salario mínimo vigente en 1997 y actualizado por la variación del INPC) o variables (de acuerdo con la siniestralidad de cada empresa en el caso del SRT). Sin embargo, es posible aproximar las tasas de contribución totales como porcentaje del SBC, como se observa en el cuadro A.5.

En promedio, el Régimen Obligatorio se financia con contribuciones tripartitas que equivalen a 24.7 por ciento de la base gravable constituida por el SBC. De este porcentaje, 8 puntos porcentuales corresponden al SRCV, y 16.7 puntos porcentuales, 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 por ciento y el Gobierno Federal, 5.6 por ciento.

Cuadro A.5.
Tasas de contribución por ramo de seguro en 2011
 (porcentaje del salario base de cotización)

Tipo de seguro	Patrones	Trabajadores	Gobierno Federal	Total
Enfermedades y Maternidad				
Asegurados ^{1/}	5.903	0.362	3.600	9.865
Pensionados	1.050	0.375	0.075	1.500
Invalidez y Vida	1.750	0.625	0.125	2.500
Riesgos de Trabajo ^{2/}	1.820	0.000	0.000	1.820
Guarderías y Prestaciones Sociales	1.000	0.000	0.000	1.000
Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez ^{3/}	5.150	1.125	1.774	8.049
Total	16.673	2.487	5.574	24.734

^{1/} Considera el SBC promedio mensual de 2011. 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.

Acciones para Combatir la Evasión Fiscal y Promover el Cumplimiento de las Obligaciones en Materia de Seguridad Social



Anexo

B

En el periodo que cubre este Informe el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha continuado implementando acciones para combatir la evasión fiscal y ha promovido, entre los patrones y demás sujetos obligados, el cumplimiento de sus obligaciones en materia de seguridad social. La estrategia desplegada por el IMSS ha mejorado los niveles de cobertura de los cotizantes y ha incrementado la recaudación de ingresos obrero-patronales.

B.1. Combate a la evasión fiscal

El combate a la evasión fiscal se ha constituido como una de las estrategias rectoras de la actuación del Instituto, tanto para asegurar la debida protección social de los trabajadores y sus familias, como para alcanzar el adecuado financiamiento de los servicios que se proporcionan por parte del IMSS a la población derechohabiente.

Conviene señalar que el grado de evasión en la afiliación de trabajadores y en el registro del salario que estos perciben se relaciona con aspectos como la estructura del mercado laboral, los costos relativos del factor trabajo, el nivel de carga tributaria, el ciclo económico y los niveles de ingresos de la población, entre otros. Si bien la reducción de los niveles de evasión es una tarea compleja y estructural, y parcialmente exógena a las funciones que desarrolla el Instituto, éste se ha abocado, en el ámbito de su competencia, a realizar importantes mejoras administrativas y de gestión tendientes a reducir la evasión y con ello acortar la brecha recaudatoria.

Entre las acciones desarrolladas se encuentran: el combate a sectores como el de las empresas prestadoras de servicios de personal (*outsourcing*), la mejora de la coordinación institucional con otros organismos fiscales y administrativos, la implantación de mecanismos y reformas administrativas destinadas a disminuir la carga administrativa de las empresas e incentivar el cumplimiento voluntario de sus obligaciones en materia de seguridad social, y el fortalecimiento de las áreas responsables de llevar a cabo los actos de fiscalización del Instituto.

B.1.1. Combate a la evasión de las empresas prestadoras de servicios de personal (*outsourcing*)

En el marco de la estrategia desarrollada para el combate a la evasión fiscal, el Instituto ha enfocado su actuación en los sectores y patrones que presentan los mayores riesgos en términos fiscales, como son los prestadores de servicios de personal, denominados *outsourcing*.

El Instituto ejerce una vigilancia permanente para asegurar el cumplimiento del Artículo 15-A de la Ley del Seguro Social (LSS), en el cual se establece la responsabilidad solidaria de las empresas, dependencias y entidades de la administración pública federal que se benefician de las labores que desempeñan los trabajadores de empresas prestadoras de servicios de personal, en sus instalaciones y bajo su dirección, mediante un contrato.

Con la información que se reporta al Instituto en el marco de las obligaciones contenidas en el Artículo 15-A de la LSS, se detecta a las empresas que operan bajo dicha figura, y en los casos en que se presume el incumplimiento del marco legal, se inicia el ejercicio de las facultades de comprobación del Instituto sobre las mismas.

Con base en la información registrada ante el IMSS, durante 2011 se notificaron un total de 3,347

requerimientos de información a prestadores de servicios de personal y a beneficiarios de estos, de los cuales fueron atendidos un total de 959 requerimientos, 2,152 se encontraban en proceso de atención, y se emitieron 236 multas por la falta de atención a los mismos.

Para combatir las prácticas de los despachos de asesoría en materia fiscal, laboral y de seguridad social que ofrecen a sus clientes esquemas abusivos de sustitución laboral a través de distintos esquemas de suministro de personal, durante 2011 se iniciaron 507 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 465 casos.

B.1.2. Combate a la evasión de otros sectores de actividad

Como parte de las acciones de combate a la evasión fiscal que ha desplegado el IMSS, se ha actuado en materia fiscal para combatir la evasión en diversos sectores, como el de las empresas con incumplimientos en dictamen para efectos del Seguro Social, empresas de limpieza, de seguridad privada, compañías transportistas, hoteles y equipos deportivos profesionales, 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 2011 se notificaron 6,576 actos de fiscalización (visita domiciliaria, revisión de gabinete y en materia de construcción), con lo que al 31 de diciembre de 2011 un total de 3,049 actos se encontraban en proceso y 3,527 fueron concluidos¹⁸⁸. Asimismo, se recibieron 2,075 denuncias y 13,658 solicitudes de investigación, emitiendo para su

¹⁸⁸ Se incluyen prestadores y beneficiarios de servicios de personal.

atención 11,765 revisiones, conforme al Artículo 17 de la LSS, y 1,543 visitas específicas.

B.2. Mejora de la coordinación institucional

El Instituto continúa desarrollando acciones tendientes a mejorar la coordinación, comunicación e intercambio de información con otros organismos fiscales, lo que ha permitido asegurar una adecuada articulación institucional entre los organismos responsables de recaudar los impuestos y las contribuciones en materia de seguridad social.

Con objeto de fortalecer las acciones conjuntas entre el Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT) y el IMSS, el 5 de julio de 2011 se firmó un Convenio de Colaboración para la Afiliación, Emisión, Entrega, Notificación, Recaudación, Fiscalización e Intercambio de Información Administrativa y Fiscal, por medio del cual se administra la base de datos común de patrones y demás sujetos obligados al pago de cuotas y aportaciones, resultado del registro y actualización de sus altas, bajas y modificaciones de su situación ante los Institutos, así como el de sus trabajadores, para emitir y entregar conjuntamente las propuestas de Cédulas de Determinación de Cuotas, de Vivienda, y descuentos para amortizar los créditos otorgados por el INFONAVIT. Este convenio contempla nuevos criterios que amplían el alcance en el intercambio de información que obtengan ambos Institutos en la realización de sus funciones, y refuerzan su actuación como organismos fiscales autónomos.

Asimismo, durante el ejercicio 2011 se continuaron los trabajos con el Servicio de Administración Tributaria (SAT), con la Procuraduría de la Defensa del Trabajo (PROFEDET), con la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, con el INFONAVIT y con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), con el objeto

de sentar las bases para compartir información que permita enriquecer las estrategias de fiscalización e inspección que lleva a cabo el Instituto.

Entre los sectores que han sido sujetos a actos de auditoría por parte del IMSS y otras instancias administrativas, se encuentra el de prestación de servicios de personal. En este contexto, durante 2011 se llevaron a cabo diversos operativos conjuntos entre la STPS, el IMSS y el SAT, en los que con base en la participación en inspecciones ordenadas por esa Secretaría, se visitaron 64 empresas, tanto prestadoras de servicios de personal como beneficiarias de estos servicios, y 125 de patrones dedicados a la minería. El personal del Instituto participa en estas inspecciones como invitado experto o perito en materia de seguridad social, lo que permite identificar irregularidades en los centros de trabajo. Por su parte, conjuntamente con el SAT se han realizado cuatro auditorías a prestadores de servicios de personal, siete auditorías a clientes de *outsourcing* y una auditoría a un despacho de asesoría en materia fiscal, laboral y de seguridad social que ofrece a sus clientes esquemas que contravienen el marco legal y atentan contra los derechos de los trabajadores.

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 2011 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.

En este marco, el 21 de septiembre de 2011 entró en operación el Sistema Único de Dictamen a través de Internet (SUDINET), mediante el cual los patrones y

contadores públicos autorizados pueden presentar los trámites relacionados con el dictamen para efectos del Seguro Social, vía Internet. Cabe señalar que durante 2011 un total de 13,052 empresas se dictaminaron en materia de seguridad social, de las cuales 7,638 lo hicieron de manera voluntaria y 473 patrones corrigieron su situación fiscal ante el Instituto, con motivo de la revisión de sus dictámenes. Asimismo, durante 2011 regularizaron su situación fiscal ante el Instituto 11,299 patrones a través de la corrección patronal.

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, que entró en vigor a partir de enero de 2011, simplifica los trámites que tienen que realizar los patrones ante distintas instancias administrativas, lo que aunado a la ampliación de la vigencia de la FIEL a un periodo de cuatro años, 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.

El 4 de mayo de 2011 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Acuerdo No. ACDO.SA3.HCT.270411/120.P.DIR, emitido por el H. Consejo Técnico (HCT) del IMSS, por el que se aprobaron los “Lineamientos para la adopción de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) expedida por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) en los trámites electrónicos o actuaciones electrónicas que los Contadores Públicos Autorizados realicen ante el IMSS”. Dichos lineamientos contienen los requisitos que tienen que cumplir los Contadores Públicos Autorizados para obtener la autorización del Instituto para el uso de la FIEL en sus trámites electrónicos.

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 2011 se continuó beneficiando a los patrones con esta facilidad administrativa.

En el transcurso de 2011 se formalizaron 1,284 convenios de pago a plazos por un monto de 81.2 millones de pesos, de los cuales 69.2 millones de pesos correspondieron a cuotas obrero-patronales, 2.5 millones de pesos a actualizaciones y 9.5 millones de pesos a recargos.

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 el 14 de diciembre del mismo año en el DOF, por el que se aprobaron los lineamientos aplicables a dicho artículo, se posibilitó la aplicación de condonaciones a favor de los patrones que hubieran regularizado sus adeudos fiscales ante el Instituto, dependiendo los porcentajes de condonación de la fecha en que se realizara el pago del adeudo, pudiendo llegar a 100 por ciento del monto de los recargos y multas causados.

Finalmente, como parte de su quehacer permanente, el Instituto continuó apoyando, durante el lapso informado, la operación del portal *tuempresa.gob.mx* de la Secretaría de Economía, a través del cual los empresarios pueden dar inicio al trámite de registro patronal ante el IMSS. Adicionalmente, se continúa 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; asimismo, por medio del Sistema Único de Autodeterminación (SUA), se ha posibilitado la autodeterminación electrónica de las mismas.

Más de 95 millones de movimientos afiliatorios presentados ante el Instituto durante 2011 se realizaron a través del IDSE, 91.3 por ciento del total. Asimismo, en dicho año, un promedio de 162 mil patrones realizaron a través de portal bancario pagos correspondientes a 9.1 millones de cotizantes. El importe pagado ascendió a 87.8 miles de millones de pesos, lo que significó 50.3 por ciento de la recaudación por ingresos obrero-patronales.

La utilización del 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.

Cabe destacar también la operación del sistema de consulta denominado Reporte Informativo de Semanas Cotizadas del Asegurado, mismo que se encuentra disponible en la página www.imss.gob.mx y a través del cual los trabajadores que coticen o hayan cotizado en el IMSS pueden consultar información sobre: el número de semanas cotizadas por año¹⁸⁹ y antecedentes de cotización de los cinco patrones más recientes, incluyendo la información de nombre o razón social del patrón, fecha de alta y baja, el salario base de cotización a la fecha de baja con cada patrón y, en su caso, el vigente. Al 31 de diciembre de 2011 el sistema contaba con un total de 4 millones de asegurados registrados y se entregaron durante dicho año 2.3 millones de reportes.

¹⁸⁹ La consulta del historial laboral puede realizarse a partir de 1982 para los trabajadores asegurados permanentes; desde 1986, para los trabajadores eventuales de la construcción, y para los demás trabajadores eventuales, desde 1997.

Avances del Presupuesto Basado en Resultados y Sistema de Evaluación del Desempeño



Anexo

C

C.1. Antecedentes

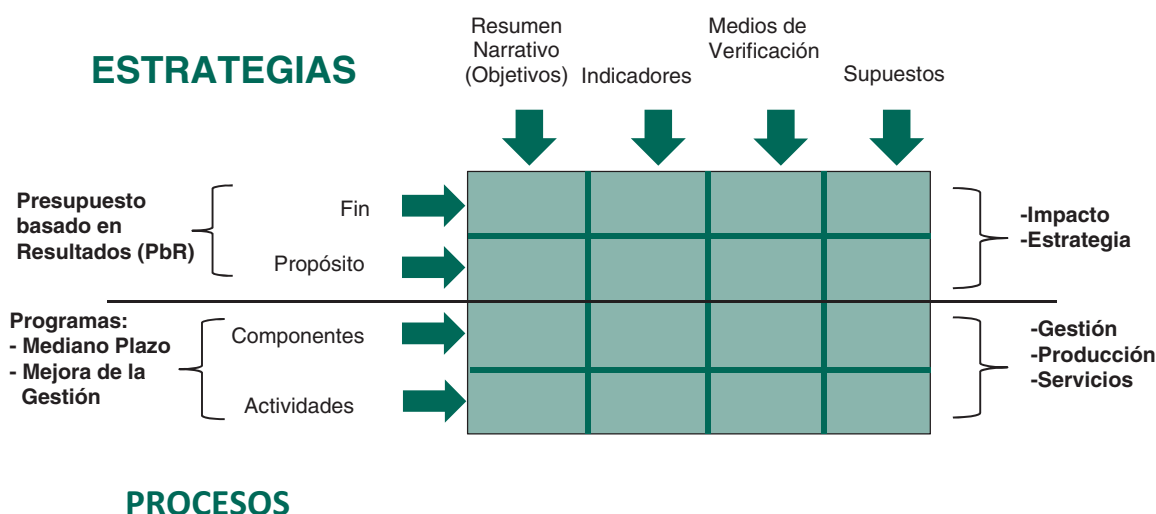
Como parte de la reforma hacendaria promovida por la actual administración, a partir de la formulación del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio 2008 y en cumplimiento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), el Ejecutivo Federal inició los trabajos 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”¹⁹⁰ (ver gráfica C.1).

¹⁹⁰ 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. 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. PbR-SED en el Instituto, 2011

Los programas presupuestarios registrados por las normativas en el anteproyecto de presupuesto 2011 y aprobados por el H. Consejo Técnico (HCT) se muestran en el cuadro C.1.

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 se determinó un universo de 83 indicadores, siendo 17 para seguimiento de la H. Cámara de Diputados y del HCT. En el ejercicio fiscal 2012 se determinaron 84 indicadores, y se disminuyeron a 9 para seguimiento¹⁹¹. Es de destacar que durante el proceso de programación del ejercicio 2012 la normativa responsable del programa presupuestario E010 Mejoramiento de las Unidades Operativas de Servicios de Ingreso gestionó el cambio de denominación del programa por E010 Otorgamiento de las Prestaciones de Velatorios, Centros Vacacionales y Tiendas.

¹⁹¹ Los indicadores de seguimiento (PEF) para el 2012 son: i) derechohabientes con cobertura de atención integral PREVENIMSS; ii) tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino; iii) cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años; iv) tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel; v) porcentaje de surtimiento de medicamentos; vi) variación porcentual anual en los ingresos obrero-patronales del Seguro Social; vii) variación porcentual anual en el número de cotizantes al Seguro Social; viii) variación porcentual anual en el salario base de cotización registrado en el Seguro Social, y ix) cobertura de la demanda del servicio de guarderías.

Cuadro C.1.
Programas presupuestarios, 2011

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 1973	Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales
J002	Rentas Vitalicias, Ley 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.

C.3. Resultados y avances de los programas presupuestarios 2011

El cumplimiento de los principales indicadores estratégicos para resultados comprometidos por las normativas responsables de los programas presupuestarios del IMSS para el ejercicio 2011 ha tenido efectos positivos.

Se logró y se superó la meta establecida de once indicadores (64.7 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 PREVENIMSS; un incremento en el estudio de citología cervical para la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino; un incremento en el número de los cotizantes del IMSS, del salario base de cotización nominal y de los ingresos por cuotas obrero-patronales (COP); un incremento en la cobertura de la demanda para el servicio de guarderías; un incremento en los usuarios en los servicios de fomento a la salud, y una mayor

oportunidad en los trámites de pago de nuevas pensiones de la LSS de 1973, de incapacidades nominativas y de las rentas vitalicias de la LSS de 1997.

En el caso de cinco indicadores (29.4 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, de la tasa de la mortalidad materna, de la tasa de atención de partos, así como de la tasa de incapacidad permanente inicial por cada 1,000 trabajadores. Al mismo tiempo se logró un surtimiento adecuado de medicamentos.

Hubo solamente un indicador que alcanzó un porcentaje de cumplimiento de la meta inferior a 90 por ciento: la variación al número de clientes atendidos por el Sistema Nacional de Tiendas del Instituto con relación al año pasado (-58.3 por ciento de la meta cumplida). En el cuadro C.2 se muestran los resultados antes mencionados.

Cuadro C.2.
Principales indicadores que evalúan los programas aprobados,
avances al mes de diciembre de 2011

	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 ^{3/}	Tasa	Anual	Componente estratégico	Reducir a 6.6 las defunciones por cáncer cérvico-uterino por cada 100 mil mujeres de 25 años y más adscritas a médico familiar.	5.90	110.60
		2. Derechohabientes con cobertura de atención integral PREVENIMSS	Porcentaje	Trimestral	Actividad de gestión	Lograr que 59.5% de los derechohabientes adscritos a médico familiar reciban atención preventiva integrada.	64.20	107.90
		3. Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje	Trimestral	Actividad de gestión	Lograr que 29% 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.	33.8	116.60
E002	Atención Curativa Eficiente	4. Tasa de mortalidad hospitalaria en unidades de segundo nivel ^{3/}	Tasa	Trimestral	Propósito estratégico	Reducir a 3.72% los egresos hospitalarios por defunción en unidades de segundo nivel de atención.	3.98	93.00
		5. Porcentaje de surtimiento de medicamentos	Porcentaje	Trimestral	Propósito estratégico	Lograr que 96% de las recetas de medicamentos sean atendidas a 100% en farmacias.	95.70	99.70
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 origen ^{3/}	Tasa	Trimestral	Componente estratégico	Disminuir a 1.2 dictámenes de incapacidad permanente inicial por riesgos de trabajo por cada 1,000 trabajadores inscritos en el Seguro de Riesgo de Trabajo.	1.23	97.50
E006	Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales	7. Variación porcentual anual de los ingresos obrero-patronales del Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Propósito estratégico	Aumentar en 103.09% los ingresos obrero-patronales del Seguro Social respecto al mismo mes del año anterior.	109.70	106.40
		8. Variación porcentual en el número de cotizantes al Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Componente estratégico	Aumentar en 101.49% el número de cotizantes respecto al mismo mes del año anterior.	104.47	102.90
		9. Variación porcentual anual en el salario base de cotización registrado en el Seguro Social	Porcentaje	Mensual	Componente estratégico	Aumentar en 102.04% el salario base de cotización nominal respecto al mismo mes del año anterior.	104.25	102.20

^{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).

^{3/} Debido a que el indicador es decreciente, el resultado involucra la reducción en el cálculo del porcentaje de cumplimiento, por ello se aplicó la fórmula siguiente: [(meta original-meta alcanzada)/meta original x 100] + 100.

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 23.92% de lugares que se demandan para el servicio de guarderías.	24.13	100.90
E008	Atención a la Salud Reproductiva	11. Tasa de atención de partos ^{3/}	Tasa	Anual	Componente estratégico	Lograr atender 46.5 partos por cada 1,000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años).	48.80	95.10
		12. Tasa de mortalidad materna ^{3/}	Tasa	Anual	Propósito estratégico	Descender a una tasa de 27.3 en mortalidad materna.	29.10	93.40
E009	Prestaciones Sociales Eficientes	13. Afluencia de usuarios a los servicios de fomento a la salud	Porcentaje	Trimestral	Componente estratégico	Lograr la atención de 92.78% de los usuarios previstos en los servicios de prestaciones sociales.	107.70	116.10
E010	Mejoramiento de Unidades Operativas de Servicios de Ingreso	14. Clientes atendidos en tiendas ^{4/}	Porcentaje	Mensual	Componente de gestión	Incremento en 10.3% los clientes en tiendas, respecto al mismo periodo del año anterior.	6.00	85.20
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 de gestión	Tramitar 90% de los casos presentados para nuevas pensiones, en 21 y 30 días naturales.	90.80	100.90
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 de gestión	Tramitar 90% de los casos presentados para nuevas pensiones, en 21 y 30 días naturales.	94.30	104.80
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 de gestión	Tramitar 98% de los casos nominativos para subsidio, en 7 días naturales.	98.50	100.50

^{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).

^{3/} Debido a que el indicador es decreciente, el resultado involucra la reducción en el cálculo del porcentaje de cumplimiento, por ello se aplicó la fórmula siguiente: $[(\text{meta original} - \text{meta alcanzada}) / \text{meta original} \times 100] + 100$.

^{4/} Debido a que el indicador reportaba meta alcanzada con signo negativo, para el cálculo del porcentaje de cumplimiento se aplicaron las fórmulas siguientes: $(\text{numerador de la meta alcanzada} / \text{numerador de la meta modificada} \times 100)$. $(5'454,600 / 6'402,509) \times 100 = 85.2$, los cuales se reportaron en el Módulo de Cuenta Pública del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH).

Fuente: DF, IMSS.

C.4. Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011

El Programa Anual de Evaluación emitido para el año 2011 no consideró programas presupuestarios a cargo del IMSS para las evaluaciones específicas de desempeño. Sin embargo, con las facultades conferidas

al CONEVAL, mediante oficio VQZ.DGAE.099.3/10 de fecha 15 de diciembre de 2010, este organismo comunica que su Comisión Ejecutiva aprobó incluir en la Evaluación Específica de Desempeño (EED) 2010-2011 a los programas presupuestarios E001 Atención a la Salud Pública, E002 Atención Curativa Eficiente y E007 Servicios de Guarderías.

Por tal motivo, durante el mes de marzo de 2011 los responsables de los programas realizaron la carga de información al Sistema de la Evaluación Específica de Desempeño (SIEED) y durante la primera semana del mes de abril, se llevaron a cabo las reuniones iniciales y de seguimiento entre las instancias evaluadoras y los responsables de los programas.

En agosto de 2011 el CONEVAL emitió los informes finales sobre la EED (Informe ejecutivo e Informe completo) en donde se señalan las recomendaciones a los programas evaluados, como se muestra en el cuadro C.3.

El aspecto principal que refleja la EED 2010-2011 es que los programas del Instituto que fueron evaluados ya concluyeron con éxito su etapa de consolidación, por lo que es necesario el establecimiento de nuevas metas, con el objetivo de incrementar la población beneficiada. Las recomendaciones derivadas de la EED 2010-2011 se consideraron en el Mecanismo de Aspectos Susceptibles de Mejora 2012, el cual dio inicio en abril del presente año.

C.5. Mecanismo de seguimiento de aspectos susceptibles de mejora (2011)

La SHCP, la SFP y el CONEVAL emitieron en conjunto el “Mecanismo de Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal”, con fecha 8 de marzo de 2011. Dicho mecanismo es el proceso por el que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (APF) determinan los hallazgos, observaciones o recomendaciones derivados de informes y evaluaciones a los cuales se les dará atención, bajo ciertos criterios de claridad, relevancia, justificación y factibilidad.

Las recomendaciones que cumplan con los criterios mencionados son capturadas en el Sistema de Seguimiento a Aspectos Susceptibles de Mejora (SSAS) del CONEVAL. El Instituto inició este proceso tomando como base los hallazgos y recomendaciones derivadas de la evaluación específica de desempeño, realizada por el CONEVAL en 2010, como se muestra en el cuadro C.4.

Cuadro C.3.
Evaluación Específica de Desempeño, 2010-2011

Programa	Recomendaciones
E001 Atención a la Salud Pública	1. Plantear metas más ambiciosas para ejercicios futuros.
	2. Reorientar la población objetivo hacia grupos menos representativos (adolescentes, hombres y adultos mayores).
E002 Atención Curativa Eficiente	1. Mejorar el desempeño de los hospitales de segundo nivel y generar estrategias para contener el incremento de la mortalidad.
	2. Plantear metas más ambiciosas para los indicadores de medicina familiar, e incorporar otros indicadores que permitan ejemplificar de forma más precisa, su contribución a la consecución del fin.
	3. Realizar una evaluación externa de diseño o de impacto.
E007 Servicio de Guarderías	1. Generar lugares conforme a las necesidades de la demanda.

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro C.4.
Mecanismo de seguimiento de aspectos susceptibles de mejora

Programa	Aspecto susceptible de mejora
E001 Atención a la Salud Pública	1. Incorporar nuevos indicadores para evaluar el desempeño del programa: - Índice de Atención Preventiva Integrada (API) por Atención Curativa (consultas de medicina familiar). - Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 50 a 69 años. 2. Registrar los pacientes hospitalizados en el censo de infecciones nosocomiales. 3. Redefinir el indicador de fin por: Esperanza de vida al nacer.
E007 Servicio de Guarderías	1. La MIR no tiene un indicador del fin ^{1/} . 2. Contar con indicadores adicionales en la MIR. 3. Proporcionar mayor información del programa.

^{1/} MIR: Matriz de Indicadores para Resultados. Es un instrumento de gestión que: i) establece el objetivo del programa y su alineación con los objetivos de la planeación nacional; ii) describe los bienes y servicios que entrega el programa, así como las actividades para producirlos; iii) incorpora los indicadores para el seguimiento y evaluación de programa; iv) identifica los medios para obtener y verificar la información de los indicadores, y v) considera riesgos y contingencias que podrían afectar el desempeño del programa.

Fuente: DF, IMSS.

En septiembre de 2011 se entregó conforme al programa de trabajo del mecanismo, el avance en la atención de los aspectos susceptibles de mejora de los programas del Instituto, los cuales se reportaron concluidos en 100 por ciento. Posteriormente, como lo instruye el numeral 18 del citado mecanismo, en marzo de 2012 se publicaron los avances en 100 por ciento de los aspectos susceptibles de mejora en la página *web* del Instituto y se informó a la Unidad de Política y Control Presupuestario de la SHCP, a la Unidad de Evaluación de la Gestión y el Desempeño Gubernamental de la SFP, y al Secretario Ejecutivo del CONEVAL sobre la conclusión de los mismos.

C.6. Recomendaciones realizadas por la Auditoría Superior de la Federación derivadas de la revisión a la Cuenta Pública de 2009 “Auditoría de Desempeño a los Seguros, Servicios y Prestaciones No. 1055”

La Auditoría Superior de la Federación mediante oficio OAED/DGADDS/346/10 realizó la auditoría No. 1055 denominada “Auditoría de Desempeño de los Seguros y Prestaciones”, la cual tuvo como objetivo fiscalizar la

gestión financiera de los recursos públicos federales aplicados en los seguros, servicios y prestaciones que otorga el Instituto, para verificar el cumplimiento de sus objetivos. Los programas revisados fueron: E009 Prestaciones Sociales Eficientes, E010 Mejoramiento de las Unidades Operativas de Servicios de Ingreso y J004 Pago Oportuno a los Asegurados con Derecho. Todas las observaciones de la auditoría se dieron por solventadas y, en octubre de 2011, la ASF la dio por concluida mediante oficio OARTI-1842/2011.

C.7. Modelo Sintético de Información del Desempeño (2011)

El Modelo Sintético de Información del Desempeño (MSD) de programas presupuestarios es un instrumento de evaluación que hace acopio de la información de desempeño de los programas de la APF con el fin de conocer su comportamiento, a través de la evaluación de cinco variables. En el cuadro C.5 se muestran los criterios de las cinco variables, así como su ponderador determinado por la SHCP. La suma de las calificaciones ponderadas da la valoración general (en una escala de 1 al 5, donde 1 se califica como desempeño bajo y 5 como desempeño alto).

Cuadro C.5.
Criterios por variable y ponderador

Variables	Criterios	Calificación	Ponderador
PEF	PEF subejercido o sobreejercido.	de 1 hasta 5	10%
Prioridades	Prioridades de gobierno de conformidad con el Artículo 42 de la LFPRH inciso d) Enumeración de los programas prioritarios y sus montos.	de 1 hasta 5	15%
MIR	1. Calidad de la MIR 2. Proporción entre el logro de metas y el incremento en el presupuesto (metas vs. presupuesto) 3. Promedio de avance en los resultados	de 1 hasta 5	25%
Evaluaciones externas	1. Resultados de fin o propósito 2. Hallazgos relevantes (relacionados con otros elementos de análisis) 3. Avance de indicadores y análisis de metas 4. Cobertura 5. Eficiencia en cobertura (población atendida/población objetivo)	de 1 hasta 5	25%
ASM	Grado de avance en el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por las evaluaciones externas	de 1 hasta 5	25%

Fuente: Modelo Sintético de Información, diciembre 2011, SHCP.

Los resultados obtenidos por el Instituto se muestran en el cuadro C.6. Cabe señalar que las calificaciones y desempeño de los programas presupuestarios bajan en razón de que estos no son incluidos en las prioridades del Gobierno Federal, lo que se considera un factor exógeno al Instituto.

Esta valoración tiene como objetivo ser una herramienta que coadyuve a los servidores públicos en la toma de decisiones, mostrando el desempeño de los programas que integran el quehacer del Instituto de una forma sintética y clara.

C.8. Recomendaciones realizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con apoyo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (Proceso de Mejora 2011)

La SHCP mediante oficio S/N de fecha 18 de octubre de 2011, comunica que en el Marco del Programa de Apoyo al Presupuesto Basado en Resultados, Fase I, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL) realizó una valoración a los 12 programas presupuestarios del Instituto, específicamente a las Matrices de Indicadores para Resultados (MIR) registradas en el Módulo de las MIR del Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda (PASH).

Cuadro C.6.
Resultados del Modelo Sintético de Información del Desempeño aplicado al IMSS

Programa presupuestario	Calificación	Desempeño	Variables/Criterios con calificaciones bajas
E001 Atención a la Salud Pública	3.5	Medio	Variable 2. Prioridades
E002 Atención Curativa Eficiente	3.6	Medio	Variable 2. Prioridades Variable 4.1 Resultados de fin o propósito
E003 Atención a la Salud en el Trabajo	2.9	Medio bajo	Variable 2. Prioridades Variable 3.1. Calidad MIR
E004 Investigación en Salud en el IMSS	2.5	Medio bajo	Variable 2. Prioridades Variable 3.1. Calidad MIR Variable 3.2. Metas vs. presupuesto
E006 Recaudación Eficiente de Ingresos Obrero-Patronales	3.3	Medio	Variable 2. Prioridades
E007 Servicio de Guarderías	3.1	Medio	Variable 2. Prioridades
E008 Atención a la Salud Reproductiva	3.3	Medio	Variable 2. Prioridades
E009 Prestaciones Sociales Eficientes	2.4	Medio bajo	Variable 2. Prioridades Variable 3.1. Calidad MIR Variable 3.2. Metas vs. presupuesto
E010 Mejoramiento de Unidades Operativas de Servicios de Ingreso	2.5	Medio bajo	Variable 2. Prioridades Variable 3.1. Calidad MIR Variable 3.3. Avance de indicadores y análisis de metas
J001 Pensiones en Curso de Pago Ley 1973	3.1	Medio	Variable 2. Prioridades
J002 Rentas Vitalicias Ley 1997	3.1	Medio	Variable 2. Prioridades
J004 Pagar Oportunamente los Subsidios a los Asegurados con Derecho	3.1	Medio	Variable 2. Prioridades

Fuente: Modelo Sintético de Información, diciembre 2011, SHCP.

De esta evaluación se obtuvieron resultados del análisis por cada programa presupuestario y recomendaciones específicas por las MIR. Las recomendaciones fueron atendidas por cada programa presupuestario y aplicadas en el PASH, en el periodo establecido para tal efecto.

C.9. Evaluación del Desempeño y Calidad en el Ejercicio del Gasto (SFP)

La SFP con objeto de dar atención a las disposiciones de la LFPRH y del PEF¹⁹², emite la Evaluación de Desempeño y Calidad en el Ejercicio del Gasto. Dicha evaluación tiene como objetivo verificar los resultados de ejecución de los programas y presupuesto del

Instituto, con base en el SED, para identificar la eficiencia, economía, eficacia, calidad e impacto social del ejercicio del gasto público. A la fecha de elaboración de este Informe se cuenta con los resultados de la evaluación al 5º bimestre del 2011, como se muestra en el cuadro C.7.

En el cuadro C.7 se observa que los programas presupuestarios que tienen indicadores con seguimiento en PEF 2011, en promedio, ejercieron al mes de octubre de 2011 98.7 por ciento de su presupuesto, y su nivel de desempeño en los indicadores de resultados fue de 0.74 (considerando un valor máximo de 1.00), igual al promedio del Indicador General de Desempeño (IGD) para la APF. Por otra parte, del total del presupuesto del IMSS se ejerció 107.8 por ciento de lo programado.

¹⁹² LFPRH, Artículo 111, y PEF 2011, Artículo 1º.

Cuadro C.7.
Ejecución del presupuesto del IMSS con relación a su desempeño

Programas presupuestarios IMSS con indicadores PEF			Total del presupuesto IMSS	
Ejecución del presupuesto original	Ejecución del presupuesto modificado	Indicador General de Desempeño (IGD)	Porcentaje de ejecución Ejercido vs. original	Porcentaje de ejecución Ejercido vs. modificado
98.71	98.71	0.74	107.8	107.8

Fuente: Evaluación de Desempeño y Calidad en el Ejercicio del Gasto, al Quinto Bimestre de 2011, SFP.

C.10. Actividades inmediatas de evaluación de programas

C.10.1. Programa Anual de Evaluación 2012

El Programa Anual de Evaluación se emitió el 16 de diciembre de 2011, en conjunto, por la SHCP, la SFP y el CONEVAL. Conforme al anexo 3 de dicho programa, el Instituto está sujeto al proceso de revisión y/o aprobación de las MIR de los Programas E001 Atención a la salud pública, E002 Atención curativa eficiente, E003 Atención a la salud en el trabajo, E004 Investigación en salud en el IMSS, E007 Servicios de guarderías, E008 Atención a la salud reproductiva, E009 Prestaciones sociales eficientes y E010 Otorgamiento de las Prestaciones de Velatorios, Centros Vacacionales y Tiendas, por parte del CONEVAL. En el programa no se menciona la fecha de ejecución del proceso revisión y/o aprobación de las MIR del Instituto.

De igual forma, de acuerdo con el anexo 1 de dicho programa, se señala la realización de una evaluación de procesos al programa presupuestario E010 Mejoramiento de las Unidades de Servicios de Ingresos. El 16 de enero de 2012, mediante oficio del licenciado Benjamín Hill Mayoral, Jefe de Unidad de la Subsecretaría de Egresos de la SHCP, se informa que la evaluación de procesos al programa arriba mencionado queda sin efectos por sufrir cambios significativos para el ejercicio fiscal 2012, por lo que en

su lugar se deberá realizar una evaluación de procesos al programa E002 Atención Curativa Eficiente. El plazo o fecha límite para llevarla a cabo está supeditado a los términos de referencia que para el caso se apliquen.

C.10.2. Mecanismo de Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora (2012)

A la fecha de elaboración del presente documento, el Mecanismo de Seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora se encuentra en su fase preparatoria, identificándose aquellas recomendaciones realizadas por externos durante 2011, y que cumplen con los argumentos de claridad, relevancia, justificación y factibilidad como lo establece el numeral 9 de dicho mecanismo.



Elementos Involucrados en las Valuaciones Actuariales de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida

Anexo

D

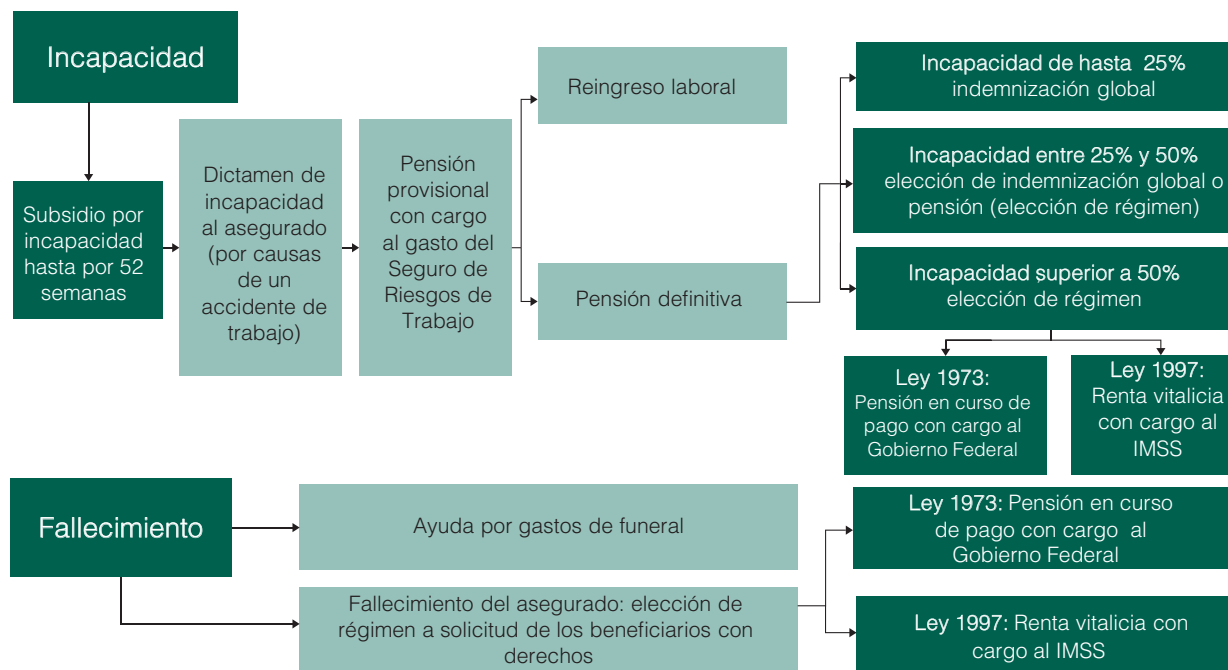
Este anexo tiene como finalidad servir de apoyo para una mejor comprensión de los diversos elementos involucrados en la valuación actuarial de las prestaciones que se otorgan en el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT) y en el Seguro de Invalidez y Vida (SIV).

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 2011, cuyos resultados se comentaron en el Capítulo IV. Al respecto, conviene señalar que en

Gráfica D.1.
Eventos que generan una prestación en dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo



Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

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 1998-2011.

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.

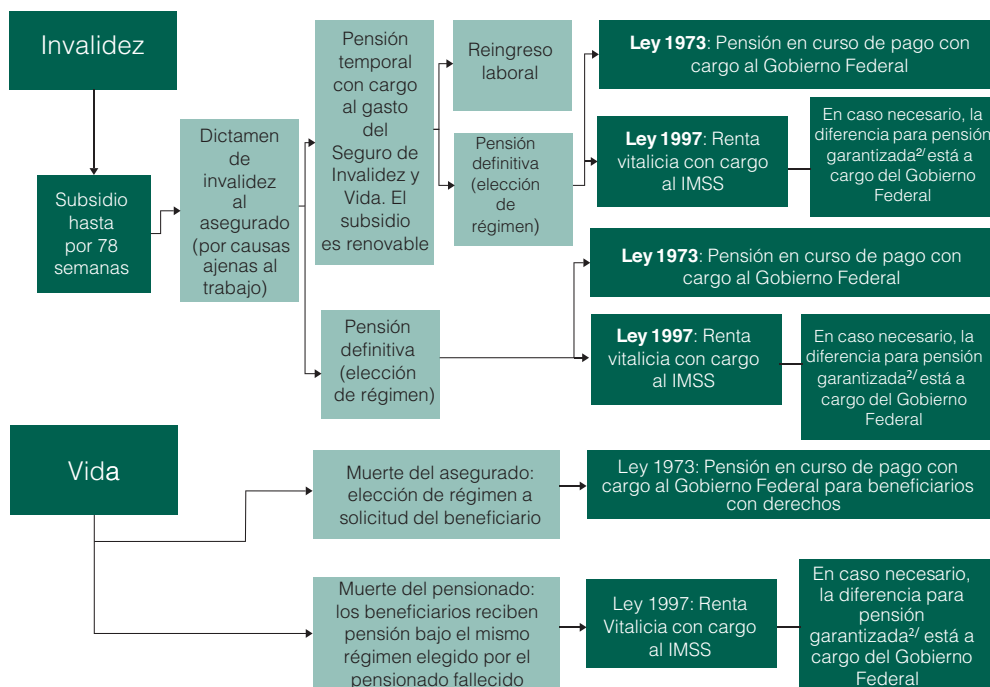
Es importante anotar, sin embargo, que en la referida gráfica D.2 no están incluidos los gastos administrativos en que incurre el Instituto para la operación del SIV, los cuales sí están contemplados en la valuación actuarial al 31 de diciembre de 2011, misma que se analiza y comenta en el Capítulo V.

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 aseguradas¹⁹³, que se contemplan en las valuaciones actuariales, se detallan en la gráfica D.3.

¹⁹³ 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.

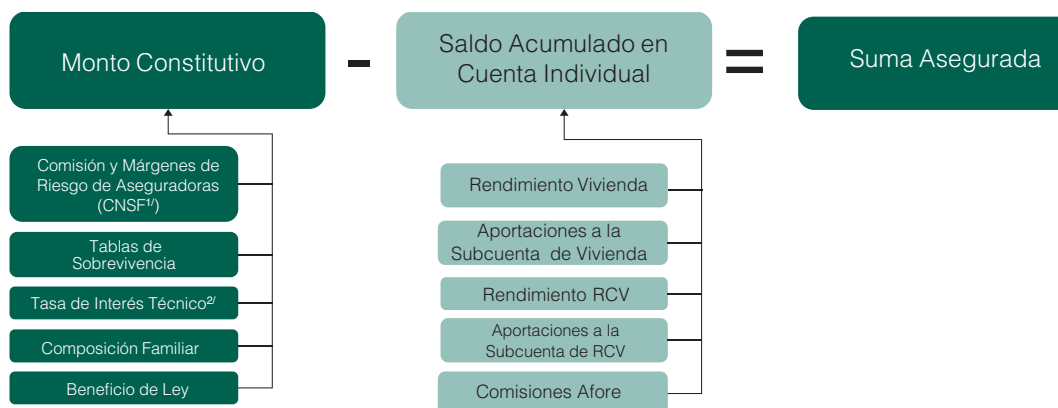
Igual derecho tendrán los beneficiarios que elijan acogerse a los beneficios de pensiones establecidos en la Ley del Seguro Social que estuvo vigente hasta el 30 de junio de 1997.

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.

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.

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 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 2011 fue de 35,239, lo cual generó un gasto de 16,268 millones de pesos corrientes. Estas cifras se distribuyeron de la siguiente

Cuadro D.1.
Evolución de las rentas vitalicias y de los montos constitutivos otorgados
en el Seguro de Riesgos de Trabajo^{1/}
(miles de pesos corrientes)

Año	Incapacidad permanente			Pensiones derivadas			Total		
	Casos	MC ^{2/}	MC promedio en pesos	Casos	MC ^{2/}	MC promedio en pesos	Casos	MC ^{2/}	MC promedio en pesos
1997	17	3,294	193,775	149	55,150	370,138	166	58,445	352,076
1998	1,255	268,539	213,975	1,436	566,458	394,469	2,691	834,997	310,292
1999	2,705	716,413	264,848	1,667	795,749	477,354	4,372	1,512,162	345,874
2000	3,071	883,494	287,689	1,783	889,191	498,705	4,854	1,772,685	365,201
2001	3,764	1,252,930	332,872	1,652	869,697	526,451	5,416	2,122,627	391,918
2002	1,283	443,344	345,553	1,031	594,801	576,917	2,314	1,038,146	448,637
2003	138	52,457	380,126	607	410,768	676,718	745	463,225	621,779
2004	383	148,195	386,932	576	373,036	647,631	959	521,231	543,515
2005	727	257,381	354,032	755	517,784	685,807	1,482	775,166	523,054
2006	686	259,209	377,856	778	614,749	790,166	1,464	873,958	596,966
2007	1,133	498,150	439,673	668	566,082	847,428	1,801	1,064,232	590,911
2008	1,363	659,471	483,838	741	631,742	852,554	2,104	1,291,214	613,695
2009	1,322	619,858	468,879	585	511,444	874,264	1,907	1,131,302	593,236
2010	1,564	654,311	418,357	763	721,217	945,239	2,327	1,375,528	591,116
2011	1,849	734,514	397,249	788	699,050	887,119	2,637	1,433,564	543,634
Total	21,260	7,451,562	350,497	13,979	8,816,919	630,726	35,239	16,268,480	461,661

^{1/} El número de rentas vitalicias otorgadas por año se obtuvo considerando la fecha de resolución.

^{2/} Monto constitutivo.

Fuente: DF, IMSS.

forma: i) por incapacidad permanente se otorgaron 21,260 rentas que significaron un gasto de 7,452 millones de pesos (45.8 por ciento del gasto total), y ii) las pensiones derivadas de la muerte de asegurados (viudez, orfandad y ascendencia) totalizaron 13,979 casos con un gasto de 8,817 millones de pesos (54.2 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 periodo que se comenta fue de 185,646, lo cual generó un gasto de 92,158 millones de pesos corrientes, de los cuales 34,149 millones de pesos (37.1 por ciento) correspondieron a pensiones de invalidez y 58,010

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 2011 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

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)

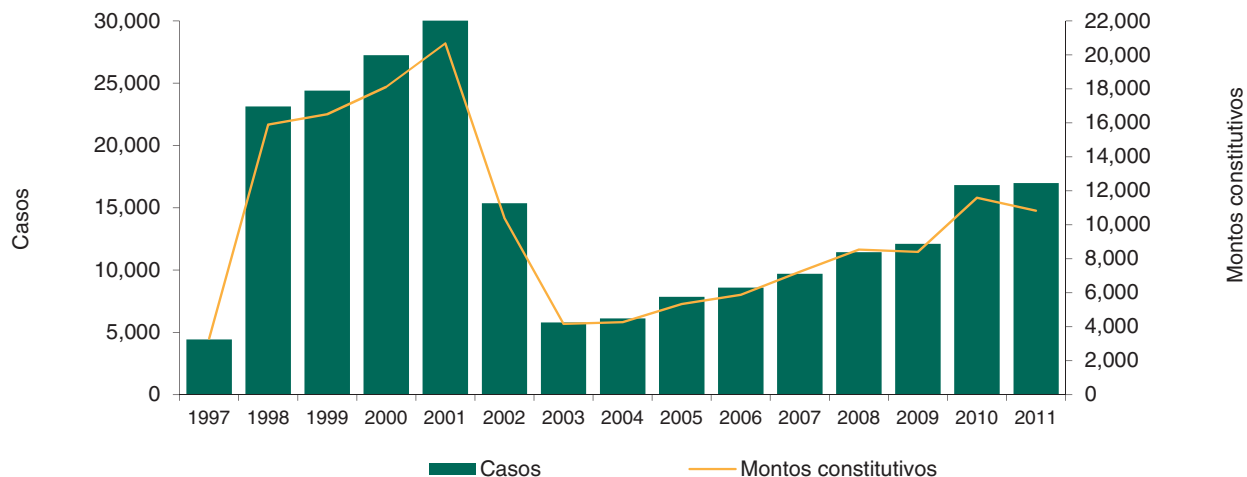
Año	Incapacidad permanente			Pensiones derivadas			Total		
	Casos	MC ^{2/}	MC promedio en pesos	Casos	MC ^{2/}	MC promedio en pesos	Casos	MC ^{2/}	MC promedio en pesos
1997	2,258	735,180	325,589	2,009	576,186	286,802	4,267	1,311,366	307,327
1998	10,499	3,770,266	359,107	9,958	3,024,049	303,680	20,457	6,794,315	332,127
1999	9,521	4,104,149	431,063	10,526	3,612,450	343,193	20,047	7,716,599	384,925
2000	10,629	4,925,663	463,417	11,776	4,397,123	373,397	22,405	9,322,785	416,103
2001	12,411	6,257,220	504,167	12,989	5,084,987	391,484	25,400	11,342,207	446,544
2002	4,219	2,270,668	538,201	8,829	3,825,110	433,244	13,048	6,095,779	467,181
2003	11	11,552	1,050,202	5,032	2,506,295	498,071	5,043	2,517,847	499,276
2004	25	25,794	1,031,774	5,141	2,648,338	515,141	5,166	2,674,132	517,641
2005	27	29,647	1,098,041	6,352	3,344,150	526,472	6,379	3,373,797	528,891
2006	52	50,844	977,762	7,081	3,813,203	538,512	7,133	3,864,047	541,714
2007	1,533	1,166,799	761,121	6,374	3,844,396	603,137	7,907	5,011,194	633,767
2008	2,811	2,046,419	728,004	6,524	4,192,361	642,606	9,335	6,238,780	668,321
2009	3,339	2,363,700	707,907	6,858	4,312,778	628,868	10,197	6,676,478	654,749
2010	4,628	3,333,313	720,249	9,881	6,496,639	657,488	14,509	9,829,953	677,507
2011	4,361	3,057,342	701,064	9,992	6,331,534	633,660	14,353	9,388,876	654,140
Total	66,324	34,148,556	514,875	119,322	58,009,600	486,160	185,646	92,158,156	496,419

^{1/} El número de rentas vitalicias otorgadas por año se obtuvo considerando la fecha de resolución.

^{2/} Monto constitutivo.

Fuente: DF, IMSS.

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 2011)



^{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.

que inciden en la situación financiera de los seguros en el corto y el largo plazos: i) la población asegurada con derecho a las prestaciones económicas en cada seguro; ii) los beneficios valuados; iii) las hipótesis demográficas, financieras y bases biométricas, y iv) los criterios utilizados para la valuación.

D.3.1. Población asegurada

El número de asegurados que al 31 de diciembre de 2011 se encontraba vigente en el IMSS y expuesto a las contingencias cubiertas por el SRT y el SIV fue de 14'918,586 en el SRT y de 15'039,772 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.

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 46.7 por ciento de los totales, en tanto que los asegurados sin derecho a elección de régimen representan el restante 53.3 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) 35.8 por ciento de la población considerada son mujeres que registran una edad promedio de 35 años y un salario promedio diario de 230.35 pesos, equivalente a 3.8 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF), y ii) el restante 64.2 por ciento son hombres cuya edad es de 36 años en promedio y su salario promedio de cotización es de 269.55 pesos diarios, equivalente a 4.5 veces el SMGVDF.

En la gráfica D.5 se muestra la distribución de los asegurados por grupo de edad y sexo.

Cuadro D.3.

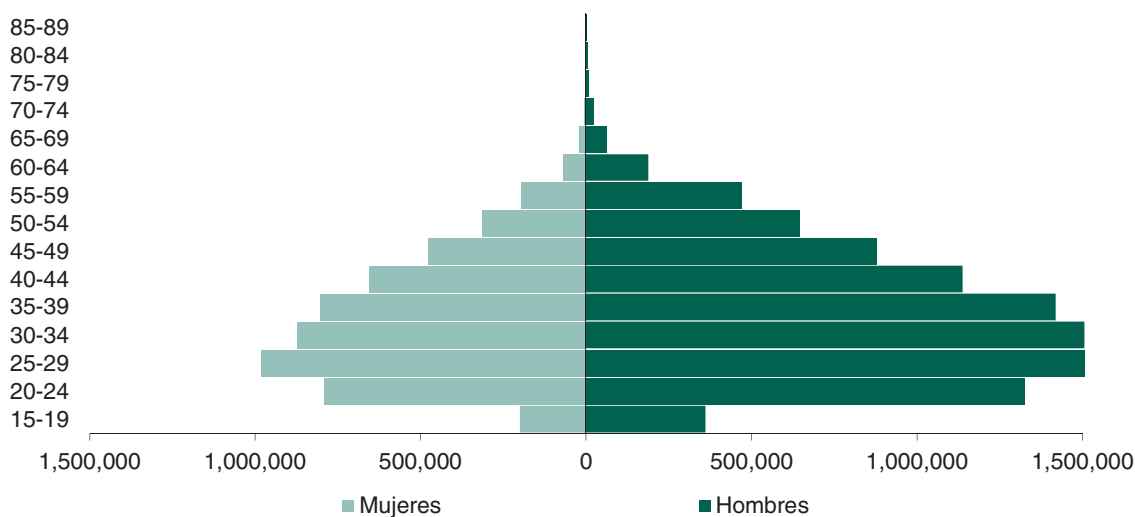
Principales indicadores de los trabajadores asegurados en el IMSS vigentes, al 31 de diciembre de 2011, considerados en las valuaciones actuariales de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida

Población asegurada vigente al 31 de diciembre de 2011	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	6,685,328	44.0	21.5	6,741,208	44.0	21.5
Trabajadores IMSS	282,729	45.0	23.7	282,729	45.0	23.7
Total	6,968,057	44.0	21.6	7,023,937	44.0	21.6
Generación bajo la Ley de 1997						
Trabajadores no IMSS	7,813,215	28.3	5.6	7,878,521	28.3	5.6
Trabajadores IMSS	137,314	30.0	7.3	137,314	30.0	7.3
Total	7,950,529	28.4	5.7	8,015,835	28.4	5.7
Generación en transición y bajo la Ley de 1997						
Trabajadores no IMSS	14,498,543	35.5	12.9	14,619,729	35.5	12.9
Trabajadores IMSS	420,043	40.1	18.3	420,043	40.1	18.3
Total	14,918,586	35.7	13.1	15,039,772	35.7	13.1

^{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 2011



Fuente: DF, IMSS.

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 trabajador, 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.

D.3.3. Bases biométricas e hipótesis demográficas y financieras

En las valuaciones actuariales del SRT y del SIV al 31 de diciembre de 2011 se emplearon las bases biométricas que se indican a continuación.

- Bases biométricas dinámicas de salida de la actividad como asegurados para el periodo de 2012-2015: 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 se actualizaron en mayo de 2009 con información del periodo 1998-2008 de cada una de las incidencias antes mencionadas¹⁹⁴. La aplicación de estas probabilidades en las valuaciones

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 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.
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, farmacéutica, hospitalaria; aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación.	
Fuente: DF, IMSS.	

¹⁹⁴ La actualización fue realizada por un despacho actuarial contratado por el Instituto mediante un proceso de licitación pública nacional.

actuariales al 31 de diciembre de 2011 se debe a que la estimación de nuevas pensiones es más cercana al número de pensionados a quienes se les han otorgado en los últimos tres años. 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 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, así como probabilidades de permanencia de inválidos e incapacitados aprobadas por la CNSF en abril de 2012. Estas probabilidades son:
 - i) Experiencia demográfica de mortalidad para inválidos 2012, conjunta para hombres y mujeres (EMSSI-IMSS 12).
 - ii) Experiencia demográfica de mortalidad para incapacitados 2012, conjunta para hombres y mujeres (EMSSINC-IMSS 12).
 - iii) 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 año¹⁹⁵. 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 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. 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.

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

¹⁹⁵ 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.

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	0.52	0.20
Incremento promedio de asegurados para un periodo de 100 años	0.26	0.10
Financieras para un periodo de 50 y 100 años		
Tasa de crecimiento real anual para los salarios generales ^{1/}	1.00	1.00
Tasa de crecimiento real anual para el SMGVDF		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		1.47

^{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 enero-diciembre de 2011 fue de 3.3 por ciento, misma que ha registrado una tendencia descendente en los primeros cinco meses de 2012, promediando 3 por ciento. Lo anterior indica que la hipótesis de 3.5 por ciento que se ha utilizado en las valuaciones actuariales deberá revisarse.

Fuente: DF, IMSS.

1998-2010 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 general¹⁹⁶.

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 temporales¹⁹⁷. 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,

¹⁹⁶ 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 2011, 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 2011 se van a incorporar para su pago durante 2012.

¹⁹⁷ La estimación del gasto futuro de las pensiones provisionales y temporales, así como el gasto de las pensiones vigentes al 31 de diciembre de 2011, serán con cargo al SRT y al SIV, respectivamente.

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 1998-2010. 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.

Cuadro D.6.
Árbol de decisión del Seguro de Riesgos de Trabajo
(casos y porcentajes)

Pensiones iniciales de invalidez y fallecimientos de asegurados	Distribuciones porcentuales de nuevas pensiones							
	Generación en transición con derecho a elección de régimen				Generación actual bajo la LSS 97 y generación futura			
	Periodo 2009-2010	Periodo 2003-2010	Criterios adoptados para el corto plazo ^{1/}	Criterios adoptados para el largo plazo ^{2/}	Periodo 2009-2010	Periodo 2003-2010	Criterios adoptados para el corto plazo ^{1/}	Criterios adoptados para el largo plazo ^{2/}
Pensiones por invalidez								
Total de pensiones iniciales	14,603	22,213	100%	100%	4,368	5,615	100%	100%
Ley de 1973 (definitivas)	3,635	6,757	25%	30%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	10,968	15,456	75%	70%	4,368	5,615	100%	100%
Pensiones definitivas	321	296	3%	2%	854	1,071	20%	19%
Pensiones temporales	10,647	15,160	97%	98%	3,514	4,544	80%	81%
Ley de 1973	2,875	7,774	27%	51%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	7,772	7,386	73%	49%	3,514	4,544	100%	100%
Muerte de Asegurados	1,332	2,497	100%	100%	883	1,338	100%	100%
Ley de 1973	925	1,546	69%	62%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	407	951	31%	38%	883	1,338	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.

Cuadro D.7.
Árbol de decisión del Seguro de Invalidez y Vida
(casos y porcentajes)

Pensiones iniciales de invalidez y fallecimientos de asegurados	Distribuciones porcentuales de nuevas pensiones							
	Generación en transición con derecho a elección de régimen				Generación actual bajo la LSS 97 y generación futura			
	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	27,754	100,914	100%	100%	3,670	7,621	100%	100%
Ley de 1973 (definitivas)	11,006	28,466	40%	28%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	16,748	72,448	60%	72%	3,670	7,621	100%	100%
Pensiones definitivas	2,961	4,473	18%	6%	1,485	2,303	40%	30%
Pensiones temporales	13,787	67,975	82%	94%	2,185	5,318	60%	70%
Ley de 1973	8,135	49,381	59%	73%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	5,652	18,594	41%	27%	2,185	5,318	100%	100%
Muerte de Asegurados	34,253	134,344	100%	100%	5,110	17,485	100%	100%
Ley de 1973	24,544	96,995	72%	72%	0	0	0%	0%
Ley de 1997	9,709	37,349	28%	28%	5,110	17,485	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.

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 Ley¹⁹⁸. 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

¹⁹⁸ 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”.

establece el Artículo 61 de la LSS, aunque esto no siempre se traduzca en una pensión definitiva, sino en una IG como se mencionó anteriormente¹⁹⁹.

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 hipotecario²⁰⁰; 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.

¹⁹⁹ 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.

²⁰⁰ 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 (CON SAR).

Supuestos de la Valuación Actuarial de la Cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad



Anexo

E

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) población de pensionados vigentes a diciembre de 2011 que provienen 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) nuevos pensionados que se estima se generarán en el futuro, provenientes 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 (probabilidades de muerte) de no inválidos aprobadas en agosto de 2009 por el Comité del Artículo 81 de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (SAR), así como las bases biométricas de inválidos e incapacitados aprobadas en abril de 2012 por el mismo Comité, las cuales son aplicadas por las compañías aseguradoras de fondos de pensiones para calcular el capital mínimo de garantía (CMG) y el monto constitutivo para el pago de pensiones bajo la modalidad de rentas vitalicias.

Población valuada

La población a partir de la cual se elaboró la valuación actuarial de la cobertura de GMP, proveniente de trabajadores no IMSS y trabajadores IMSS, ascendió a diciembre de 2011 a 3'172,006 pensionados, de los cuales 43.7 por ciento son mujeres con una edad promedio de 65.1 años, y 56.3 por ciento son hombres con una edad promedio de 65.6 años. En la gráfica E.1 se observa la distribución de esta población por grupo de edad y sexo.

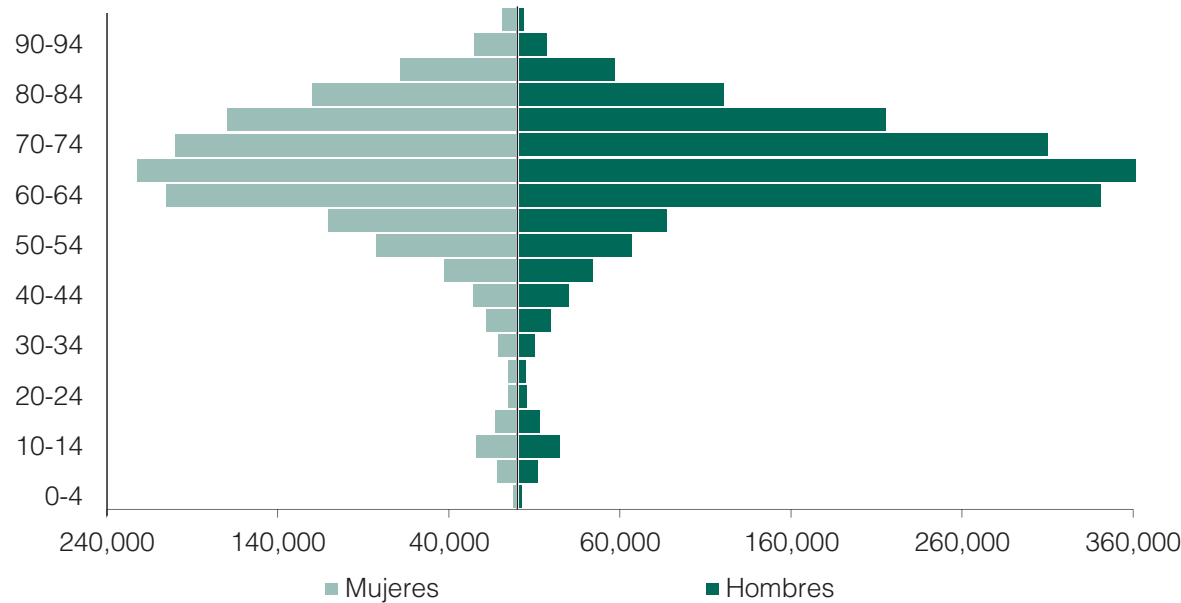
De la gráfica anterior se infiere que la población valuada registrará en pocos años un importante crecimiento absoluto y relativo a causa del cambio en los patrones demográficos y epidemiológicos del país, como se señaló en el Capítulo II de este Informe. Actualmente, los pensionados de 60 años y más de edad representan 78.3 por ciento de los pensionados totales valuados. En el caso de los pensionados no IMSS esta proporción es de 80.4 por ciento, y en el de los pensionados IMSS es de 50.1 por ciento.

La presión que ejercerán en el futuro los pensionados de la tercera edad sobre los gastos del Instituto será significativa, tanto por el aumento en su esperanza de vida como por el hecho de que se trata de personas que en razón de su edad llegan a presentar con frecuencia enfermedades crónico-degenerativas que implican un alto costo para su tratamiento, y además hacen 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, en la valuación al 31 de diciembre de 2011 se utilizaron los costos unitarios médicos por pensionado (CU) de 2011, obtenidos con dos metodologías distintas: i) los CU por edad y sexo aplicados por un grupo de aseguradoras privadas para sus coberturas de

Gráfica E.1.
Distribución de los pensionados por el IMSS, por grupo de edad y sexo,
al 31 de diciembre de 2011



Fuente: Dirección de Finanzas (DF), IMSS.

atención médica integral²⁰¹; ii) los CU calculados por el IMSS con su propia información de la operación de las unidades médicas de primer, segundo y tercer niveles. Asimismo, se asumió la hipótesis de que los CU crecen a una tasa promedio anual de 2.5 por ciento en términos reales durante los 100 años de proyección que abarca la valuación.

Los CU generados con información de las aseguradoras privadas, resultan de aplicar una tabla de costos por grupos quinquenales de edad obtenida en 2004, así como el costo promedio general por pensionado que se obtiene de la información del IMSS, dividiendo el gasto total de GMP registrado en la contabilidad institucional entre el número de pensionados vigentes al término del año de valuación, tanto de la Ley del Seguro Social de 1973 (LSS de 1973) como de la LSS de 1997 y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP). En el año 2011, el costo promedio general obtenido con la información del IMSS fue de 15,348 pesos anuales, cifra que resultó de dividir el gasto total de la cobertura de GMP que fue de 48,685 millones de pesos, entre 3'172,006 pensionados totales.

Por su parte, los CU generados con la información del IMSS se calculan utilizando los perfiles por edad y sexo de la población derechohabiente adscrita a la unidad, los cuales se generan a partir de la metodología de costeo ABC. En esencia, esta metodología permite asignar a cada actividad sustantiva el gasto registrado en la contabilidad general para obtener el costo de un producto o servicio. En el caso del modelo de prestaciones médicas, se costean los egresos hospitalarios agrupados en Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), para cada uno de los cuales la Dirección de Prestaciones Médicas (DPM) elabora una Cédula Médico-Económica que enumera teóricamente

los recursos empleados para cada egreso por centro de costo. Con base en esta información y los días de hospitalización reales se obtiene un costo para cada egreso hospitalario por GRD, unidad médica, edad, sexo y ramo de seguro.

En el caso del gasto médico para atención ambulatoria no se cuenta con información para hacer un costeo a ese nivel de detalle. Por ello, se distribuye el gasto en consultas de medicina familiar, consultas de urgencias y consultas de especialidades con base en el número de consultas por tipo, para cada edad y sexo. Además, debido a que el Instituto no cuenta con información de consultas por ramo de seguro, la distribución entre consultas a asegurados y a pensionados se realiza con base en la proporción de la población de asegurados y pensionados, con respecto a la Población Adscrita a la Unidad total.

Finalmente, se consolida el gasto hospitalario y ambulatorio por edad, género, y asegurados y pensionados. Con ese gasto y la PAU, se obtienen los perfiles de gasto médico por edad y género al indizar respecto al costo de un derechohabiente representativo. Estos índices reflejan las diferencias relativas en la utilización de recursos para atención médica entre edades, género, y asegurados y pensionados.

El cuadro E.1 muestra y compara los CU de las aseguradoras privadas y los CU del IMSS que se utilizaron para elaborar la valuación actuarial de la cobertura de GMP, diferenciados por grupo quinquenal de edad, y asimismo muestra el agrupamiento de los pensionados vigentes al 31 de diciembre de 2011. Por su parte, en la gráfica E.2 se muestran y comparan los CU por edad y sexo de las aseguradoras privadas y los CU del IMSS.

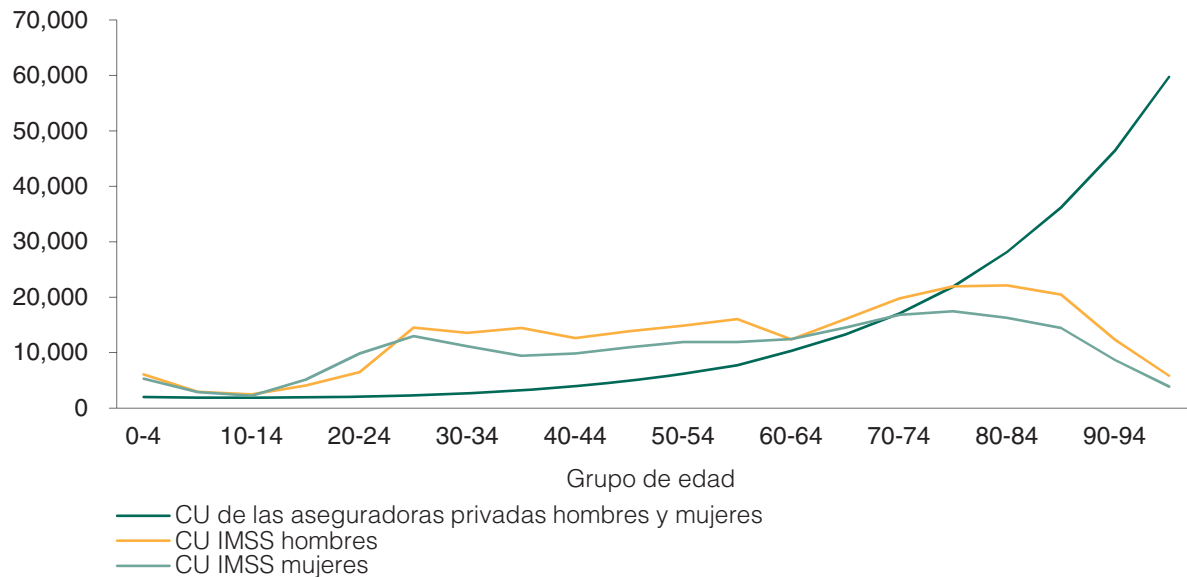
²⁰¹ Dado que la diferenciación de los costos médicos por edad le confiere a la valuación actuarial de la cobertura de GMP una mayor precisión en la estimación del gasto, a partir de 2004 se comenzaron a utilizar los costos unitarios por edad aplicados por las aseguradoras privadas para sus coberturas de atención médica integral. Estos costos fueron propuestos por el despacho actuarial externo que en ese año auditó la valuación financiera y actuarial del IMSS.

Cuadro E.1.
Costo médico general y por grupo de edad utilizado en la valuación actuarial
de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
(costos anual en pesos de 2011)

Grupo de edad	Pensionados vigentes		CU de las aseguradoras privadas	CU del IMSS	
	Hombres	Mujeres	Hombres y mujeres	Hombres	Mujeres
0 - 4	3,385	3,180	1,979	6,086	5,282
5 - 9	12,787	12,515	1,841	2,937	2,859
10 - 14	25,479	24,763	1,841	2,443	2,213
15 - 19	13,523	13,596	1,900	4,050	5,104
20 - 24	5,812	6,224	2,019	6,493	9,838
25 - 29	5,536	6,288	2,276	14,507	12,944
30 - 34	10,916	11,857	2,653	13,577	11,123
35 - 39	20,331	18,899	3,207	14,458	9,441
40 - 44	30,622	26,289	3,959	12,637	9,864
45 - 49	44,529	43,703	4,929	13,828	10,971
50 - 54	67,255	83,024	6,176	14,849	11,931
55 - 59	87,913	110,997	7,700	16,043	11,912
60 - 64	341,534	205,849	10,313	12,400	12,436
65 - 69	388,583	222,891	13,243	16,020	14,495
70 - 74	310,556	201,076	17,024	19,758	16,827
75 - 79	215,869	170,209	21,873	21,941	17,478
80 - 84	121,439	120,551	28,129	22,148	16,273
85 - 89	57,695	69,312	36,145	20,493	14,422
90 - 94	17,730	25,732	46,459	12,350	8,661
95 - 99	4,505	9,052	59,721	5,853	3,898
Total de pensionados	1,785,999	1,386,007			
Edad promedio	65.56	65.11			
Costo unitario promedio			15,348	16,572	13,744

Fuente: DF, IMSS; Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

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 2011)



Fuente: DF, IMSS; Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

Consideraciones Adicionales de las Reservas y del Fondo Laboral del Instituto



Anexo

F

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) de la Dirección de Finanzas (DF) 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 las 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

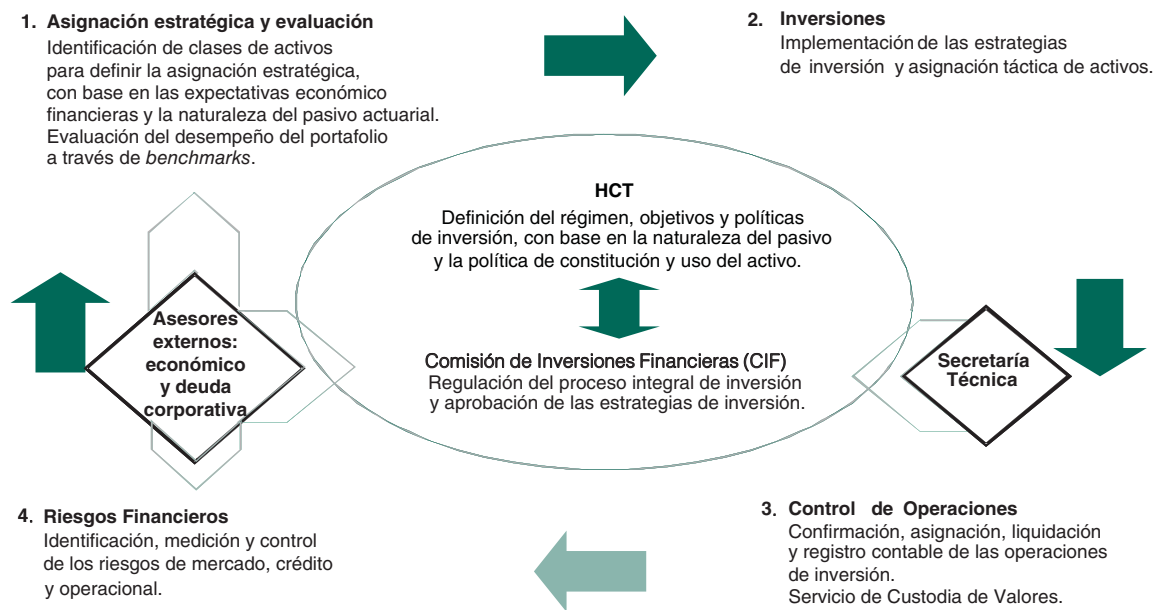
Federal, establece que la CIF regula el proceso integral de inversiones, pues tiene las facultades de proponer al HCT las políticas y directrices para esta inversión; analizar y dictaminar los montos a invertir y los intermediarios financieros a contratar; determinar las operaciones de inversión; evaluar 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.

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 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.

Gráfica F.1.
Proceso integral de inversión de las reservas y Fondo Laboral



Fuente: IMSS.

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 en caso de considerarlo conveniente, tomando en cuenta 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 el calce de 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 (*Deal Management*) 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 la generación de índices que reflejen los cambios en dicho valor e 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, tomando en cuenta el riesgo financiero de las inversiones.

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.4 se reporta sobre las auditorías realizadas en 2011.

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.

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 con 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, con 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.

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 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 financieras 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.
Mecanismos de gobierno	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.
	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 <i>Peoplesoft/Oracle</i> ; 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 a diario; 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.
Proceso de inversión	Acceso a estatutos de reparación a beneficiarios	La parte individualizada por beneficio del sistema es manejado por las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) y la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) contempla casos de reparación.
	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 y disponibles para su venta, 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 <i>benchmarks</i> , a valor contable; conservados a vencimiento contra las tasas de descuento de los estudios actuariales y disponibles para su venta se estima la tasa de rendimiento real por el registro diario de las variaciones de mercado del portafolio.

Fuente: ISSA (2004); DF, IMSS.

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 elevó la calificación crediticia mínima de deuda corporativa en escala local de BBB a A²⁰², considerando la distribución del mercado y el plazo de las emisiones; adicionalmente se estableció que la calificación debe ser emitida por al menos dos agencias calificadoras, en lugar de una sola.
- Se sustituyó 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 estableció un límite máximo de 20 años como plazo máximo a vencimiento de las inversiones en instrumentos de deuda no gubernamental.
- Se estableció 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.

F.2.2. Posición institucional en el sector corporativo

Inversiones en el sector hipotecario al momento de la crisis y posición al cierre de 2011

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 2011, la exposición al sector hipotecario se había

²⁰² 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 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.

reducido en 4,169.8 millones de pesos con respecto a octubre de 2007, lo que representa 35.9 por ciento en términos reales de la posición original.

Cuadro F.2.
Montos invertidos en deuda del sector hipotecario^{1/}
(millones de pesos)

Emisora	Oct-07	Oct-08	2009	2010	2011
Bancomer	-	434.0	353.4	288.4	262.2
Cinmobi	1,045.9	895.0	895.0	895.0	646.4
Crédito y Casa	537.0	137.5	109.4	64.2	47.3
Fincasa	250.0	100.0	-	-	-
Gmac Financiera	1,693.5	820.0	200.0	200.0	200.0
Gmac Hipotecaria	881.8	280.0	100.0	100.0	100.0
HICOAM	342.2	774.7	427.8	427.8	247.7
HSBC	-	45.4	38.3	32.3	27.1
Infonavit	201.1	669.9	600.1	528.4	525.3
Metrofinanciera	1,607.8	960.0	460.0	996.7	976.2
Patrimonio	200.0	100.0	100.0	-	-
Scotiabank	-	92.2	77.5	65.4	55.3
Su Casita	1,008.8	850.9	850.7	776.1	510.7
Total	7,768.0	6,159.4	4,212.1	4,374.2	3,598.2

^{1/} Para los años de 2009 a 2011 se reporta el cierre.

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, los cuales forman el patrimonio del fideicomiso, el cual a su vez 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 2011 se detalla en el cuadro F.3.

Inversiones en otros sectores corporativos al momento de la crisis y posición al cierre de 2011

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 2011, como se muestra en el cuadro F.4.

Desde 2008 la posición en emisiones corporativas distintas al sector hipotecario se ha reducido en 4,192.9 millones de pesos, lo que representa un decremento de casi 31.6 por ciento en términos nominales. Dicha reducción responde a la no realización de nuevas inversiones y al vencimiento natural de los títulos. La caída sería incluso mayor, superior a 36 por ciento, si no se contabilizaran los intercambios autorizados por la Comisión en sus diferentes sesiones entre la Subcuenta 1 del Fondo Laboral y las RFA y la Subcuenta 2 para generar liquidez en la Subcuenta 1 y hacer frente a las estimaciones de sus usos, porque dichos intercambios se realizaron a valor de mercado y en general se contabilizaron con valores mayores a sus montos invertidos. También se disminuiría la posición 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 durante 2012 es posible que se continúen realizando intercambios de instrumentos financieros por efectivo entre la Subcuenta 1 y las reservas y la Subcuenta 2, con el fin de generar liquidez en la Subcuenta 1 del Fondo

Cuadro F.3.
Montos invertidos por tipo de deuda del sector hipotecario
(millones de pesos)

Tipo de deuda/Emisor	2008	Participación sobre portafolio total (%)	2010	Participación sobre portafolio total (%)	2011	Participación sobre portafolio total (%)
Deuda directa						
Hipotecaria Comercial América	627.9	0.5	427.8	0.3	247.7	0.2
Crédito Inmobiliario	745.0	0.6	745.0	0.5	532.4	0.4
Patrimonio	100.0	0.1				
Hipotecaria Su Casita	300.0	0.2	300.0	0.2	300.0	0.2
Gmac Financiera	820.0	0.6	200.0	0.1	200.0	0.2
Gmac Hipotecaria	280.0	0.2	100.0	0.1	100.0	0.1
Fincasa	100.0	0.1				
Metrofinanciera	500.0	0.4	293.2	0.2	104.4	0.1
Subtotal	3,472.8	2.6	2,065.9	1.5	1,484.5	1.1
Bursatilizaciones de derechos de crédito a desarrolladores						
Crédito Inmobiliario	150.0	0.1	150.0	0.1	114.1	
Hipotecaria Su Casita	250.0	0.2	250.0	0.2	76.2	0.1
Crédito y Casa	102.2	0.1	28.9	0.0	12.0	0.0
Metrofinanciera	460.0	0.3	428.5	0.3	402.3	
Subtotal	962.2	0.7	857.4	0.6	604.6	0.1
Bursatilizaciones de hipotecas individuales						
Bancomer	426.8	0.3	288.4	0.2	262.2	0.2
HSBC	44.6	0.0	32.3	0.0	27.1	0.0
Infonavit	669.9	0.5	528.4	0.4	525.3	0.4
Scotiabank	90.0	0.1	65.4	0.0	55.3	0.0
Hipotecaria Su Casita	300.8	0.2	226.1	0.2	134.5	0.1
Crédito y Casa	35.4	0.0	35.3	0.0	35.3	0.0
Subtotal	1,567.4	1.2	1,175.9	0.9	1,039.6	0.8
Mercado accionario						
Metrofinanciera			275.1	0.2	469.5	0.4
Total	6,002.4	4.5	4,374.2	3.2	3,598.2	2.8
Portafolio total	133,197.6		136,274.7		129,234.9	

Fuente: DF, IMSS.

Cuadro F.4.
Montos invertidos en deuda del sector corporativo no hipotecario
(millones de pesos)

Emisor	2008	Participación sobre portafolio total (%)	2010	Participación sobre portafolio total (%)	2011	Participación sobre portafolio total (%)
AMX	1,290.9	1.0	1,242.5	0.9	1,324.4	1.0
ARMEC	242.5	0.2				
Cemex	2,758.0	2.1	2,149.9	1.6	150.0	0.1
CFE	164.6	0.1	615.6	0.5	565.3	0.4
CIE	79.2	0.1				
Comerci	215.1	0.2	33.7	0.0	20.5	0.0
Estado de Michoacán	98.9	0.1	96.8	0.1	100.6	0.1
FEMSA	907.7	0.7	907.7	0.7	1,030.0	0.8
Ferromex	374.6	0.3	374.6	0.3	390.5	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	300.0	0.2
KOF	90.1	0.1	90.1	0.1	90.0	0.1
Liverpool	469.5	0.4	469.5	0.3	466.1	0.4
Navistar	483.3	0.4				
NRF	549.3	0.4				
Pemex			1,871.0	1.4	2,174.6	1.7
Sigma	471.3	0.4	471.3	0.3	519.3	0.4
Televisa	331.5	0.2	331.5	0.2	325.9	0.3
Telfim	1,378.4	1.0	23.9	0.0	23.9	0.0
Telmex	718.8	0.5	718.8	0.5	715.7	0.6
Tiendas Comercial Mexicana			189.5	0.1	189.5	0.1
Toyota	325.0	0.2	325.0	0.2	334.3	0.3
VW	239.3	0.2				
VW Lease	450.0	0.3	450.0	0.3	49.9	0.0
Xignux	252.8	0.2	252.8	0.2	269.8	0.2
Total	13,233.2	9.9	11,165.8	8.2	9,040.3	7.0
Portafolio total	133,197.6		136,274.7		129,234.9	

Fuente: DF, IMSS.

Laboral para hacer frente a las estimaciones de sus usos, lo anterior, bajo la previa autorización de la CIF y siguiendo los lineamientos y consideraciones que esta y el HCT han establecido para tales fines.

F.2.3. Acciones realizadas para la recuperación de inversiones en incumplimiento

Hipotecaria Su Casita

En abril de 2007, el Instituto invirtió 300 millones de pesos en la emisión de certificados bursátiles quirografarios CASITA 07 emitidos por Hipotecaria Su Casita, S. A. de C. V., SOFOM, E.N.R. (HSC), con vencimiento en 2012, a una tasa de interés revisable de Tasa de Interés Interbancaria de Equilibrio (TIIE) 28 más 160 puntos base, que mantenía calificaciones locales mxA- y A-(mex)²⁰³ emitidas por Standard & Poor's y Fitch Ratings, respectivamente, estando dentro de la normatividad vigente a esa fecha y habiendo sido aprobada por la CIF (cuadro F.5).

En octubre de 2010, HSC reveló que no podía hacer frente a ciertos vencimientos de su deuda, debido a que la morosidad en sus carteras se había incrementado en forma significativa. No obstante, en el caso de la emisión CASITA 07, hasta marzo de 2011 liquidó sus intereses en tiempo y forma.

El 18 de julio de 2011 el IMSS esperaba el pago de la primera amortización de capital programada por 25 por ciento del total del monto invertido, sin embargo, HSC incumplió con el pago de la amortización programada, así como con el del cupón correspondiente.

Mientras se iniciaron las acciones preparatorias para interponer una demanda de Juicio Ejecutivo Mercantil en contra de HSC, por los incumplimientos mencionados, se sostuvieron reuniones entre el Instituto y la hipotecaria en los meses de agosto a octubre de 2011, con la finalidad de encontrar alternativas para resolver la situación de la inversión institucional en la emisión CASITA 07.

Posteriormente, durante la sesión ordinaria de la CIF celebrada el 9 de noviembre de 2011, la empresa expuso el documento “Presentación al IMSS para resolver situación de inversión Su Casita”.

La propuesta diseñada por HSC esencialmente consistió en el intercambio de la inversión de 300 millones de pesos en los títulos de la emisión CASITA 07, por la inversión en un nuevo título de crédito con una tasa efectiva anual de 5 por ciento, con un plazo de seis y medio años, con vencimiento en diciembre de 2017, considerando un monto nominal de 311 millones de pesos, que integraría el monto de la inversión original más el valor de los intereses incumplidos a esa fecha;

Cuadro F.5.
Inversiones en Casita 07
(millones de pesos)

Fecha de operación	Fecha de vencimiento	Portafolio	Emisión	Serie	Tipo valor	Monto invertido	No. títulos	Plazo pactado
02/04/2007	26/03/2012	SRT	CASITA	07	91	100	1,000,000	1,820
02/04/2007	26/03/2012	SRT	CASITA	07	91	50	50,000	1,820
02/04/2007	26/03/2012	SIV	CASITA	07	91	150	1,500,000	1,820

Fuente: DF, IMSS.

²⁰³ Calificaciones crediticias de largo plazo que indican que la deuda del emisor tiene una fuerte capacidad de pago, tanto de intereses como de principal, aunque es más susceptible a efectos adversos por cambios circunstanciales o de las condiciones de la economía que la deuda con niveles superiores de calificación.

las amortizaciones consistirían en pagos trimestrales de 2.5 millones de pesos durante el primer año, y de 2 por ciento anual del segundo al sexto años, con un *bullet* al término²⁰⁴ de 87.5 por ciento. En esa ocasión los funcionarios de la hipotecaria aclararon que el nuevo título no tendría garantía, dado que la mayor parte de los activos de la empresa estaban ya dados en garantía a otros acreedores.

Ante la propuesta presentada por HSC al Instituto, los miembros de la CIF plantearon alternativas adicionales con el propósito de mejorar sustancialmente las condiciones del ofrecimiento, mismas que quedaron plasmadas en acuerdo. La CIF tomó nota de la información contenida en el documento presentado en sesión, en el que se establece: que el Instituto analizaría los términos de la oferta planteada por HSC; que se buscaría la opinión de expertos externos y que los miembros de la CIF solicitaron a los funcionarios de HSC que se considerara algún tipo de garantía en la oferta de intercambio de deuda; que se pudiera obtener un porcentaje de recuperación mayor a corto plazo para el Instituto, y la posibilidad de que se incluyera alguna opción que permitiera, de acuerdo con el desempeño de la empresa, facilitar la amortización con mayor rapidez.

Posteriormente, el IMSS contrató al despacho KPMG para que asistiera al Instituto en el análisis de las opciones de reestructura/pago desarrolladas por HSC. El despacho KPMG, habiendo realizado un análisis exhaustivo de la propuesta planteada por HSC, elaboró un informe, el cual entregó en diciembre de 2011 y en el que hizo varias recomendaciones al Instituto, destacando la siguiente:

“Entendemos que, dado que HSC ha manifestado su voluntad de negociar la forma de pago del adeudo, el IMSS no ha iniciado acciones legales en contra de HSC mientras los planteamientos de pago son realizados y evaluados. No obstante esto,

recomendamos que evalúen con sus asesores legales los 'pros y contras' de iniciar cuanto antes una acción legal de cobro, considerando que HSC cuenta todavía con activos que pueden ayudar a la recuperación de su inversión”.

KPMG resaltó en su informe que HSC cuenta con activos como son: cartera de crédito de vivienda y comercial, inmuebles propiedad de HSC y bienes adjudicados, con los que puede cubrir la deuda o entregarlos como garantía en una nueva emisión.

Con base en el resultado anterior y después de reunir la documentación y los antecedentes necesarios, el Instituto presentó demanda en vía ejecutiva mercantil en contra de HSC, siendo ésta admitida el 26 de marzo de 2012, ordenándose que se le requiera de pago a HSC y de no hacerlo se le embarguen bienes suficientes de su propiedad para garantizar lo adeudado.

Crédito Inmobiliario

El IMSS invirtió en agosto de 2009 el monto de 745 millones de pesos en la emisión CINMOBI 09 de la hipotecaria Crédito Inmobiliario S. A. de C. V. (Cinmobi o Sofom). Esta inversión se mantuvo en el portafolio institucional por diversas renovaciones de corto plazo con Cinmobi, durante la crisis de liquidez que enfrentó en 2008-2009 como resultado de la situación financiera global, previa autorización de la CIF, a solicitud de la propia Sofom.

La emisión amortizó anticipadamente 212.6 millones de pesos. El remanente del capital, 532.4 millones de pesos, venció el 8 de mayo de 2012, incumpliendo Cinmobi con su pago. Dicha emisión contaba con una garantía de 65 por ciento de la Sociedad Hipotecaria Federal (SHF), la cual se pagó el 11 de mayo, por un monto de 347.7 millones de pesos, que incluyó la parte proporcional del último cupón no pagado.

²⁰⁴ Instrumento financiero cuyo rendimiento se paga al vencimiento, de acuerdo con lo estipulado en el título.

A fin de cubrir el total adeudado a las nueve emisiones bursátiles de Cinmobi, que ascendía a 2,211 millones de pesos, del cual la emisión CINMOBI 09, en poder del IMSS, representaba 24 por ciento; el 25 de abril de 2012 Cinmobi presentó a la CIF una propuesta de pago. Dicha propuesta se presentó el 4 de mayo de 2012 a los tenedores de todas las emisiones en las asambleas respectivas. La propuesta debía ser aceptada por todas las asambleas de los acreedores bursátiles, ya que de lo contrario la Sofom solicitaría el concurso mercantil al no poder pagar sus obligaciones por los vencimientos programados para los días del 8 al 11 de mayo de 2012. Las asambleas estaban abiertas hasta el lunes 21 de mayo.

La propuesta de Cinmobi a los tenedores de las nueve emisiones de certificados bursátiles quirografarios, incluyendo CINMOBI 09, formalizada en la asamblea del 4 de mayo, consistía en lo siguiente:

- i) Un pago en efectivo por aproximadamente 200 millones de pesos que se repartiría proporcionalmente entre cada emisión.
- ii) Ejercicio del aval de 65 por ciento por concepto de la Garantía de Pago Oportuno (GPO) parcial contratada con la SHF. Esta garantía se aplicaría al saldo de la deuda insoluta menos lo mencionado en el punto 1; el pago de la SHF sumaba aproximadamente 1,307 millones de pesos.
- iii) El pago del restante 35 por ciento de cada emisión se realizaría de la siguiente forma:
 - Cesión de activos hipotecarios por 583 millones de pesos a un fideicomiso, en el que los tenedores serían fideicomisarios en primer lugar. Conforme se fueran liquidando los activos, los recursos se repartirían proporcionalmente entre los tenedores.
 - Cesión de activos hipotecarios al fideicomiso de la GPO por 851 millones de pesos. Los tenedores serían fideicomisarios en segundo lugar, después de la SHF (si en un futuro

existiera un remanente de recursos posterior al pago de la GPO a la SHF, este se repartiría entre los tenedores de manera proporcional).

Los tenedores de todas las emisiones con excepción del IMSS habían aprobado la propuesta de pago condicionada a la aceptación del Instituto.

Sin embargo, el 11 de mayo de 2012 la SHF presentó de manera formal al IMSS una oferta de compra de los títulos que amparan la emisión vencida CINMOBI 09, por 78.16 millones de pesos, los cuales, sumados al pago realizado por la garantía de SHF, arrojarían al Instituto una recuperación de 80 por ciento del saldo del capital invertido en esa emisión, es decir, 426 millones de pesos. Dicha oferta era sólo para el IMSS y estaría vigente hasta el cierre del viernes 18 de mayo de 2012.

En dicho momento el IMSS enfrentó tres escenarios:

- i) Aceptar la oferta de Cinmobi de una dación en pago con carteras de créditos hipotecarios cuya calidad y tiempo de recuperación eran bastante inciertos.
- ii) Aceptar la oferta de la SHF y venderle los títulos vencidos CINMOBI 09 en 78.16 millones de pesos.
- iii) Liquidación de la empresa bajo concurso mercantil.

Los tres escenarios incluían el ejercicio de la garantía de la SHF por 65 por ciento, por lo que el adeudo de capital remanente era de 184.7 millones de pesos, sobre el cual cada una de las alternativas implicaba distintos escenarios de montos, tiempos y riesgos de recuperación de la inversión vigente.

Para contar con la evaluación de las tres alternativas, el IMSS contrató al despacho Pricewaterhouse Coopers, el cual concluyó que la estimación de recuperación de la propuesta de dación en pago de Cinmobi ascendía a 70 por ciento del adeudo, con riesgo medio-alto

y con un tiempo de hasta 10 años; que la oferta de compra de la SHF implicaba una recuperación de 80 por ciento, sin riesgo y de inmediato, y que el escenario de liquidación de la empresa bajo el procedimiento de concurso mercantil le implicaría al Instituto una recuperación entre 65 y 66 por ciento del adeudo, con riesgo alto y un tiempo de hasta cuatro años.

De aceptarse la oferta de compra de SHF de los títulos CINMOBI 09, y considerando los flujos de efectivo ya recibidos por la inversión por concepto de amortizaciones (por 212.6 millones de pesos), intereses (por 124.5 millones de pesos) y aval de 65 por ciento de la SHF (ya pagado, por 347.7 millones de pesos), la recuperación final en términos nominales de la inversión superaría 100 por ciento de la misma.

Cabe agregar que al obtener el Instituto 426 millones de pesos, de forma inmediata y sin ningún riesgo, en un plazo máximo de tres años, considerando un escenario conservador, la inversión de estos recursos permitiría recuperar 100 por ciento del valor real de la inversión.

Por todas estas razones, el 18 de mayo de 2012 el HCT autorizó al IMSS para que aceptara y formalizara el ofrecimiento de compra de los certificados bursátiles vencidos CINMOBI 09, por un monto de 78.16 millones de pesos, formulado por la SHF. La operación de compra-venta se realizó ese mismo día, en los términos autorizados.

GMAC Financiera

El IMSS cuenta con las emisiones GMACFIN 07 por 200 millones de pesos y GMACHIP 07 por 100 millones de pesos, emitidos por GMAC Financiera, S. A. de C. V., y Sociedad Financiera de Objeto Limitado (GMACFIN), inversiones realizadas el 18 de junio de 2007 y con vencimiento el 11 de junio de 2012.

El 11 de mayo de 2012, ante las asambleas de tenedores de los certificados GMACFIN 07 y GMACHIP 07, el fondo Adamantine Fund rindió un informe de la posible reestructura de ambas emisiones, en el cual propuso las siguientes modificaciones a los términos y condiciones de los títulos:

- Fecha de vencimiento: 10 años a partir de la fecha de cierre de la venta a Adamantine Fund de las acciones representativas del capital social de GMACFIN.
- Garantía: Quirografaria.
- Tipo de Interés: TIIE 28 + 0.75 por ciento.
- Quórum de asamblea de tenedores: Para modificar los títulos de los certificados bursátiles GMACFIN 07 y GMACHIP 07 se requerirá quórum de asistencia de 75 por ciento de los tenedores y quórum de votación de 50 por ciento más un voto, para cada una de las asambleas celebradas.
- Amortización anticipada: No existe, salvo de ocurrir un incumplimiento en pago oportuno de principal o intereses.
- Insolvencia: Los tenedores renuncian a su derecho de exigir o demandar la disolución y/o liquidación de GMACFIN por la pérdida de dos terceras partes de su capital social durante un periodo de cinco años contados a partir de la modificación de los títulos que representan los ceburs²⁰⁵.
- Opción de venta: Los tenedores tendrán el derecho de vender y GMACFIN la obligación de comprar los nuevos certificados bursátiles a un precio equivalente a 72 por ciento de su valor nominal (derecho de opción). Este derecho tendrá vigencia de un mes a partir de la fecha en que surta efectos la modificación de los títulos de GMACFIN.

Las modificaciones a los títulos de GMACFIN quedaron sujetas al cumplimiento de las siguientes tres condiciones:

²⁰⁵ Certificado bursátil es un instrumento de deuda de mediano y largo plazos, cuya emisión puede ser en pesos o en unidades de inversión.

- i) Que las asambleas de ambas emisiones resuelvan terminar las garantías de pago otorgadas el 30 de enero de 2007 en favor de los tenedores de los nuevos Certificados GMACFIN.
- ii) Que la Asamblea de Tenedores de los GMACFIN resuelva la renuncia de los tenedores a su derecho de exigir o demandar la disolución y/o liquidación de GMACFIN por la pérdida de dos terceras partes de su capital social durante un periodo de cinco años.
- iii) Que las modificaciones arriba descritas sean aprobadas por ambas asambleas de tenedores, de conformidad con los términos y condiciones establecidos.

La propuesta para modificar los términos y condiciones de ambos certificados bursátiles, así como para modificar los documentos de la emisión fue aprobada en ambas asambleas con los siguientes resultados:

- GMACFIN 07: Asistencia de 95.3 por ciento, con votación a favor de modificar los términos de 76.8 por ciento y abstención de 23.2 por ciento (entre las abstenciones está incluido el voto del Instituto).
- GMACHIP 07: Asistencia de 92.5 por ciento, con votación a favor de modificar los términos de 73 por ciento y abstención de 27 por ciento (entre las abstenciones está incluido el voto del Instituto).

F.2.4. Una perspectiva sobre los resultados de la inversión en el sector corporativo

Si bien hasta mayo de 2012 se habían presentado incumplimientos de los emisores Metrofinanciera, Controladora Comercial Mexicana, HSC y Cinmobi en lo global, en el periodo de 2008 a 2011, 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

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	437.9	8.5	285.3	5.0
ARMEC	239.6	7.9	118.3	6.9
Cemex	786.2	6.4	745.8	5.1
CFE	90.6	6.7	56.0	5.1
CIE	3.5	9.4	2.9	7.9
Comerci	17.8	6.2	13.0	6.7
Estado de Michoacán	36.2	7.6	25.3	5.0
FEMSA	277.6	6.8	181.3	5.0
Ferromex	126.0	6.7	77.0	4.9
Fonacot	143.8	7.6	121.7	5.1
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	85.2	5.6	133.6	5.1
KOF	27.1	5.7	31.7	5.1
Liverpool	113.2	5.6	95.5	4.9
Navistar	28.7	9.2	24.1	7.7
NRF	98.0	8.2	86.1	7.3
Pemex	366.8	8.1	161.1	4.4
Sigma	153.4	7.4	94.3	4.9
Televisa	128.4	8.8	107.6	5.1
Telfim	394.9	8.4	385.1	5.1
Telmex	243.2	7.8	202.0	5.0
Tiendas Comerciales Mexicanas	25.2	7.8	19.2	4.3
Toyota	103.2	8.5	83.8	5.0
VW	19.0	9.2	15.9	7.7
VW Lease	88.7	5.6	89.6	4.9
Xignux	82.0	8.8	70.0	5.0
Total	4,141.9	7.8	3,242.3	5.7

^{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.

productos financieros por 4,141.9 millones de pesos, lo que representa una tasa de interés de 7.8 por ciento en promedio. Si estos recursos se hubieran invertido en instrumentos gubernamentales (Cetes con vencimiento a 28 días), la tasa de rendimiento

hubiera sido de 5.7 por ciento, con lo que se hubieran generado 3,242.3 millones de pesos; es decir, 899.6 millones de pesos menos que los obtenidos a la fecha mediante inversiones en el sector corporativo.

Destaca que, incluso con su incumplimiento y posterior reestructuración, Comercial Mexicana ha pagado en total 43 millones de pesos al IMSS por las inversiones hechas en la deuda de este emisor²⁰⁶.

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 1,359.3 millones de pesos, lo que representa una tasa de interés de 8.6 por ciento en promedio. Si estos recursos se hubieran invertido en instrumentos gubernamentales (Cetes de 28 días), la tasa de rendimiento hubiera sido de 5.9 por ciento, con lo que se hubieran generado 1,085.5 millones de pesos; es decir, 273.8 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.3. Registro contable

F.3.1. Clasificación de los instrumentos financieros

El Instituto, en función de los objetivos de creación, las estimaciones de usos y la estrategia de inversión, realiza, cuando así lo considera conveniente, un análisis técnico que permita asegurar que la clasificación de los instrumentos financieros para efectos de valuación y para los estados financieros es la correcta.

Quando la decisión de clasificar como “conservados a vencimiento” los instrumentos de una reserva o fondo del Instituto no sea la adecuada con base en el análisis

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	127.6	8.8	92.6	6.3
Crédito Inmobiliario	128.4	7.5	87.3	5.6
Patrimonio	15.6	8.3	11.7	6.3
Hipotecaria Su Casita	229.2	7.2	208.1	5.1
Gmac Financiera	225.9	8.6	199.0	5.7
Gmac Hipotecaria	94.7	8.5	84.6	5.4
Fincasa	8.8	9.4	7.2	7.7
Metrofinanciera	165.9	9.6	133.4	6.9
Crédito y Casa	35.6	9.9	31.9	6.0
Bancomer	109.3	7.8	61.3	5.4
HSBC	23.8	7.4	32.7	4.9
Infonavit	172.5	9.2	120.6	5.7
Scotiabank	21.9	9.2	15.1	5.7
Total	1,359.3	8.6	1,085.5	5.9

^{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.

²⁰⁶ Es el total de Comerc (17.8 millones de pesos) y Tiendas Comercial Mexicana (25.2 millones de pesos).

técnico y/o por recomendación de los auditores del Instituto, la clasificación que les corresponda de acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados en las Normas de Información Financiera deberá ser autorizada por la CIF y/o el HCT.

En sesión ordinaria del HCT celebrada en julio de 2011, se acordó, entre otros puntos, autorizar que se modifique la clasificación del registro contable de los instrumentos financieros de la Subcuenta 1, con vencimiento posterior al año 2012, a “disponible para su venta”. El 3 de octubre de 2011 se modificó la clasificación contable de los títulos del RJPS1 que vencen posteriormente a 2012 (17,701.2 millones de pesos), quedando registrados como disponibles para su venta con un valor de mercado de 18,203 millones de pesos. Se mantuvieron a vencimiento títulos del RJPS1 por un valor contable de 17,257.2 millones de pesos.

En septiembre de 2011 el HCT aprobó, entre otros puntos, la transferencia de los recursos excedentes de los saldos de las RFA de los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT) por 24,828 millones de pesos, e Invalidez y Vida (SIV) por 36,394 millones de pesos, para la dotación de la RFA del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM). Las consideraciones para la transferencia de recursos fueron aprobadas por la CIF en sesión celebrada el 19 de octubre de 2011, y se llevó a cabo el 1º y 3 de noviembre de 2011. La clasificación contable del SEM es “disponible para su venta”, por lo que su valor fluctuará en el tiempo de acuerdo con las condiciones del mercado. Al cierre del 4 de noviembre la posición del SEM fue de 61,430.5 millones de pesos.

F.3.2. Registros de deterioro

Al final de cada trimestre de 2010 y 2011 se realizó un análisis para evaluar si existe evidencia objetiva de deterioro del valor de las inversiones financieras del IMSS, con base en los indicadores mencionados en el

“Boletín C-2 Instrumentos Financieros” de las Normas de Información Financiera.

En complemento del deterioro por 695 millones de pesos registrado contablemente en el ejercicio 2010, se agregó la determinación de los deterioros más significativos al cierre de 2011 de instrumentos financieros con clasificación “conservados a vencimiento”. El monto del deterioro por 313.4 millones de pesos en 2011 se calculó como el valor estimado de mercado menos el valor contable del instrumento (cuadro F.8).

Estos instrumentos financieros en la posición de inversión del IMSS en 2011 presentaron diversos elementos para considerar que son sujetos de aplicación de un registro de deterioro. Los principales son, primero, que su clasificación es de “conservados a vencimiento”; en segundo lugar, que con base en el “Análisis de las Emisiones Corporativas en los Portafolios del IMSS” del tercer trimestre de 2011 del Consultor Externo Vector, son de alto riesgo de incumplimiento debido a la situación financiera de los emisores; tercero, la calificación homologada es menor o igual a BBB y, en cuarto lugar, presentan una disminución importante en su valor estimado de mercado comparado con el valor contable de la emisión.

Dicha información se revisó con los Auditores Externos Prieto, Ruiz de Velasco y Cía., S. C., quienes estuvieron de acuerdo con el procedimiento de la determinación del deterioro. Es importante mencionar que estos registros son provisiones contables, los cuales no implican que al presente se hayan materializado pérdidas en estos instrumentos, por lo que el deterioro definido es temporal y no afecta el estado de resultados, ya que el “Boletín C-2 Instrumentos Financieros” de las Normas de Información Financiera establece que el ajuste por deterioro a resultados no debe revertirse en periodos contables posteriores.

Cuadro F.8.
Registros de deterioros de emisiones corporativas
(millones de pesos)

RFA	2010		2011	
	Inversión	Deterioro	Inversión	Deterioro
METROFI 10			234.7	-204.6
METROFI 10-2				
METROFI Acc.			52.2	-21.0
CASITA 07	300.0	-211.4	300.0	-2.6
HSCCB 06-02	40.7	-28.6	40.7	-12.1
CREYCB 07	28.9	-10.1		
CREYCB 06-2U	35.3	-7.0	35.3	-17.3
CICB 08	150.0	-50.2		
CEMEX 07-2U			130.0	-26.0
TCM 10			189.5	-23.8
HSCCB 08			30.5	-1.7
Subtotal	554.8	-307.3	1,012.9	-309.0
RJPS1	Inversión	Deterioro	Inversión	Deterioro
METROFI 10				
METROFI 10-2				
METROFI Acc.				
METROCB 07	378.8	-267.4		
METROCB 07-2	49.7	-36.2		
HSCCB 06	185.4	-61.4		
GMACFIN 07				
GMACHIP 07				
Subtotal	613.9	-365.0		
RJPS2	Inversión	Deterioro	Inversión	Deterioro
COMM270	33.7	-22.6		
CEMEX 07-2U			20.0	-4.0
HSCCB 08			7.3	-0.4
Subtotal	33.7	-22.6	27.3	-4.4
Total	1,202.4	-694.9	1,040.2	-313.4

Fuente: IMSS.

Derivado de que el registro de deterioro en el RJPS1 aplicado en 2010 se hizo hasta el valor de mercado estimado por el proveedor de precios del Instituto, se consideró que la valuación a mercado a partir de octubre de 2011 volvía redundante el registro de deterioro y, de ser así, resultaba conveniente cancelarlo. Esto se consultó con la División de Contabilidad y el Auditor Externo Financiero del IMSS, con quienes se acordó realizar el registro contable de cancelación del deterioro por 365 millones de pesos

al cierre del ejercicio 2011. La CIF tomó acuerdo al respecto.

F.4. Auditorías realizadas al proceso integral de inversiones financieras

En mayo de 2011 la ASF empezó la Auditoría 836 “Inversión de las Reservas Financieras y Actuariales y de Excedentes de Efectivo” a la UIF, de la que se derivaron

siete recomendaciones y diez promociones de posible responsabilidad administrativa sancionatoria.

Tanto las recomendaciones como las promociones de posible responsabilidad administrativa sancionatoria ante el OIC se refieren, en general, a la reestructura de Metrofinanciera, al registro contable de algunas inversiones, a la conveniencia de mantener inversiones con empresas degradadas en calificación crediticia, y a la posible inobservancia de diversos límites de inversión. Hasta mayo de 2012, el IMSS sigue atendiendo tanto las recomendaciones como las posibles promociones de responsabilidad administrativa sancionatoria, con el fin de solventar las mismas.

El OIC realizó a la UIF la 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:
 - 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.
 - 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".
 - 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 118/2010 "Seguimiento" se encuentra en proceso de atención.

Elementos Principales y Estadísticas Relevantes del Régimen de Jubilaciones y Pensiones



Anexo

G

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 del RJP.

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 mensual adicional de 25% del monto de la pensión por encima de lo que marca la Ley, pago anual 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, 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, 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: 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.		4% del salario base y del fondo de ahorro, porcentaje que se incrementará a partir de 2006 en un punto porcentual en cada revisión anual, hasta alcanzar una aportación de 10%.

^{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 despena, 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 Ley del Seguro Social (LSS), más 5 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 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:												
	<table> <tr> <th>Años de servicio</th><th>Pensión en % del último salario pensionable</th></tr> <tr> <td>10</td><td>50.0%</td></tr> <tr> <td>15</td><td>57.5%</td></tr> <tr> <td>20</td><td>67.5%</td></tr> <tr> <td>25</td><td>82.5%</td></tr> <tr> <td>28 hombres; 27 mujeres^{3/}</td><td>100.0%</td></tr> </table>	Años de servicio	Pensión en % del último salario pensionable	10	50.0%	15	57.5%	20	67.5%	25	82.5%	28 hombres; 27 mujeres ^{3/}	100.0%
Años de servicio	Pensión en % del último salario pensionable												
10	50.0%												
15	57.5%												
20	67.5%												
25	82.5%												
28 hombres; 27 mujeres ^{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:												
	<table> <tr> <th>Años de servicio</th><th>Pensión en % del último salario pensionable</th></tr> <tr> <td>3 a 10</td><td>60.0%</td></tr> <tr> <td>10.5</td><td>61.0%, con un incremento de 1% por cada 6 meses adicionales de servicio</td></tr> <tr> <td>28 hombres; 27 mujeres^{3/}</td><td>100.0%</td></tr> </table>	Años de servicio	Pensión en % del último salario pensionable	3 a 10	60.0%	10.5	61.0%, con un incremento de 1% por cada 6 meses adicionales de servicio	28 hombres; 27 mujeres ^{3/}	100.0%				
Años de servicio	Pensión en % del último salario pensionable												
3 a 10	60.0%												
10.5	61.0%, con un incremento de 1% por cada 6 meses adicionales de servicio												
28 hombres; 27 mujeres ^{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:												
	<table> <tr> <th>Años de servicio</th><th>Pensión en % del último salario pensionable</th></tr> <tr> <td>Hasta 10</td><td>80.0%</td></tr> <tr> <td>10.5</td><td>80.5%, con un incremento de 0.5% por cada 6 meses adicionales de servicio</td></tr> <tr> <td>28 hombres; 27 mujeres^{3/}</td><td>100.0%</td></tr> </table>	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%				
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 servicio 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(el) viuda(o) incapacitada(o) o dependiente del(la) fallecido(a) se le paga 90% de la pensión que tenía el(la) fallecido(a) 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(el) viuda(o) contrae nuevas nupcias se le da un finiquito equivalente a 3 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(la) fallecido(a) 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(la) fallecido(a) 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(la) fallecido(a) 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 125 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 100 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 y 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.

Cuadro G.3.
Percepciones anualizadas de trabajadores activos y jubilados del IMSS, 2011
(pesos)

Concepto	Médico familiar ^{1/}		Enfermera general ^{2/}		Aux. universal oficinas ^{3/}	
	Último año	Primer año	Último año	Primer año	Último año	Primer año
	Activo	Jubilado	Activo	Jubilado	Activo	Jubilado
Percepciones						
02 Sueldo	95,826	95,826	55,068	62,784	43,581	52,733
11 Incremento adicional	44,176	44,176	25,386	28,944	20,091	24,310
13 Sobresueldo cláusula 86	28,000	28,000				
20 Ayuda de renta	5,400	5,400	5,400	5,400	5,400	5,400
22 Ayuda de renta-antigüedad	105,106	105,106	56,211	64,087	35,019	42,373
29 Prima vacacional	10,639		5,965		3,781	
32 Estímulos por asistencia ^{4/}	33,252		18,339		11,079	
33 Estímulos por puntualidad ^{5/}	22,677		12,507		7,556	
40 Bonificación seguro médico	240					
49 Aguinaldo ^{6/}	47,775	140,266	26,349	86,242	15,918	57,891
50 Ayuda de despena	4,800	4,800	4,800	4,800	4,800	4,800
55 Fondo de ahorro ^{7/}	17,500	39,639	10,057	24,086	7,959	16,556
58 Sobresueldo docencia enfermería			24,941	28,436		
57 Atención integral continua	23,100	23,100				
62 Ayuda para libros médicos	28,000	28,000				
Salario integrado	466,492	514,313	245,022	304,779	155,183	204,063
Deducciones						
120 Seguro médico	480					
151 Impuesto sobre la renta ^{8/, 9/}	27,221	24,055	8,984	7,519	3,453	-
152 Fondo de jubilación ^{9/}	11,991	11,466	6,246	6,735	3,983	4,466
107 Previsión jubilatoria ^{9/}	27,978	26,753	14,575	15,714	9,294	10,421
180 Cuota sindical ^{9/}	2,800	2,800	1,609	1,835	1,273	1,541
112 Fondo de ayuda sindical por defunción ^{10/}	825		825		825	
Total de deducciones	71,295	65,073	32,240	31,803	18,829	16,428
Percepción neta anualizada	395,197	449,239	212,782	272,976	136,355	187,634

^{1/} A diciembre de 2011 existían 15,821 trabajadores IMSS en esta categoría, de los cuales 13,152 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 2011 existían 49,317 trabajadoras con esta categoría, de las cuales 28,543 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 2011 existían 20,019 trabajadores con esta categoría, de los cuales 10,960 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.

Como puede apreciarse, para un médico familiar los ingresos como jubilado son superiores en 13.7 por ciento a los que percibe como activo; para las enfermeras generales la diferencia es de 28.3 por ciento y para un auxiliar universal de oficinas, de 37.6 por ciento.

G.3. Financiamiento del Régimen de Jubilaciones y Pensiones

G.3.1. Financiamiento histórico, 1966-2011

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. A partir de 2009 se han utilizado para el financiamiento del RJP recursos de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC).

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 2003²⁰⁷. 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 1963-2011, observándose que los trabajadores han aportado a lo largo del periodo 45,346 millones de pesos al RJP, pero han recibido jubilaciones y pensiones por 523,785 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.

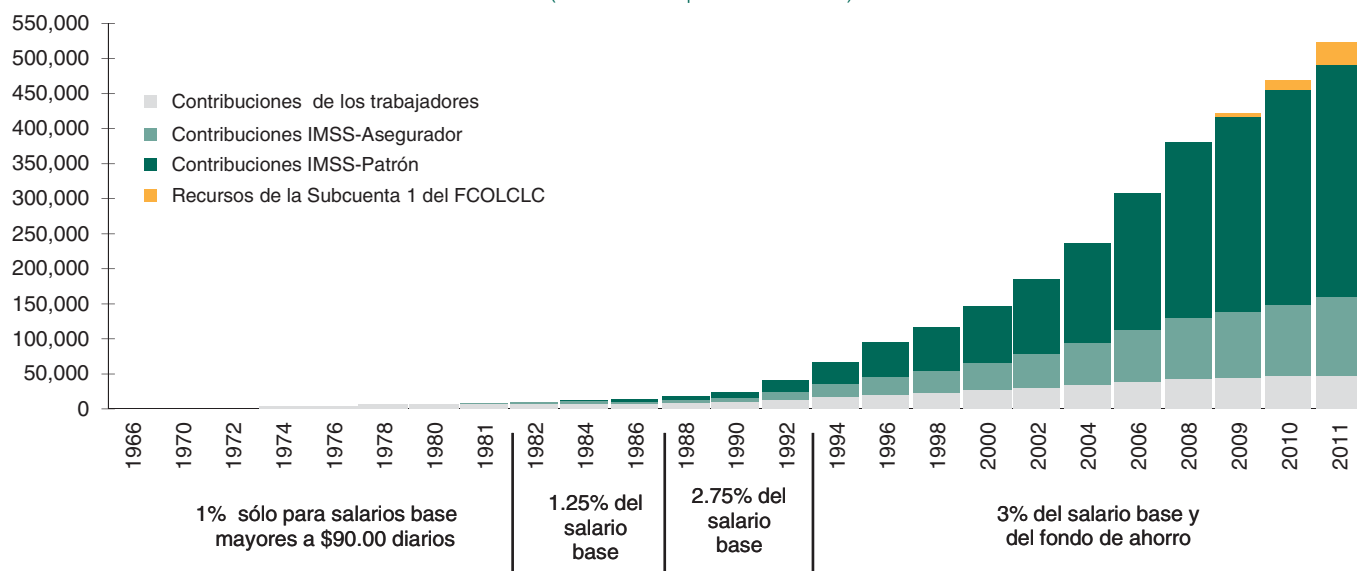
Históricamente, los trabajadores del IMSS han financiado 8.6 por ciento del gasto total del RJP, el IMSS-Asegurador 21.2 por ciento y el restante 70.2 por ciento proviene de la Subcuenta 1 del FCOLCLC (6.3 por ciento)²⁰⁸, y del IMSS-Patrón (63.9 por ciento) que ha destinado para ello 367,596 millones de pesos de 2011, provenientes principalmente de las aportaciones tripartitas al Seguro Social.

²⁰⁷ "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".

²⁰⁸ El monto de 33,086 millones de pesos de 2011 representa el acumulado de las siguientes disposiciones de recursos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC, actualizadas en pesos de 2011: 4,773 millones de pesos en 2009; 10,278 millones de pesos en 2010, y 18,035 millones de pesos en 2011.

Gráfica G.1.
Financiamiento del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones,
1966-2011

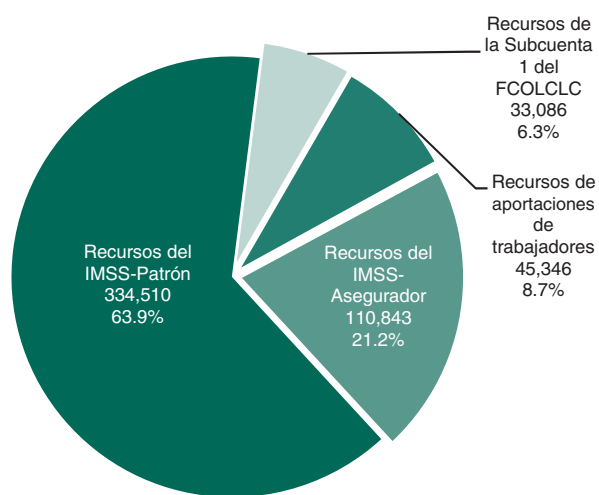
(millones de pesos de 2011)^{1/}



^{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 2011.

Gráfica G.2.
Financiamiento acumulado de 1966 a 2011 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos de 2011 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 2004-2010, IMSS.

G.3.2. Aportaciones acumuladas en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, 1966-2011

Al 31 de diciembre de 2011 la Subcuenta 1 del FCOLCLC tenía un saldo de 17,995 millones de pesos, provenientes de las aportaciones tripartitas²⁰⁹. Desde que comenzó a constituirse este fondo no se habían retirado recursos; sin embargo, en 2009, 2010 y 2011 se utilizaron 4,404²¹⁰; 9,900 y 18,035 millones de pesos, respectivamente, para el pago de la nómina de jubilaciones y pensiones de esos años. Al sumar el gasto de 523,783 millones de pesos que se han destinado en el periodo 1996-2011 para cubrir las obligaciones derivadas del RJP más los recursos

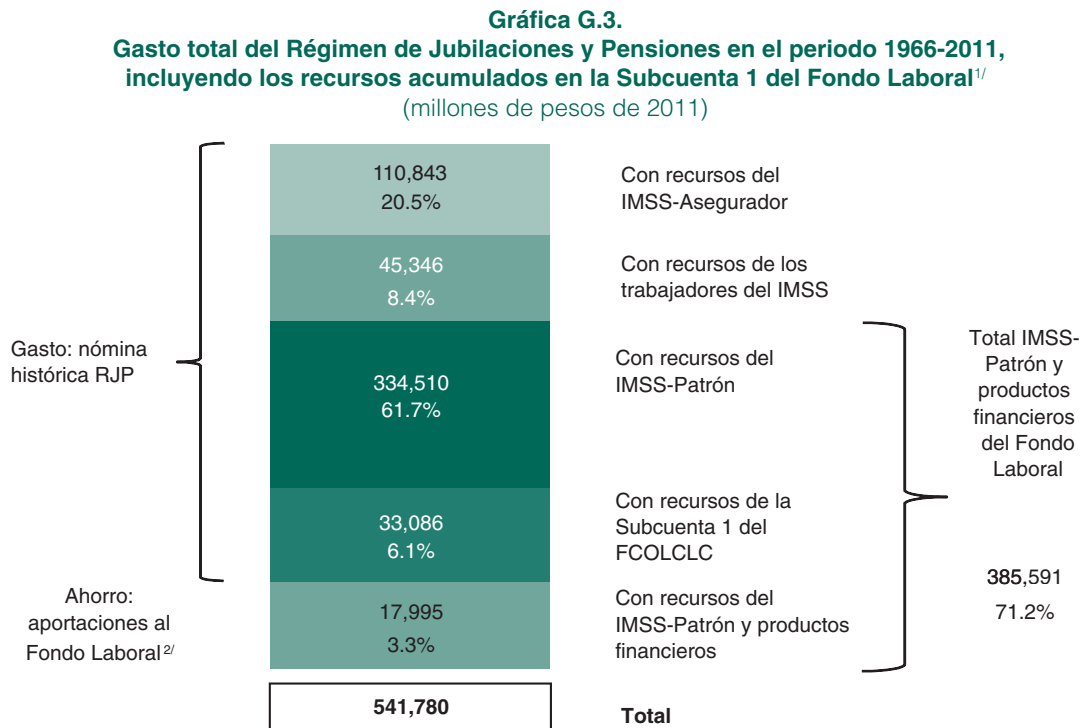
²⁰⁹ LSS, Artículo 286 K: "El Instituto administrará y manejará, conforme a los lineamientos que al efecto emita el Consejo Técnico, un fondo que se denominará Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual... Dicho Fondo deberá registrarse en forma separada en la 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..."

²¹⁰ 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.

acumulados en la Subcuenta 1 del FCOLCLC por 17,995 millones de pesos, se obtiene que el costo total que ha tenido este Régimen de 1966 a la fecha es de 541,780 millones de pesos, de los cuales 385,591 millones de pesos (71.2 por ciento) han sido aportados por el IMSS-Patrón, como se muestra en la gráfica G.3.

G.3.3. Financiamiento actual

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 RJP²¹¹, 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



^{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 RJP.
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 2004-2011.

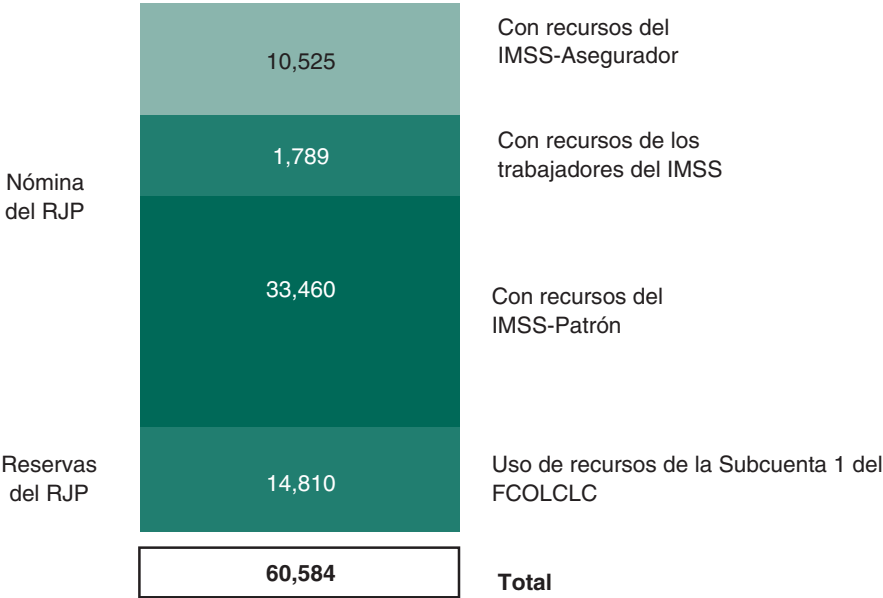
²¹¹ A partir del 16 de octubre de 2005, estos trabajadores que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004 comenzaron a hacer aportaciones adicionales a 3 por ciento de su salario, para financiar las jubilaciones y pensiones de los trabajadores de Base y de Confianza “B” que contrató el Instituto 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”.

Artículo Décimo Segundo Transitorio de la Ley del Seguro Social que entró en vigor el 1º de julio de 1997²¹².

En la gráfica G.4 se señalan las cifras presupuestadas del RJP para el ejercicio 2012²¹³, apreciándose que los recursos que van a destinarse al pago de las jubilaciones y pensiones de los ex trabajadores del Instituto ascienden a 60,584 millones de pesos, de los cuales el IMSS-Asegurador cubrirá 10,525 millones de pesos, las aportaciones de los trabajadores activos 1,789 millones de pesos y el IMSS-Patrón 48,270 millones de pesos, incluyendo 14,810 millones de pesos que se prevé utilizar de la Subcuenta 1 del FCOLCLC²¹⁴.

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 2012, 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 76.7 por ciento de los ingresos por cuotas del Instituto en el año 2012, mientras que el Gobierno Federal lo hará a través de sus aportaciones, mismas que significarán el restante 23.3 por ciento de dichos ingresos²¹⁵.

Gráfica G.4.
Fuentes de financiamiento del gasto total
en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 2012
(millones de pesos de 2012)



Fuente: DF, IMSS.

²¹² 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”.

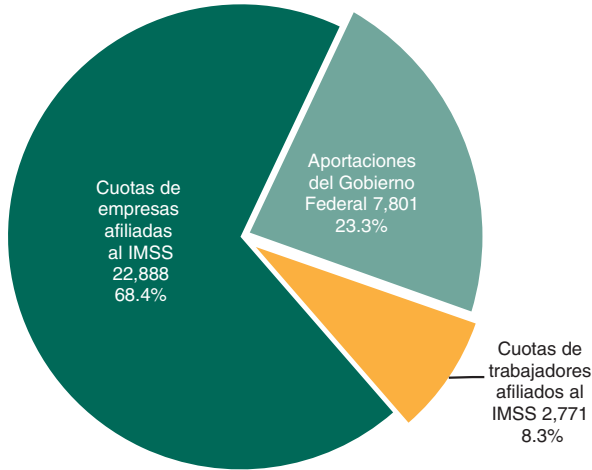
²¹³ En 2011 la nómina del RJP ascendió a 53,655 millones de pesos, de los cuales el IMSS-Asegurador aportó 9,393 millones de pesos, las contribuciones de los trabajadores activos sumaron 1,713 millones de pesos, y la aportación del IMSS-Patrón fue de 24,514 millones de pesos más 18,035 millones de pesos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC.

²¹⁴ Todas estas cifras corresponden a la Segunda Adecuación al Presupuesto 2012 aprobado por el H. Consejo Técnico (HCT).

²¹⁵ En la Segunda Adecuación al Presupuesto 2012 se contempla un importe total de ingresos por cuotas de 249,604 millones de pesos, de los cuales 191,411 millones de pesos (76.7 por ciento) son cuotas obrero-patronales y 58,193 millones de pesos (23.3 por ciento) son aportaciones del Gobierno Federal.

La gráfica G.5 muestra que aplicando los porcentajes anteriores al gasto que se canalizará al RJP en 2012 por 33,460 millones de pesos provenientes del IMSS-Patrón (sin considerar los 14,810 millones de pesos que van a disponerse de la Subcuenta 1 del FCOLCLC), los trabajadores asegurados y las empresas afiliadas al Seguro Social contribuirán con sus COP a financiar 25,659 millones de pesos del gasto que absorberá el RJP, mientras que el Gobierno Federal contribuirá con sus aportaciones a los seguros financiando los 7,801 millones de pesos restantes.

Gráfica G.5.
Fuentes de los recursos del IMSS-Patrón
para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 2012
(millones de pesos de 2012)



Fuente: DF, IMSS.

Elementos Técnicos Considerados en la Valuación Actuarial del Pasivo Laboral del Instituto y en el Estudio Actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral



Anexo

H

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 X 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 2011 y Proyecciones para 2012”, 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), al 31 de diciembre de 2011”.

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 y prima de antigüedad con corte al 31 de diciembre de 2011, 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 tenían definido aún su esquema de beneficios por pensiones ni el tratamiento de sus obligaciones laborales correspondientes al 31 de diciembre de 2011.

Trabajadores en activo valuados

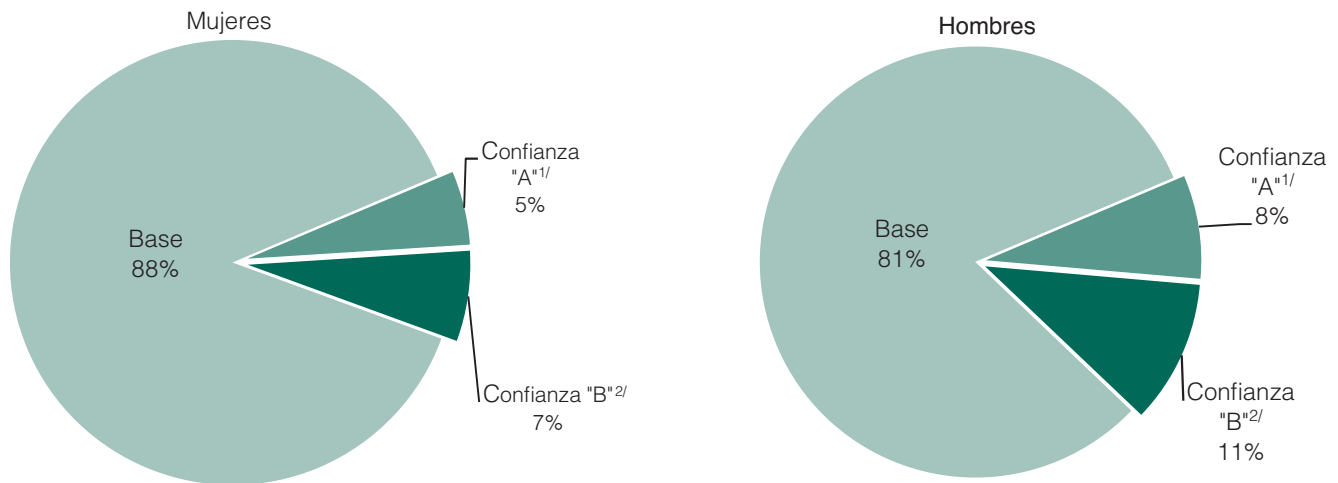
A la fecha de valuación se identificó en la nómina que maneja la Unidad de Personal del IMSS un total de 284,249 trabajadores activos con derecho a los beneficios establecidos en el RJP anterior a la firma del Convenio de octubre de 2005²¹⁶. En este total se están considerando 9,113 trabajadores de Confianza “A” con fecha de ingreso al Instituto entre el 21 de diciembre de 2001 y el 31 de diciembre de 2011.

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 (172,923, que representan 60.8 por ciento de dicha población) 88 por ciento son contrataciones de Base. En lo que respecta a los hombres valuados (111,326, que representan 39.2 por ciento), 81.5 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.

²¹⁶ 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 2011,
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 2011, 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 2011) ^{1/}		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
15-19	11	5	16	18.8	18.4	18.7	0.4	0.4	0.4	10,153	8,747	9,714
20-24	388	175	563	22.9	23.1	23.0	1.1	1.6	1.2	10,973	10,809	10,922
25-29	3,443	2,946	6,389	27.8	27.8	27.8	5.2	5.9	5.5	11,467	10,930	11,219
30-34	14,701	9,525	24,226	32.4	32.3	32.4	8.0	8.2	8.1	13,185	13,140	13,167
35-39	29,344	17,391	46,735	37.2	37.2	37.2	11.3	11.6	11.4	14,480	15,301	14,785
40-44	45,182	22,810	67,992	42.1	42.0	42.1	16.5	15.8	16.3	15,047	15,952	15,350
45-49	43,215	24,456	67,671	46.9	47.0	47.0	19.8	19.0	19.5	16,248	17,829	16,819
50-54	26,335	21,295	47,630	51.7	51.9	51.7	21.6	21.4	21.5	17,517	22,060	19,548
55-59	8,777	10,428	19,205	56.5	56.6	56.5	22.7	22.7	22.7	17,887	24,176	21,301
60-64	1,380	1,992	3,372	61.1	61.2	61.1	23.8	23.4	23.6	17,654	23,908	21,349
65-69	120	239	359	66.1	66.1	66.1	25.9	23.0	23.9	18,947	22,544	21,342
70-74	23	41	64	71.7	71.6	71.6	26.7	24.5	25.3	20,209	25,901	23,856
75-79	2	13	15	76.5	76.2	76.2	48.0	25.3	28.3	13,101	28,737	26,652
80 y +	2	10	12	81.0	85.6	84.8	39.0	44.3	43.4	16,088	33,985	31,002
Total	172,923	111,326	284,249	43.7	44.8	44.1	16.6	16.8	16.7	15,556	17,983	16,506

^{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".

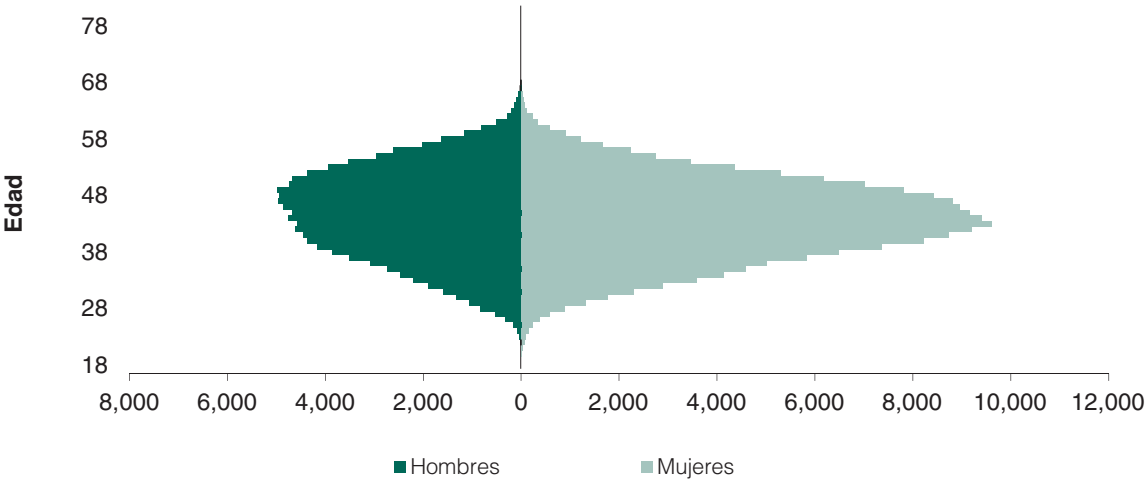
Fuente: DF, IMSS.

En el cuadro H.1 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

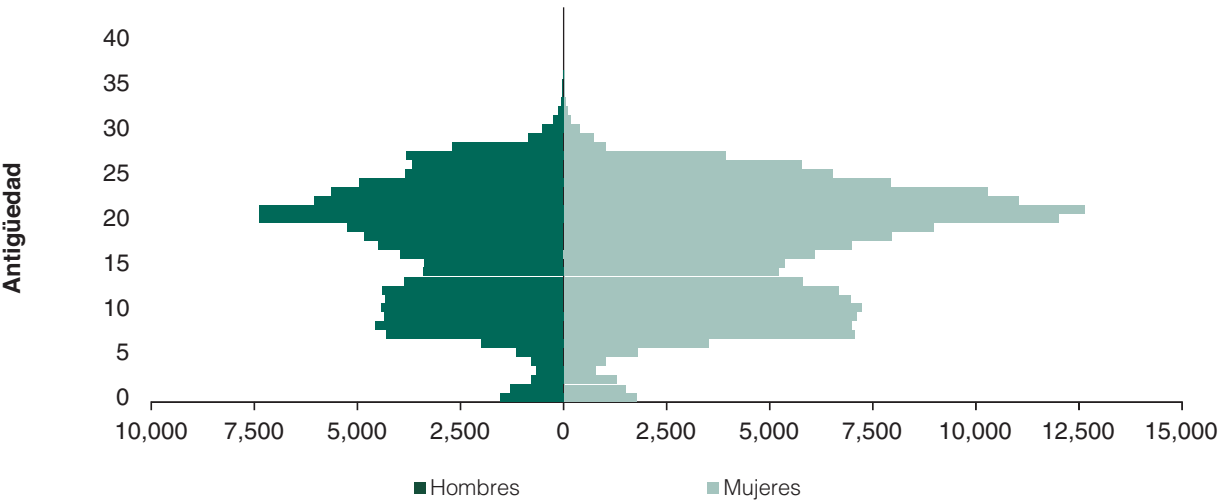
el de las edades entre 40 y 44 años, mismas que como se observa en el cuadro H.1 presentan una antigüedad promedio de 16 años y un salario base promedio topado de 15,350 pesos mensuales. Por lo que se refiere a la gráfica H.3 se aprecia que la mayor parte de los trabajadores con derecho al RJP tienen una antigüedad de entre 16 y 20 años. De la información presentada en estas dos gráficas se infiere que muy pocos trabajadores van a pensionarse por edad bajo el RJP.

Gráfica H.2.
Pirámide poblacional por edad de los trabajadores valuados,
al 31 de diciembre de 2011



Fuente: DF, IMSS.

Gráfica H.3.
Pirámide poblacional por antigüedad de los trabajadores valuados,
al 31 de diciembre de 2011



Fuente: DF, IMSS.

Cabe señalar que dentro de los trabajadores valuados hay 11,236 (4 por ciento del total) que ya cumplieron con la antigüedad laboral en el IMSS que establece el RJP como requisito para tener derecho a una jubilación por años de servicio 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 11,236 trabajadores, 6,548 son mujeres con al menos 27 años de antigüedad laboral y 4,688 son hombres con al menos 28 años de antigüedad. Asimismo, hay 34,881 trabajadores (12.3 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 2011, el número de jubilados y pensionados a esa fecha fue de 220,308²¹⁷, cifra a la que se añaden 273 trabajadores que a diciembre de 2011 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 220,581 jubilados y pensionados valuados, resaltando que, a diciembre de 2011, 89.9 por ciento de ellos eran pensionados directos con una edad promedio de 54.7 años y una cuantía promedio mensual completa de 11.2 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal (SMGVDF) a diciembre de 2011²¹⁸ y el restante 10.1 por ciento de los pensionados estaba integrado por los beneficiarios de pensionados o trabajadores fallecidos cuya edad promedio era de 56.4 años y su cuantía promedio mensual completa de 5.7 veces el SMGVDF.

En cuanto a la distribución por sexo de los pensionados, se observa que 68 por ciento son mujeres y reciben mensualmente en promedio una cuantía completa de 11 veces el SMGVDF a diciembre de 2011, la cual se eleva a 12.5 veces el SMGVDF cuando se trata de pensiones por jubilación o por edad. Por lo que respecta a 32 por ciento de los pensionados hombres, destaca que su pensión mensual completa es de 13.4 veces el SMGVDF, misma que llega a ser de 14.7 veces para los pensionados por jubilación o por edad.

²¹⁷ El Resumen Nacional de la Nómina de Jubilados y Pensionados (RNNJP) reporta a diciembre de 2011 un total de 220,390 jubilados y pensionados, cifra que difiere en 27 casos con los 220,363 pensionados que se reportan en el capítulo del pasivo laboral del presente Informe (220,308 jubilados y pensionados del RJP más 55 del Covenio). La diferencia obedece a que la nómina de pensionados del mes de diciembre que se usa en la valuación del RJP se emite en noviembre, mientras que el RNNJP toma como corte de información el mes de diciembre.

²¹⁸ El SMGVDF a diciembre de 2011 es de 1,820 pesos mensuales.

Cuadro H.2.
Jubilados y pensionados considerados en la valuación actuarial del RJP y de la prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2011

Tipo de pensión	Número de pensionados ^{1/}	Edad promedio	Promedio mensual de pensión (pesos de 2011)	
			Básica	Completa
Retiro por jubilación o pensión por edad				
Hombres	60,001	62.5	18,902	26,710
Mujeres	113,367	59.7	16,050	22,690
Suma	173,368	60.7	17,037	24,081
Invalidez e capacidad permanente				
Hombres	7,337	62.4	10,367	14,675
Mujeres	17,650	61.6	8,153	11,601
Suma	24,987	61.8	8,803	12,504
Viudez				
Hombres	277	69.8	9,273	12,969
Mujeres	15,200	66.0	9,576	13,446
Suma	15,477	66.1	9,571	13,437
Orfandad				
Hombres	2,554	20.1	2,401	3,387
Mujeres	2,544	20.4	2,412	3,409
Suma	5,098	20.2	2,406	3,398
Ascendencia				
Hombres	469	77.4	1,728	2,439
Mujeres	1,182	76.7	1,836	2,593
Suma	1,651	76.9	1,805	2,549
Totales				
Hombres	70,638	61.1	17,267	24,401
Mujeres	149,943	60.0	14,121	19,962
Suma	220,581	60.4	15,128	21,384

^{1/} El número total de pensionados incluye 273 trabajadores que a diciembre de 2011 se identificaron en proceso de incorporación a la nómina de pensionados.

Fuente: DF, IMSS.

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 2011.

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

Cuadro H.3.
Supuestos utilizados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad,
al 31 de diciembre de 2011

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 la 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 2011 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 mil trabajadores IMSS										
Muerte										
Enfermedad general	0.09	0.14	0.33	0.77	1.82	4.29	10.11	23.85	56.24	1000.00
Riesgos de trabajo	0.31	0.14	0.14	0.15	0.11	0.11	0.10	0.13	0.19	1000.00
Invalidez	-	0.05	0.22	0.96	4.15	10.74	4.00	1.70	-	-
Incapacidad	0.04	0.06	0.14	0.33	0.79	1.87	4.42	10.47	-	-
Renuncia	0.60	1.83	2.50	1.80	0.88	-	-	-	-	-
Despido	0.68	0.72	0.61	0.42	0.33	-	-	-	-	-
Jubilación ^{2/}										
T<10					-	-	-	-	-	-
10≤T<27					-	377.71	-	-	-	-
T=27					330.94	234.47	-	-	-	-
T≥28					392.49	378.13	305.02	349.03	-	-
Probabilidades de fallecimiento de pensionados, por cada mil pensionados IMSS										
Invalidez/Incapacidad										
Hombres	-	2.21	4.46	8.98	12.99	18.03	30.03	59.28	120.46	232.63
Mujeres	-	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 la cláusula 63 Bis 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.

Instituto y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS).

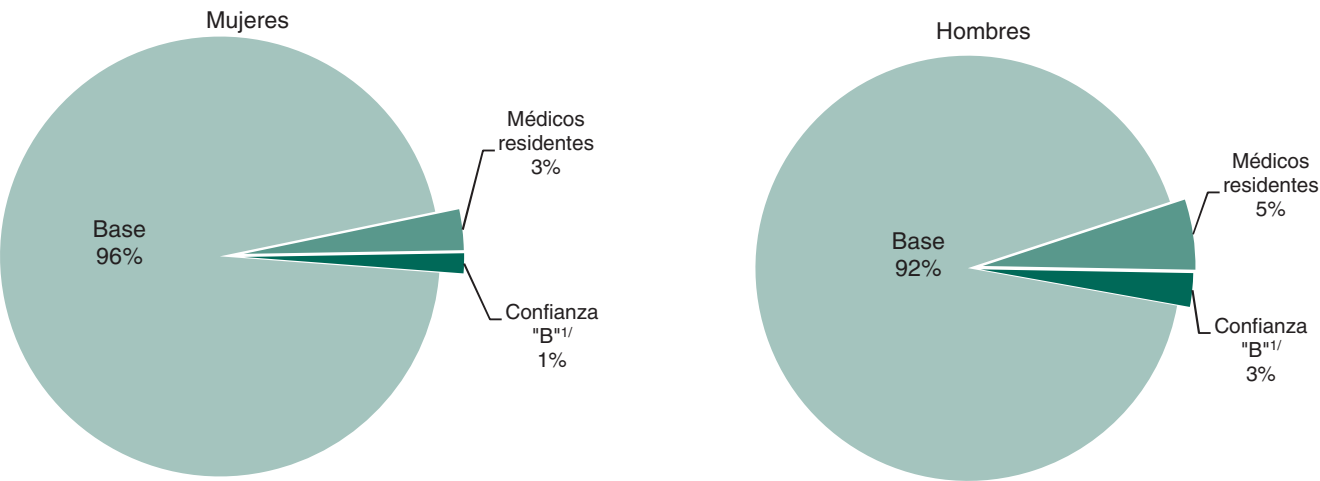
H.2.1. Características de la población valuada

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 2011”, se consideró a un total de 44,461 trabajadores integrados de la siguiente forma: i) 43,581 trabajadores identificados en la nómina de la segunda quincena de diciembre de 2011²¹⁹, y ii) 880 trabajadores con categoría de médicos residentes que causaron baja de la nómina en el periodo de 2007-2011. Estos trabajadores fueron incluidos en alguno de los estudios actuariales pasados 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 2011 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.

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 (25,769, que representan 58 por ciento de dicha población) 95.6 por ciento son contrataciones de Base. En lo que respecta a los hombres valuados (18,692, que representan 42 por ciento), 92.1 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.

Gráfica H.4.
Distribución de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2011, 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.

²¹⁹ En esta cifra se incluyen 1,068 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.

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 31.8 años y una antigüedad promedio de 4.1 años, y perciben en promedio un salario base mensual equivalente a 7 veces el SMGVDF²²⁰.

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 4.1 años y de 14,293 pesos mensuales equivalentes a 7.9 veces el SMGVDF.

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 4 y 5 años de servicio en el IMSS.

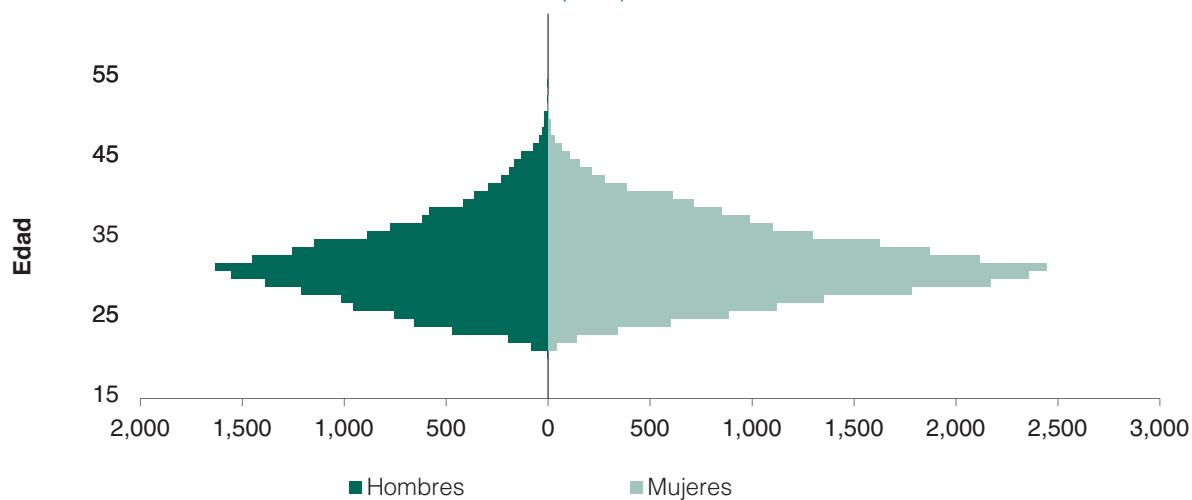
Cuadro H.4.
Principales indicadores por rangos de edad de los trabajadores valuados
bajo la cobertura del convenio de octubre de 2005,
al 31 de diciembre de 2011

Rangos de edad	Número de trabajadores			Edad promedio			Antigüedad promedio			Promedio mensual de salario base topado (pesos de 2011) ^{1/}		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
15-19	1	-	1	19.0	-	19.0	3.0	-	3.0	6,386	-	6,386
20-24	1,132	1,421	2,553	23.3	23.2	23.2	4.0	4.1	4.1	8,816	8,014	8,369
25-29	7,320	5,334	12,654	27.4	27.3	27.4	4.0	4.1	4.1	10,715	9,442	10,178
30-34	10,426	7,041	17,467	31.8	31.8	31.8	4.1	4.1	4.1	14,123	14,545	14,293
35-39	4,968	3,285	8,253	36.7	36.7	36.7	4.1	4.1	4.1	13,565	15,716	14,422
40-44	1,653	1,257	2,910	41.3	41.6	41.5	4.2	4.1	4.1	13,642	15,356	14,383
45-49	247	304	551	46.0	46.1	46.1	4.3	4.0	4.1	13,946	15,148	14,609
50-54	18	38	56	51.3	51.4	51.4	4.3	3.9	4.0	18,355	17,664	17,886
55-59	3	8	11	57.0	56.6	56.7	4.3	3.5	3.7	17,141	18,180	17,897
60 y +	1	4	5	61.0	61.0	61.0	3.0	3.0	3.0	15,132	20,236	19,215
Total	25,769	18,692	44,461	31.9	31.7	31.8	4.1	4.1	4.1	12,785	12,872	12,821

^{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.

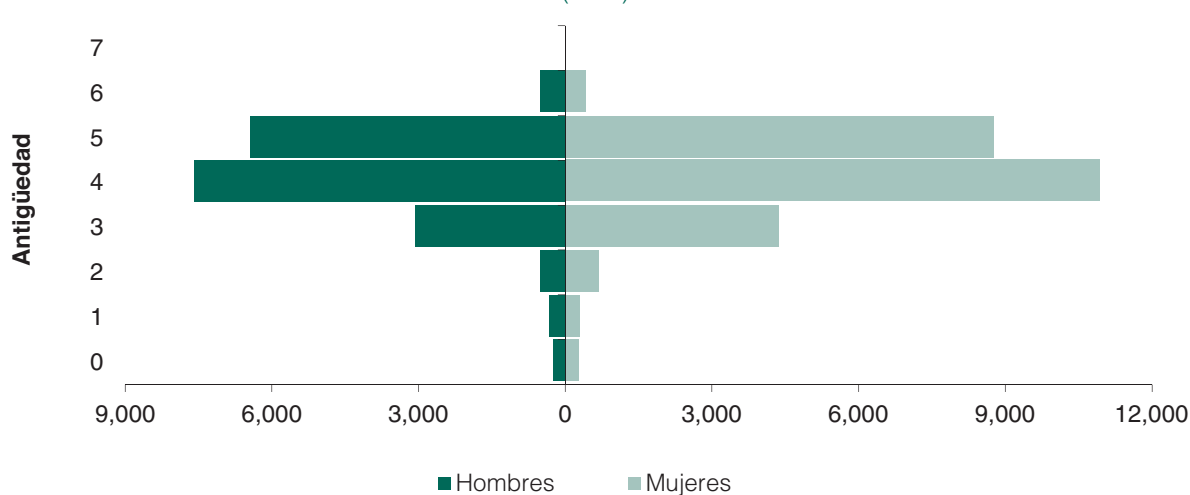
²²⁰ El SMGVDF a diciembre de 2011 fue de 1,820 pesos mensuales.

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 2011
(años)



Fuente: DF, 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 2011
(años)



Fuente: DF, IMSS.

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 2011” 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.

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	-
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.	7% del Salario Base de Cotización y del Fondo de Ahorro.
- Personal de Base de nuevo ingreso con fecha de ingreso posterior al 11 de agosto de 2004.	10% del Salario Base de Cotización y del Fondo de Ahorro.

Fuente: DF, IMSS.

Programa Nacional de Atención y Control de Juicios



Anexo

I

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 combatirlo con seriedad y eficiencia, se sometió a consideración del H. Consejo Técnico (HCT) el Programa Nacional de Atención y Control de Juicios (PNACJ), el cual fue aprobado el 18 de febrero de 2004 e inició en el mes de marzo del mismo año.

I.1. Materia laboral

I.1.1. Resultados a nivel nacional

A partir de 2007, la Dirección Jurídica consideró conveniente separar los juicios laborales de pasivo contingente en trámite por fases procesales, con el objeto de focalizar los asuntos que dependían de un impulso de las partes litigantes, o bien, aquellos cuya actividad procesal recaía propiamente en la autoridad laboral.

En tal sentido, como podrá observarse en la gráfica I.1, en el 2007, 76.3 por ciento de juicios en trámite estaban en instrucción, y 23.7 por ciento en dictamen, laudo, ejecución o amparo.

Derivado de este resultado, se implementaron estrategias tendientes a impulsar los procedimientos en los que se observaba una inactividad procesal, disminuir el diferimiento de audiencias, evitar promover medios de impugnación ociosos, distribuir equitativamente cargas de trabajo, y favorecer la conciliación como medio alternativo para resolver

las controversias, entre otras. Estas estrategias propiciaron que los asuntos en fase de instrucción, agilizaran su desahogo o se acortaran los tiempos de la secuela procesal.

Gracias a estas acciones se observa que en el 2011, 47.3 por ciento de los asuntos en trámite (56,457 casos) se encuentran en instrucción y el restante 52.7 por ciento (62,985 casos) en las demás fases, lo que se traduce en que la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje (JFCA) es la que tiene la carga de concluir los procedimientos, conforme a sus facultades jurisdiccionales.

Uno de los resultados importantes del PNACJ fue la disminución del número de demandas notificadas cada año al IMSS, como se aprecia en la gráfica I.2; sin embargo, a partir del 2009 esta tendencia volvió a cambiar debido a lo siguiente:

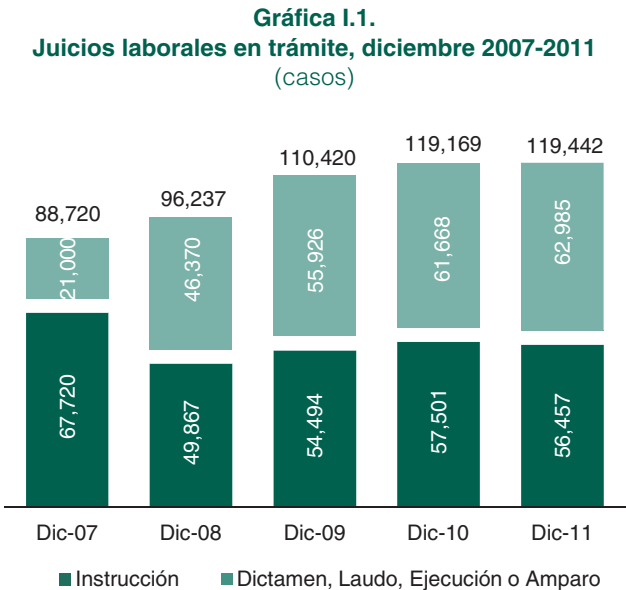
i. Se elevó el número de demandas que se presentaron en contra del IMSS, exigiendo la integración de los conceptos 32 y 33 (estímulos de asistencia y puntualidad) en el salario base para el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio.

ii. Asimismo, se presentaron demandas que reclamaban prestaciones novedosas como son:

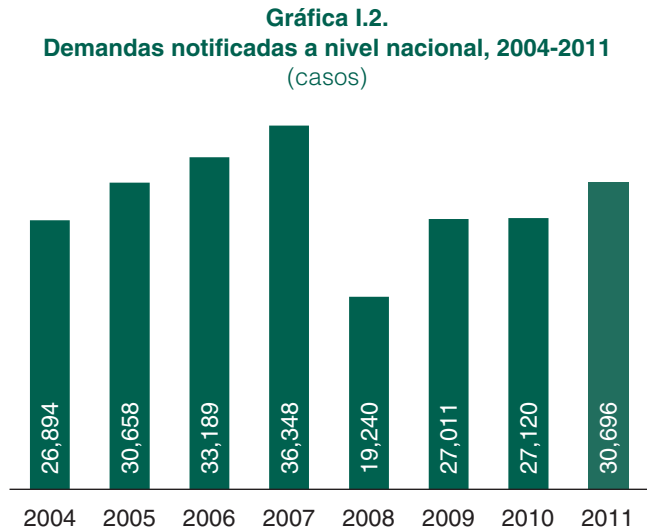
- El pago de diferencia de 38 días por año laborado²²¹ en el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio, y
- El pago de la diferencia de cinco días por año laborado, por los días 31 que tiene el año calendario, en el pago de la prima de antigüedad del finiquito jubilatorio.

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 fuesen 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.



Fuente: Dirección Jurídica (DJ), IMSS.

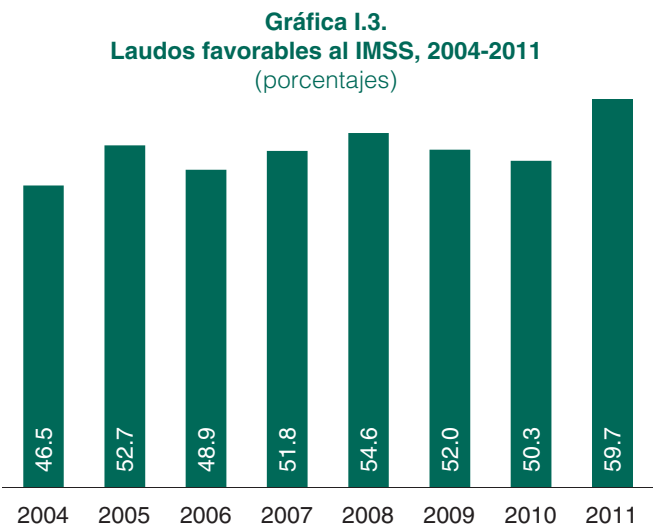


Fuente: DJ, IMSS.

²²¹ En el periodo 1970-1972 la prima de antigüedad equivalía a 50 días por año. A partir de 1973, la Ley Federal de 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.

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 para reclamar al Instituto, a fin de incrementar sus ingresos.

No obstante el incremento referido en el número de demandas, se han obtenido mejores resultados en cuanto a laudos favorables, ya que pasamos de 46.5 por ciento en el 2004, a 59.7 por ciento en el 2011, como se muestra en la gráfica I.3.

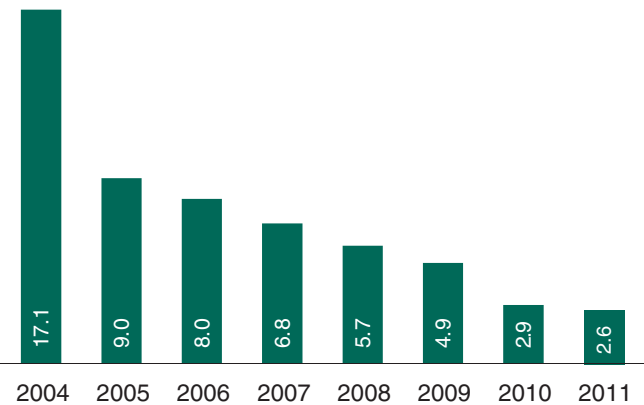


Fuente: DJ, IMSS.

Por lo que se refiere al diferimiento de audiencias para evitar que los juicios se prolonguen en el tiempo, se han obtenido a nivel nacional resultados favorables. En la gráfica I.4 se muestra cómo ha ido disminuyendo el porcentaje de audiencias diferidas por causas imputables al IMSS, de 17.1 por ciento en 2004, a 2.6 por ciento en 2011.

Esto como consecuencia de implementar mesas de trámite en cada delegación, que agilizan la recopilación de diversa información y documentales, necesarias para soportar la defensa institucional, así como la supervisión diaria de las contestaciones a las demandas y de las audiencias celebradas.

Gráfica I.4.
Audiencias diferidas a nivel nacional, 2004-2011
(porcentajes)



Fuente: DJ, IMSS.

I.1.2. Resultados a nivel central

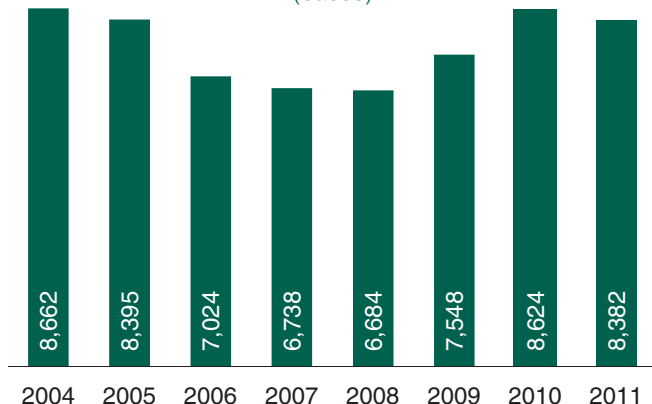
En 2008, como una acción del PNACJ iniciado en 2004, la Dirección Jurídica, con la autorización del HCT, ejerció la facultad de atracción respecto de los juicios laborales radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis, de la JFCA, quedando su atención y defensa bajo su responsabilidad directa.

Los resultados alcanzados con motivo de la atracción de los juicios laborales han sido positivos. Así, los juicios en trámite que atiende la Dirección Jurídica venían disminuyendo; sin embargo, en los años de 2009, 2010 y 2011 han aumentado, debido a las mismas causas que se mencionaron respecto a las demandas notificadas a nivel nacional, como se observa en las gráficas I.5 y I.6.

Las estrategias implantadas a nivel nacional, se vieron reflejadas también en los juicios a cargo de la Dirección Jurídica. Como se puede apreciar en la gráfica I.7, en 2011, 39.9 por ciento de los asuntos en trámite (17,608 casos) se encuentran en instrucción y el restante 60.1 por ciento (26,565 casos) en las demás fases, lo que revela que es la autoridad laboral la que debe agilizar los procedimientos que están a su cargo.

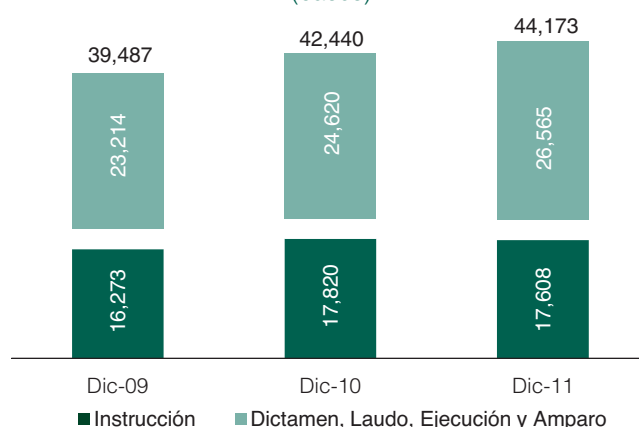
En lo que se refiere a laudos favorables, la tendencia ha ido en aumento, como se muestra en la gráfica I.8.

Gráfica I.5.
Demandas notificadas por las Juntas Especiales
8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y
Arbitraje, 2004-2011
(casos)



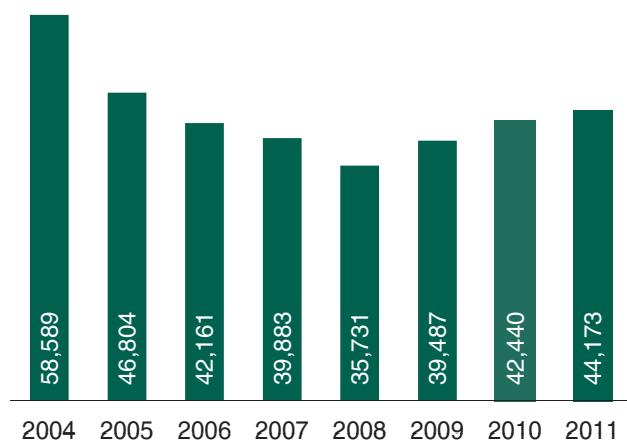
Fuente: DJ, IMSS.

Gráfica I.7.
Juicios laborales en trámite, radicados en las Juntas
Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal
de Conciliación y Arbitraje, 2009-2011
(casos)



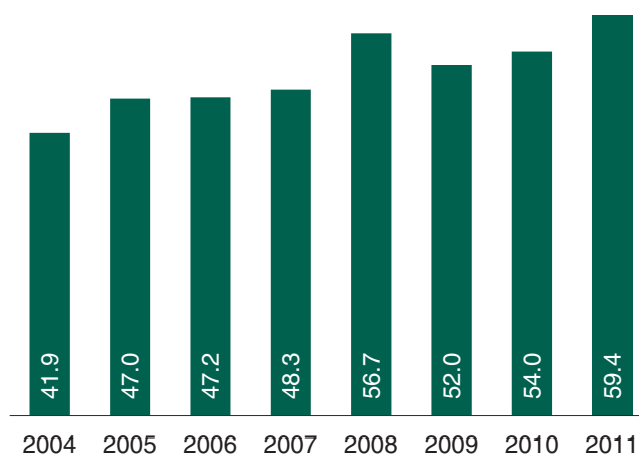
Fuente: DJ, IMSS.

Gráfica I.6.
Juicios laborales en trámite, radicados en
las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis
de la Junta Federal de Conciliación y
Arbitraje, 2004-2011
(casos)



Fuente: DJ, IMSS.

Gráfica I.8.
Laudos favorables en las Juntas Especiales
8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de
Conciliación y Arbitraje, 2004-2011
(porcentajes)



Fuente: DJ, IMSS.

Por lo que se refiere al indicador de audiencias diferidas por razones imputables al Instituto, como se muestra en la gráfica I.9, los resultados, al igual que los indicadores anteriores, han sido positivos con una importante disminución debido al estricto control que se ha establecido sobre abogados y juicios.

Para 2011, la Dirección Jurídica estableció el indicador de convenios realizados, cuyos resultados

fueron favorables, ya que se denunciaron 1,840 convenios con la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo (PROFEDET), el Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) y diversos despachos particulares, privilegiando la conciliación como el medio alternativo más eficaz en la solución de conflictos laborales.

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 emitidos por el Instituto que son impugnados a través de los juicios fiscales y contenciosos administrativos, 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 de este programa se han obtenido los siguientes resultados:

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 observa una tendencia a la baja en la interposición de demandas en su contra. De 2008 a 2011 el número de juicios en trámite, incluyendo aquellos en donde el IMSS es actor, disminuyó en 38.2 por ciento (gráfica I.10).

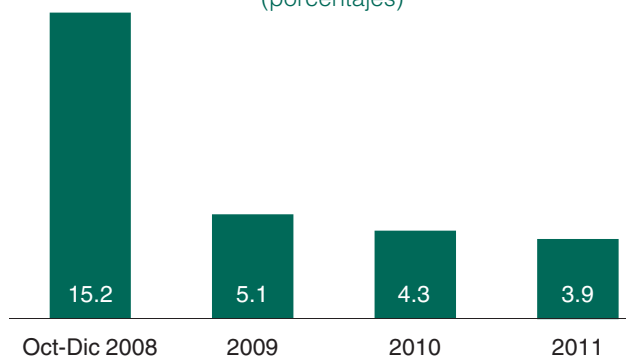
Los juicios fiscales concluidos con sentencias desfavorables para el Instituto bajaron en 2011, toda vez que, como se muestra en la gráfica I.11, han disminuido en 21.1 por ciento las sentencias que declaran la nulidad lisa y llana respecto a 2008²²².

En este mismo sentido, como se muestra en la gráfica I.12, las sentencias que declaran la nulidad para efectos de los actos impugnados²²³ han disminuido en 50.3 por ciento en comparación con 2008.

²²² Sentencias que declaran la nulidad lisa y llana son aquellas en las que no se puede dictar nueva resolución o reponer el procedimiento.

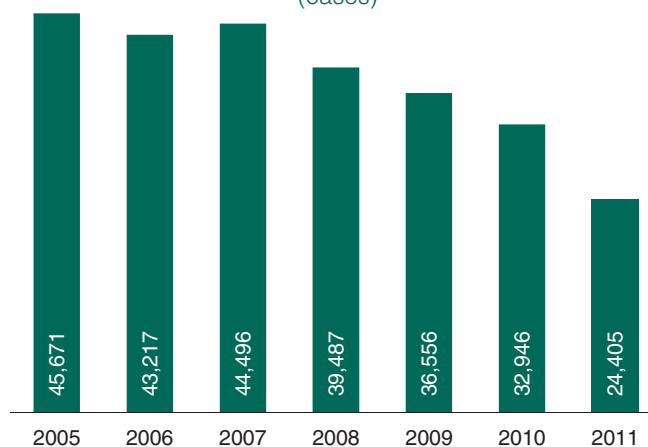
²²³ Sentencias que declaran la nulidad para efectos son aquellas en las que se declara la nulidad de la resolución impugnada por vicios de forma o de procedimiento, para el efecto de emitir una nueva resolución subsanando el vicio que causó la nulidad, o reanudar el procedimiento, desde el momento en 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.

Gráfica I.9.
Audiencias diferidas en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2008-2011
(porcentajes)



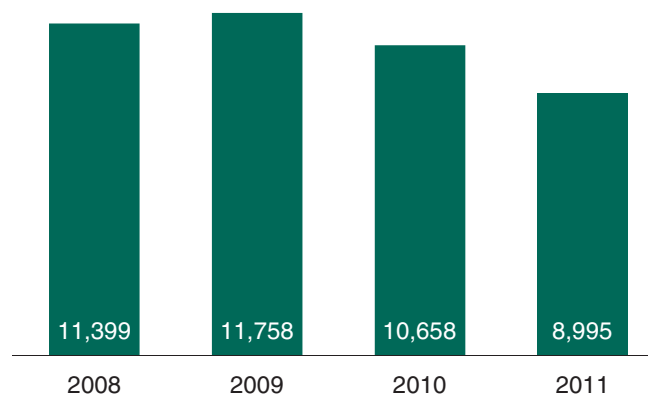
Fuente: DJ, IMSS.

Gráfica I.10.
Juicios fiscales en trámite, a nivel nacional, 2005-2011
(casos)



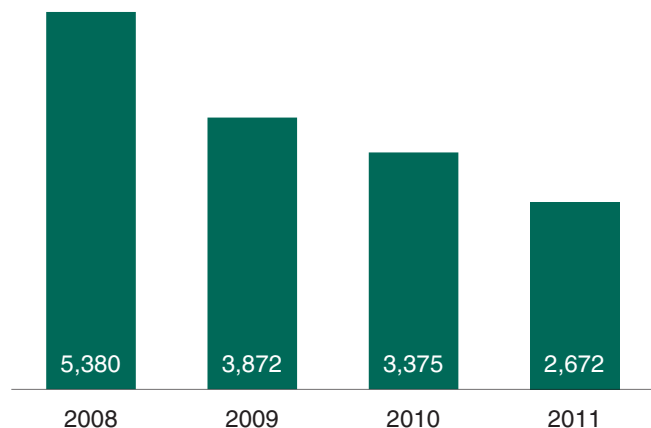
Fuente: DJ, IMSS.

Gráfica I.11.
Sentencias a nivel nacional en las que se declara la nulidad lisa y llana de los actos impugnados, 2008-2011
(casos)



Fuente: DJ, IMSS.

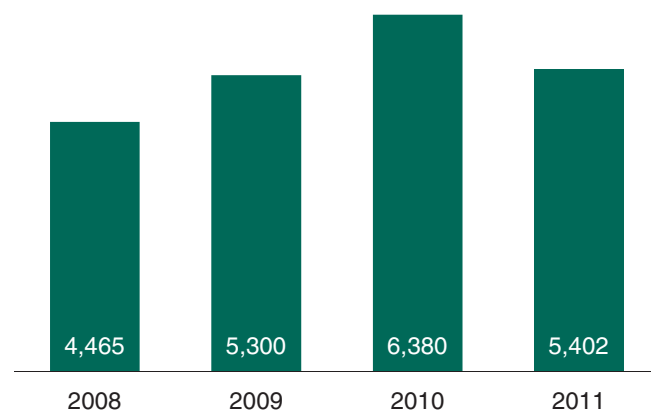
Gráfica I.12.
Sentencias a nivel nacional en las que se declara la nulidad para efectos de los actos impugnados, 2008-2011
(casos)



Fuente: DJ, IMSS.

En este contexto de resultados favorables, los juicios en los que se dictaron sentencias que declaran la validez del acto impugnado²²⁴ se han incrementado en 21 por ciento durante 2011, comparado con 2008, como se aprecia en la gráfica I.13.

Gráfica I.13.
Sentencias a nivel nacional en las que se declara la validez de los actos impugnados, 2008-2011
(casos)

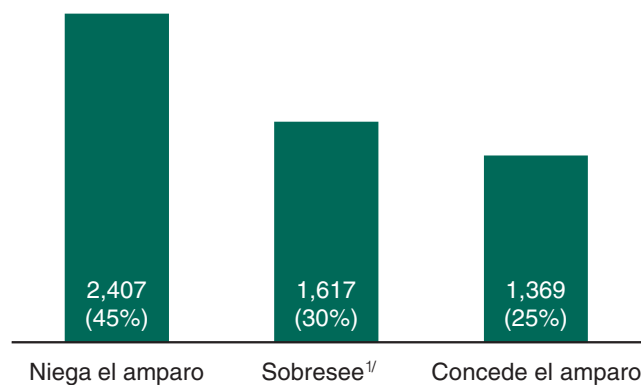


Fuente: DJ, IMSS.

²²⁴ Juicio ganado es aquel en el que se reconoce la validez del acto impugnado. En este rubro deberán considerarse también el desecho 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.

Por otra parte, en el ejercicio de 2011 se tramitaron 10,528 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 2011 se concluyeron 5,393 juicios, obteniéndose los resultados que se observan en la gráfica I.14.

Gráfica I.14.
Sentido de las sentencias emitidas en juicios de amparo por el Poder Judicial de la Federación, 2011
(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.



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.

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

Población derechohabiente adscrita a médico familiar. Cifra calculada con base en los registros

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

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

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.
- Patronos 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 Interbancaria 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 1º 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 a 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 2011	2
Cuadro 2.	Servicios médicos otorgados en un día típico, enero a diciembre 2011	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, 2001-2011	8
Cuadro I.2.	Participación femenina en los trabajadores permanentes y eventuales urbanos del IMSS por grupo de edad, 2001-2011	10
Cuadro I.3.	Cotizantes y registros patronales por división de actividad económica, 2011	14
Cuadro I.4.	Número de cotizantes por nivel de cotización y tamaño de registro patronal, 2011	17
Cuadro I.5.	Salario base de cotización y variación por división de actividad económica, 2010-2011	17
Cuadro I.6.	Estructura de los ingresos del IMSS, 2010-2011	18
Cuadro I.7.	Población derechohabiente del IMSS, 2010-2011	21
Cuadro I.8.	Asegurados por régimen de aseguramiento, 2010-2011	22

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), 2011	32
Cuadro II.2.	Consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y estimación del gasto médico por componente, 2011	34
Cuadro II.3.	Proyección de consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y gasto médico por componente, 2012-2050, escenario base	36
Cuadro II.4.	Proyección de consultas totales, pacientes con tratamiento, casos de hospitalización y gasto médico por componente, 2012-2050, escenario inercial	37
Cuadro II.5.	Introducción de algunos avances tecnológicos en la práctica clínica del IMSS	40

Capítulo III

Cuadro III.1.	Estado de ingresos y gastos dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010	43
Cuadro III.2.	Estado de ingresos y gastos dictaminados al 31 de diciembre de 2011 y 2010, 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 2011 y 2010	45
Cuadro III.4.	Balance General dictaminado al 31 de diciembre de 2011 y 2010, con el registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	47
Cuadro III.5.	Supuestos de proyecciones financieras de corto plazo, 2012-2018	50
Cuadro III.6.	Flujo de efectivo 2011, presupuesto 2012 y proyecciones 2012-2018, considerando el incremento estimado en ingresos y gastos 2012	52
Cuadro III.7.	Conceptos de ingresos y egresos calculados en el Modelo Integral Financiero y Actuarial para las proyecciones de flujo de efectivo del IMSS	53
Cuadro III.8.	Principales supuestos utilizados en el Modelo Integral Financiero y Actuarial para las proyecciones de flujo de efectivo, 2013-2050	53
Cuadro III.9.	Estimación del valor presente del superávit o déficit de los seguros acumulado y su relación con el Producto Interno Bruto	54
Cuadro III.10.	Presupuesto 2012 y proyecciones de flujo de efectivo 2013-2050, escenario base	56
Cuadro III.11.	Comparativo del flujo de efectivo de los ingresos y los egresos, 2012-2014, proyectados en el escenario base del Informe actual y el del Informe anterior	57

Capítulo IV

Cuadro IV.1.	Estado de ingresos y gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2011	62
Cuadro IV.2.	Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	65
Cuadro IV.3.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	66
Cuadro IV.4.	Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2011	69
Cuadro IV.5.	Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	71

Capítulo V

Cuadro V.1.	Estado de ingresos y gastos del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2011	75
Cuadro V.2.	Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida	78
Cuadro V.3.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida	79
Cuadro V.4.	Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2011	81
Cuadro V.5.	Resultados de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida	82
Cuadro V.6.	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	83

Cuadro V.7.	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	84

Capítulo VI

Cuadro VI.1.	Estado de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2011, con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	87
Cuadro VI.2.	Bases de cálculo utilizadas en la estimación de la perspectiva financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad	89
Cuadro VI.3.	Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 de ingresos, gastos y déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Total	90
Cuadro VI.4.	Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 de ingresos, gastos y déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados	92
Cuadro VI.5.	Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 de ingresos, gastos y déficit de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados	93
Cuadro VI.6.	Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 del déficit financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de sus coberturas	94
Cuadro VI.7.	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	94
Cuadro VI.8.	Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, al 31 de diciembre de 2011	97
Cuadro VI.9.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, al 31 de diciembre de 2011	98
Cuadro VI.10.	Valor presente del déficit de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados	99
Cuadro VI.11.	Balance actuarial a 100 años de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, al 31 de diciembre de 2011	101
Cuadro VI.12.	Primas de financiamiento requeridas para la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados	102
Cuadro VI.13.	Estimación del impacto financiero de las políticas consideradas para dar mayor viabilidad financiera al Seguro de Enfermedades y Maternidad y sus coberturas	103

Capítulo VII

Cuadro VII.1.	Estado de ingresos y gastos del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, al 31 de diciembre de 2011, con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	106
Cuadro VII.2.	Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	108
Cuadro VII.3.	Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 del resultado financiero en el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	109
Cuadro VII.4.	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	109

Cuadro VII.5.	Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS, 2000-2011	111
Cuadro VII.6.	Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS por delegación a diciembre de 2011	113
Cuadro VII.7.	Estado de ingresos y gastos del ramo de Guarderías, 2006-2011	115
Cuadro VII.8.	Ingresos modificados y gastos del ramo de Guarderías, 2006-2011	115
Cuadro VII.9.	Servicios funerarios tradicionales y complementarios que se otorgan en el Sistema Nacional de Velatorios y costos promedio, 2012	116
Cuadro VII.10.	Número de servicios funerarios otorgados por el Sistema Nacional de Velatorios por delegación, 2006-2011	117
Cuadro VII.11.	Resultado financiero del Sistema Nacional de Velatorios IMSS-FIBESO, 2006-2011	118
Cuadro VII.12.	Hipótesis utilizadas en la proyección de los ingresos y gastos del Sistema Nacional de Velatorios, 2012-2016	119
Cuadro VII.13.	Resultados de operación 2011 y proyección 2012-2016 del Sistema Nacional de Velatorios IMSS-FIBESO	119
Cuadro VII.14.	Estado de resultados comparativo de los centros vacacionales, 2006-2011	121
Cuadro VII.15.	Resumen financiero de cada centro vacacional en 2011	122
Cuadro VII.16.	Resumen financiero de los centros vacacionales de 2011 y proyección, 2012-2016	123
Cuadro VII.17.	Impacto esperado por la apertura de los Velatorios de Toluca, Pachuca, Ecatepec, Tabasco y Tampico en 2012	124

Capítulo VIII

Cuadro VIII.1.	Estado de ingresos y gastos del Seguro de Salud para la Familia, al 31 de diciembre de 2011, con registro parcial y con registro pleno del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	128
Cuadro VIII.2.	Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 de ingresos, gastos y déficit del Seguro de Salud para la Familia	130
Cuadro VIII.3.	Presupuesto 2012 y proyección 2013-2050 del déficit financiero del Seguro de Salud para la Familia	131
Cuadro VIII.4.	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	131
Cuadro VIII.5.	Cuotas y déficit del Seguro de Salud para la Familia	133
Cuadro VIII.6.	Estimación del impacto financiero de un ajuste en las cuotas de afiliación al Seguro de Salud para la Familia	133

Capítulo IX

Cuadro IX.1.	Propósitos de las reservas y del Fondo Laboral	137
Cuadro IX.2.	Posición de las reservas y del Fondo Laboral, 2010 y 2011	140
Cuadro IX.3.	Régimen de Inversión	141
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, abril-diciembre 2011	142
Cuadro IX.5.	Inversiones en acciones	144
Cuadro IX.6.	Cuentas de trabajadores y recursos administrados por Afore XXI Banorte, 31 de diciembre de 2011	145

Cuadro IX.7.	Contribución al requerimiento de liquidez de la RJPS1 por intercambio de instrumentos financieros por efectivo de la RJPS2 y las RFA	146
Cuadro IX.8.	Productos financieros por reserva y Fondo Laboral, 2010 y 2011	147
Cuadro IX.9.	Rendimientos obtenidos por el IMSS vs rendimiento si hubiera invertido el mismo saldo en Cetes 28, 1999-2011	149
Cuadro IX.10.A.	Desempeño de reservas y Fondo Laboral	152
Cuadro IX.10.B.	Desempeño de reservas y Fondo Laboral	153
Cuadro IX.11.	Instrumentos conservados a vencimiento, comparativo valor de mercado vs. valor contable, cierre del ejercicio 2011	153
Cuadro IX.12.	Instrumentos disponibles para su venta, comparativo valor de mercado vs. monto invertido, cierre del ejercicio 2011	154
Cuadro IX.13.	Valor en riesgo de mercado al cierre de 2011	155
Cuadro IX.14.	Valor en riesgo de crédito al cierre de 2011	156
Cuadro IX.15.	Fondeos y transferencias de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral	158
Cuadro IX.16.	Fondeos y transferencias de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento	158
Cuadro IX.17.	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	159
Cuadro IX.18.	Dotación de recursos para la creación de RFA del SEM realizada el 1º y 3 de noviembre de 2011	159
Cuadro IX.19.	Uso 2011 y proyecciones 2012-2018 de las reservas y Fondo Laboral	160

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”	166
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 2011	169
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 2011	169
Cuadro X.4.	Proyección 2012-2095 de jubilados y pensionados del IMSS	170
Cuadro X.5.	Valor presente de obligaciones totales (VPOT), al 31 de diciembre de 2011	172
Cuadro X.6.	Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2011, de acuerdo con la NIF D-3	175
Cuadro X.7.	Registro pleno de obligaciones totales	176
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	177
Cuadro X.9.	Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2011	178

Cuadro X.10.	Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2011	180
Cuadro X.11.	Población de trabajadores activos del Programa IMSS-Oportunidades considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2011	183
Cuadro X.12.	Jubilados y pensionados del Programa IMSS-Oportunidades considerados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2011	183
Cuadro X.13.	Proyecciones 2012-2095 de jubilados y pensionados del Programa IMSS-Oportunidades	184
Cuadro X.14.	Estimación de las aportaciones realizadas por los trabajadores del Programa IMSS-Oportunidades al concepto 152 “Fondo de Jubilación” para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones	185
Cuadro X.15.	Pasivos contingentes en juicios laborales, diciembre de 2011	190
Cuadro X.16.	Distribución de juicios fiscales y administrativos	190
Cuadro X.17.	Pasivos contingentes en juicios administrativos, diciembre de 2011	190
Cuadro X.18.	Pasivos contingentes en juicios fiscales, diciembre de 2011	191
Cuadro X.19.	Pasivos contingentes en juicios civiles y mercantiles, diciembre de 2011	192
Cuadro X.20.	Distribución de establecimientos del Sistema Nacional de Tiendas por delegación en 2011	194
Cuadro X.21.	Resumen financiero del Sistema Nacional de Tiendas, 2006-2011	195
Cuadro X.22.	Hipótesis utilizadas en la proyección de los ingresos y gastos del Sistema Nacional de Tiendas, 2012-2016	197
Cuadro X.23.	Situación financiera del Sistema Nacional de Tiendas en 2011 y proyección 2012-2016	197

Capítulo XI

Cuadro XI.1.	Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2010 y 2011	201
Cuadro XI.2.	Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2011	202
Cuadro XI.3.	Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2011	203
Cuadro XI.4.	Unidades médicas del Régimen Ordinario que no se encuentran en operación, diciembre de 2011	204
Cuadro XI.5.	Construcción nueva en el Régimen Ordinario, primer nivel de atención, mayo de 2012	206
Cuadro XI.6.	Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en el Régimen Ordinario, primer nivel de atención, mayo de 2012	207
Cuadro XI.7.	Construcción nueva en el Régimen Ordinario, segundo nivel de atención, mayo de 2012	209
Cuadro XI.8.	Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en el Régimen Ordinario, tercer nivel de atención, mayo de 2012	210
Cuadro XI.9.	Presupuesto total de inversión en el Régimen Ordinario, incluyendo obras concluidas en 2011, concluidas a mayo 2012 y por concluir en 2012	211
Cuadro XI.10.	Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por nivel de atención y tipo de unidad, 2010 y 2011	211
Cuadro XI.11.	Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2011	212
Cuadro XI.12.	Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades que no se encuentran en operación, mayo de 2012	213

Cuadro XI.13.	Acciones de fortalecimiento en IMSS-Oportunidades, primer nivel de atención, mayo de 2012	215
Cuadro XI.14.	Acciones de fortalecimiento de infraestructura médica en IMSS-Oportunidades, primer nivel de atención, mayo de 2012	216
Cuadro XI.15.	Inmuebles no médicos propiedad del IMSS y rentados por tipo de función del inmueble, 2010 y 2011	218
Cuadro XI.16.	Construcción nueva de unidades no médicas, mayo de 2012	220
Cuadro XI.17.	Número de bienes clasificados por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades, 2011	221
Cuadro XI.18.	Equipo médico adquirido en 2011 por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades	222
Cuadro XI.19.	Inventario de equipo informático por tipo de bien, 2011	225
Cuadro XI.20.	Equipo informático adquirido por tipo de bien, 2011	225
Capítulo XII		
Cuadro XII.1.	Indicadores principales del Programa DIABETIMSS, 2008-2011	234
Cuadro XII.2.	Indicadores del esquema de distribución de medicamentos, 2007-2011	236
Cuadro XII.3.	Inversión en infraestructura, 2007-2011	236
Cuadro XII.4.	Inversión en equipo médico, 2007-2011	237
Capítulo XIII		
Cuadro XIII.1.	Estimación del impacto financiero de las políticas consideradas para dar mayor viabilidad financiera al IMSS	244
Cuadro XIII.2.	Flujo de efectivo 2011, presupuesto 2012 y proyecciones 2012-2018, considerando ingresos adicionales por medidas	247
Anexo A		
Cuadro A.1.	Modalidades de aseguramiento: número de asegurados y tipo de seguro, diciembre 2011	251
Cuadro A.2.	Cobertura poblacional y prestaciones por ramo de aseguramiento del Régimen Obligatorio	252
Cuadro A.3.	Esquema de financiamiento de los seguros del Régimen Obligatorio, 2011	253
Cuadro A.4.	Esquema de financiamiento del Seguro de Salud para la Familia, 2011 y 2012	253
Cuadro A.5.	Tasas de contribución por ramo de seguro en 2011	254
Anexo C		
Cuadro C.1.	Programas presupuestarios, 2011	263
Cuadro C.2.	Principales indicadores que evalúan los programas aprobados, avances al mes de diciembre de 2011	264
Cuadro C.3.	Evaluación Específica de Desempeño, 2010-2011	266
Cuadro C.4.	Mecanismo de seguimiento de aspectos susceptibles de mejora	267

Cuadro C.5.	Criterios por variable y ponderador	268
Cuadro C.6.	Resultados del Modelo Sintético de Información del Desempeño aplicado al IMSS	269
Cuadro C.7.	Ejecución del presupuesto del IMSS con relación a su desempeño	270
Anexo D		
Cuadro D.1.	Evolución de las rentas vitalicias y de los montos constitutivos otorgados en el Seguro de Riesgos de Trabajo	274
Cuadro D.2.	Evolución de las rentas vitalicias y de los montos constitutivos otorgados en el Seguro de Invalidez y Vida	275
Cuadro D.3.	Principales indicadores de los trabajadores asegurados en el IMSS vigentes, al 31 de diciembre de 2011, considerados en las valuaciones actuariales de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida	277
Cuadro D.4.	Beneficios valuados en los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida	278
Cuadro D.5.	Hipótesis demográficas y financieras de las valuaciones actuariales	280
Cuadro D.6.	Árbol de decisión del Seguro de Riesgos de Trabajo	281
Cuadro D.7.	Árbol de decisión del Seguro de Invalidez y Vida	282
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	288
Anexo F		
Cuadro F.1.	Lineamientos para la inversión de fondos de seguridad social	296
Cuadro F.2.	Montos invertidos en deuda del sector hipotecario	298
Cuadro F.3.	Montos invertidos por tipo de deuda del sector hipotecario	299
Cuadro F.4.	Montos invertidos en deuda del sector corporativo no hipotecario	300
Cuadro F.5.	Inversiones en Casita 07	301
Cuadro F.6.	Intereses obtenidos por las inversiones en el sector corporativo por emisor	305
Cuadro F.7.	Intereses obtenidos por las inversiones en el sector hipotecario por emisor	306
Cuadro F.8.	Registros de deterioros de emisiones corporativas	308
Anexo G		
Cuadro G.1.	Antecedentes y evolución de las prestaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	312
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	313
Cuadro G.3.	Percepciones anualizadas de trabajadores activos y jubilados del IMSS, 2011	316
Anexo H		
Cuadro H.1.	Principales indicadores por rangos de edad de los trabajadores valuados al 31 de diciembre de 2011, bajo las prestaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	325

Cuadro H.2.	Jubilados y pensionados considerados en la valuación actuarial del RJP y de la prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2011	328
Cuadro H.3.	Supuestos utilizados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad, al 31 de diciembre de 2011	329
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 2011	331
Cuadro H.5.	Hipótesis financieras utilizadas para la valuación de la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral	333

Índice de Gráficas



Capítulo I

Gráfica I.1.	Producto Interno Bruto real y trabajadores afiliados al IMSS, 2001-2012	8
Gráfica I.2.	Trabajadores permanentes por división de actividad económica, 2001-2011	9
Gráfica I.3.	Razón de trabajadores eventuales urbanos vs. permanentes, 2001-2012	10
Gráfica I.4.	Número de trabajadores afiliados al IMSS, 2001-2011	11
Gráfica I.5.	Evolución de cotizantes, 2006-2011	12
Gráfica I.6.	Variación porcentual anual en el número de cotizantes por delegación, 2010-2011	13
Gráfica I.7.	Cotizantes y registros patronales por tamaño de registro patronal, 2011	13
Gráfica I.8.	Salario base de cotización, 2001-2011	15
Gráfica I.9.	Salario base de cotización en número de veces el salario mínimo por delegación, 2011	15
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, 2011	16
Gráfica I.11.	Nivel de cobertura de los cotizantes no agropecuarios vs. los trabajadores subordinados y remunerados no agropecuarios	19
Gráfica I.12.	Trabajadores eventuales del campo, 2001-2011	22
Gráfica I.13.	Pensionados, 2001-2011	23
Gráfica I.14.	Asegurados no trabajadores excluyendo pensionados, 2001-2011	24

Capítulo II

Gráfica II.1.	Población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 2001-2011	28
Gráfica II.2.	Crecimiento de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 2000-2011	28
Gráfica II.3.	Egresos hospitalarios por grupo de edad, 1986-2011	29
Gráfica II.4.	Consultas externas de medicina familiar por grupo de edad, 1986-2011	29
Gráfica II.5.	Defunciones por grupo de edad, 1976-2011	30
Gráfica II.6.	Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2011	31
Gráfica II.7.	Defunciones por tipo de enfermedad, 1998-2010	31
Gráfica II.8.	Estimación de la estructura del gasto médico por padecimiento, 2011	35
Gráfica II.9.	Comparativo del gasto médico estimado de los seis padecimientos en los escenarios base e inercial, 2012-2050	38
Gráfica II.10.	Evolución de los precios de compra de medicamentos oncológicos en el IMSS, 2007-2011	40

Capítulo IV

Gráfica IV.1.	Rentas vitalicias y montos constitutivos del Seguro de Riesgos de Trabajo, 1997-2011	61
Gráfica IV.2.	Estado de resultados del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2011	62
Gráfica IV.3.	Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Riesgos de Trabajo	68
Gráfica IV.4.	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	69
Gráfica IV.5.	Tasas reales de interés técnico ofertadas por las compañías aseguradoras en el mercado de rentas vitalicias	72

Capítulo V

Gráfica V.1.	Rentas vitalicias y montos constitutivos del Seguro de Invalidez y Vida, 1997-2011	74
Gráfica V.2.	Estado de resultados del Seguro de Invalidez y Vida, 2006-2011	76
Gráfica V.3.	Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Invalidez y Vida	80

Capítulo VI

Gráfica VI.1.	Estado de resultados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2006-2011	87
Gráfica VI.2.	Comportamiento de la prima de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados	99

Capítulo VII

Gráfica VII.1.	Estado de resultados del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, 2006-2011	107
Gráfica VII.2.	Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2011	110
Gráfica VII.3.	Población de 0 a 6 años, según tipo de persona que cuida al menor, 2000 y 2009	110
Gráfica VII.4.	Comportamiento de la capacidad instalada en las guarderías del IMSS, 2001-2011	111
Gráfica VII.5.	Capacidad instalada por tipo de prestación, 2001-2011	112
Gráfica VII.6.	Población usuaria mensual de los centros vacacionales, 2006-2011	120
Gráfica VII.7.	Población usuaria anual de los centros vacacionales, 2006-2011	120

Capítulo VIII

Gráfica VIII.1.	Estado de resultados del Seguro de Salud para la Familia, 2006-2011	129
Gráfica VIII.2.	Población afiliada al Seguro de Salud para la Familia por sexo y grupo de edad, a diciembre de 2011	132
Gráfica VIII.3.	Población afiliada al Seguro de Enfermedades y Maternidad y al Seguro de Salud para la Familia por grupo de edad, a diciembre de 2011	132

Capítulo IX

Gráfica IX.1.	Estructura de las reservas y fondo del IMSS según la LSS	136
Gráfica IX.2.	Evolución del saldo de las reservas y Fondo Laboral, 1998-2011	139
Gráfica IX.3.	Evolución del saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2006-2011	139

Gráfica IX.4.	Esquema accionario de la operación para el fortalecimiento de Afore XXI	143
Gráfica IX.5.	Perfil de vencimientos en la RJPS1 antes y después de los intercambios de instrumentos financieros por efectivo de la RJPS2 y las RFA	147
Gráfica IX.6.	Evaluación del desempeño de corto plazo de las RO, índice del <i>benchmark</i> vs. índice del valor de mercado, 2011	150
Gráfica IX.7.	Evaluación del desempeño de corto plazo de la ROCF, índice del <i>benchmark</i> vs. índice del valor de mercado, 2011	151
Gráfica IX.8.	Evaluación del desempeño de corto plazo de la RGFA, índice del <i>benchmark</i> vs. índice del valor de mercado, 2011	151
Gráfica IX.9.	Evaluación del desempeño de corto plazo de las RFA, índice del <i>benchmark</i> vs. índice del valor de mercado, 2011	151
Gráfica IX.10.	Evaluación del desempeño de corto plazo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, índice del <i>benchmark</i> vs. índice del valor de mercado, 2011	152
Gráfica IX.11.	Evolución del valor en riesgo de mercado durante 2011	155
Gráfica IX.12.	Evolución del valor en riesgo de crédito durante 2011	156
Gráfica IX.13.	Usos y saldos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, proyecciones del cierre 2012, 2009-2014	160
Gráfica IX.14.	Usos y saldos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad, proyecciones del cierre 2012, 2012-2016	161
Gráfica IX.15.	Proyecciones de los saldos de las reservas y Fondo Laboral	161

Capítulo X

Gráfica X.1.	Incremento neto en el número de plazas ocupadas, 1977-2011	170
Gráfica X.2.	Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, total y a cargo del IMSS-Patrón	171
Gráfica X.3.	Pasivo laboral del IMSS, 1999-2011	173
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	173
Gráfica X.5.	Estimación de las aportaciones anuales de los trabajadores y de los pagos anuales por pensiones y jubilaciones	180
Gráfica X.6.	Pasivo laboral de los trabajadores activos del Programa IMSS-Oportunidades que ingresaron al IMSS antes del 12 de agosto de 2004 y de los jubilados y pensionados actuales	186
Gráfica X.7.	Asuntos en trámite por tipo de proceso, diciembre de 2011	187
Gráfica X.8.	Juicios laborales en trámite por fase, que representan pasivo contingente, diciembre de 2011	187
Gráfica X.9.	Asuntos en trámite de atención prioritaria por tipo de proceso, diciembre de 2011	188
Gráfica X.10.	Asuntos en trámite por tipo de proceso, Dirección Jurídica y delegaciones, diciembre de 2011	189
Gráfica X.11.	Número de clientes atendidos en el Sistema Nacional de Tiendas, 2002-2011	194

Capítulo XI

Gráfica XI.1.	Estado físico del inmueble, equipo e instalaciones de las unidades médicas del Régimen Ordinario por nivel de atención, 2010 y 2011	205
Gráfica XI.2.	Número de camas censables por cada 1,000 derechohabientes adscritos a médico familiar, de segundo y tercer niveles de atención, 1980-2011	208
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 y 2011	214
Gráfica XI.4.	Estado físico del inmueble, equipo e instalaciones de las unidades no médicas propiedad del IMSS, 2010 y 2011	219
Gráfica XI.5.	Crecimiento de la población derechohabiente adscrita a la unidad e importe de las altas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2011	221

Capítulo XII

Gráfica XII.1.	Tasa de mortalidad materna, 2000-2011	228
Gráfica XII.2.	Diferimiento quirúrgico y oportunidad quirúrgica, 2009-2011	229
Gráfica XII.3.	Trasplantes realizados en el IMSS, 2001-2011	231
Gráfica XII.4.	Número de consultas preventivas por cada diez consultas de medicina familiar, 2006-2011	233
Gráfica XII.5.	Cobertura poblacional PREVENIMSS por grupo de edad y sexo, 2006-2011	233
Gráfica XII.6.	Ahorros generados por las mejoras en las estrategias de compra y contratación de servicios, 2007-2011	239

Anexo A

Gráfica A.1.	Distribución de afiliados por régimen de aseguramiento, 2011	250

Anexo C

Gráfica C.1.	Matriz de Marco Lógico del Presupuesto basado en Resultados: esquema global de reforma presupuestaria	262

Anexo D

Gráfica D.1.	Eventos que generan una prestación en dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo	272
Gráfica D.2.	Eventos que generan una prestación en dinero en el Seguro de Invalidez y Vida	273
Gráfica D.3.	Elementos que inciden en el costo de las sumas aseguradas	273
Gráfica D.4.	Casos y montos constitutivos de los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida	276
Gráfica D.5.	Distribución de los trabajadores asegurados valuados por grupo de edad y sexo, al 31 de diciembre de 2011	277

Anexo E

Gráfica E.1.	Distribución de los pensionados por el IMSS, por grupo de edad y sexo, al 31 de diciembre de 2011	286

Gráfica E.2.	Costo médico general y por grupo de edad utilizado en la valuación actuarial de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados	289
Anexo F		
Gráfica F.1.	Proceso integral de inversión de las reservas y Fondo Laboral	292
Anexo G		
Gráfica G.1.	Financiamiento del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 1966-2011	318
Gráfica G.2.	Financiamiento acumulado de 1966 a 2011 del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	318
Gráfica G.3.	Gasto total del Régimen de Jubilaciones y Pensiones en el periodo 1966-2011, incluyendo los recursos acumulados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral	319
Gráfica G.4.	Fuentes de financiamiento del gasto total en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 2012	320
Gráfica G.5.	Fuentes de los recursos del IMSS-Patrón para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, 2012	321
Anexo H		
Gráfica H.1.	Distribución de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2011, bajo las prestaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, por tipo de contratación y sexo	325
Gráfica H.2.	Pirámide poblacional por edad de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2011	326
Gráfica H.3.	Pirámide poblacional por antigüedad de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2011	326
Gráfica H.4.	Distribución de los trabajadores valuados, al 31 de diciembre de 2011, bajo las prestaciones del Convenio de octubre de 2005, por tipo de contratación y sexo	330
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 2011	332
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 2011	332
Anexo I		
Gráfica I.1.	Juicios laborales en trámite, diciembre 2007-2011	336
Gráfica I.2.	Demandas notificadas a nivel nacional, 2004-2011	336
Gráfica I.3.	Laudos favorables al IMSS, 2004-2011	337
Gráfica I.4.	Audiencias diferidas a nivel nacional, 2004-2011	337
Gráfica I.5.	Demandas notificadas por las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2004-2011	338
Gráfica I.6.	Juicios laborales en trámite, radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2004-2011	338

Gráfica I.7.	Juicios Laborales en trámite, radicados en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2009-2011	338
Gráfica I.8.	Laudos Favorables en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2004-2011	338
Gráfica I.9.	Audiencias diferidas en las Juntas Especiales 8, 8 Bis, 9 y 9 Bis de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, 2008-2011	339
Gráfica I.10.	Juicios fiscales en trámite, a nivel nacional, 2005-2011	339
Gráfica I.11.	Sentencias a nivel nacional en las que se declara la nulidad lisa y llana de los actos impugnados, 2008-2011	339
Gráfica I.12.	Sentencias a nivel nacional en las que se declara la nulidad para efectos de los actos impugnados, 2008-2011	340
Gráfica I.13.	Sentencias a nivel nacional en las que se declara la validez de los actos impugnados, 2008-2011	340
Gráfica I.14.	Sentido de las sentencias emitidas en juicios de amparo por el Poder Judicial de la Federación, 2011	340



Dictamen de los auditores independientes

A la Secretaría de la Función Pública

A la H. Asamblea General

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 los balances generales 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 2011 y 2010, y los estados de Ingresos y gastos, de variaciones en el patrimonio y de flujos de efectivo, que les son relativos por los años que terminaron en esas fechas. 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. Nuestros exámenes se efectuaron 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 nuestros exámenes proporcionan una base razonable para sustentar nuestra opinión.
3. Como se menciona en la Nota 2 a los estados financieros, el Instituto prepara y presenta sus estados financieros con base en las prácticas contables y en lo dispuesto por la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG), por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC), en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) y su Reglamento; así como, en las Normas Específicas de Información Financiera Gubernamental para el Sector Paraestatal (NEIFGSP), emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), autorizadas por dicha Secretaría a través del catálogo de cuentas publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) con fecha 11 de julio de 2005, las cuales difieren de las Normas de Información Financiera (NIF) mexicanas, emitidas por el Consejo Mexicano 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 periodo 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 2011 y 2010, el Instituto reconoció parcialmente en el estado de ingresos y gastos \$45,353 y \$43,400 millones de pesos, en lugar de \$703,280 y \$702,139 millones de pesos, respectivamente. Consecuentemente, al 31 de diciembre de 2011 y 2010, el pasivo laboral registrado por el Instituto es insuficiente en \$1,349,283 y \$1,250,373 millones de pesos, respectivamente. Los importes fueron ajustados en el cálculo actuarial en los rubros del servicio pasado no reconocido por beneficios no adquiridos y pérdidas actuariales.
 - c) El Instituto reconoce contablemente ciertas transacciones como las compras de algunos activos fijos y la contratación de servicios para obra; así como, liquidaciones contractuales, cuando se requisita la documentación fiscal correspondiente o cuando se realiza el pago respectivo; por otro lado, la NIF C-9 "Pasivos, Provisiones, Activos y Pasivos Contingentes y Compromisos", requiere que se reconozcan al momento de recibir los bienes o servicios, o cuando se han devengado las obligaciones correspondientes.
 - d) Como se describe en el párrafo a, de la Nota 2.1.1, el Instituto deprecia sus activos fijos únicamente en sus 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 309-A-11-A126/2009, emitida el 13 de abril de 2009 por la SHCP. Dado lo anterior, al 31 de diciembre de 2011 y 2010 el Instituto no ha reconocido la depreciación del valor actualizado de los activos que, de acuerdo con estimaciones del propio Instituto, ascendería a \$1,077 millones de pesos por el efecto acumulado de 2008 a 2011, que hubieran afectado en \$355 millones de pesos los gastos de 2011 y \$232 millones de pesos en 2010, respectivamente.
4. Como se indica en la Nota 12 a los estados financieros, al 31 de diciembre de 2010, la cuenta de obras en proceso y su actualización presentaba un saldo total de \$12,585 millones de pesos, siendo que una parte de éstas deberían haber estado clasificadas como obras en uso y ser sujetas de depreciación. El valor de estas cuentas al 31 de diciembre de 2010 está integrado por \$10,574 millones de pesos a valor histórico; así como \$2,011 millones de pesos por concepto de actualización por inflación. De los valores históricos de las obras en proceso al 31 de diciembre de 2010, la cantidad de \$1,106 millones de pesos correspondía a obras terminadas y finiquitadas en proceso de capitalizarse a obras en servicio; adicionalmente, existían otras obras ya terminadas por

un importe de \$7,456 millones de pesos en proceso de finiquitarse, para también estar dispuestas a clasificarse como obras en uso en los estados financieros; y \$2,012 estaban identificadas como obras reales en proceso. Durante el ejercicio de 2011 se llevaron a cabo trabajos de integración y análisis de información de las obras en proceso, con los cuales se efectuaron capitalizaciones a obras en servicio por \$10,729 millones de pesos, que incluyen \$1,974 millones de pesos de actualización por inflación; por lo que la cuenta al 31 de diciembre de 2011 muestra esencialmente el monto de las obras que efectivamente están en proceso.

5. Como se indica en la Nota 2.2.9 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, como se observa en la Nota 6-d. 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, al 31 de diciembre de 2010, el saldo de \$7,330 millones de pesos en la estimación para cuentas de cobro dudoso se mostraba insuficiente para absorber el importe de las cuentas por cobrar a patrones con problemas específicos de cobro a esa fecha, que ascendía a \$9,343 millones de pesos. Al 31 de diciembre de 2011, el importe de la estimación es suficiente para absorber el importe de las cuentas de dudosa recuperación.
6. Como se señala en la Nota 7-d a los estados financieros, al 31 de diciembre de 2010, el Instituto mantenía 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 estaban 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 registrar su efecto en los resultados del ejercicio. Durante 2011 se efectuaron las aplicaciones necesarias quedando un saldo de \$165 millones de pesos que provienen principalmente del final de dicho ejercicio.
7. Como se describe en la Nota 2.2.7, durante los ejercicios de 2011 y 2010 el Instituto reconoció los efectos por deterioro en el valor de los instrumentos financieros, registrando un gasto por \$313 y \$672 millones de pesos, respectivamente. 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 explica en la Nota 9-b, a efecto de generar recursos en el ejercicio 2011, para cumplir con las estimaciones de uso de la reserva para obligaciones laborales de carácter legal o contractual, por un valor contable de \$34,630 millones de pesos; así como, para transferir recursos a la reserva del seguro de enfermedades y maternidad por un monto total de \$61,222 millones de pesos, conforme a los acuerdos ACDO.AS3.HCT.200711/193.P.DF y ACDO.AS3.HCT.280911/263.R.DF del H. Consejo Técnico del 20 de julio de 2011 y 28 de septiembre de 2011, respectivamente, las inversiones financieras del Instituto, clasificadas originalmente como "Conservadas a

vencimiento", fueron reclasificadas como "Disponibles para su venta"; el efecto de esta reclasificación generó una plusvalía acumulada a la fecha del cambio de \$546 millones de pesos y de \$3,859 millones de pesos, respectivamente.

9. Como se menciona en la Nota 1.01 de los estados financieros, referente a la problemática del Instituto, en las conclusiones y propuestas presentadas en el "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto, 2010-2011", se señala de manera clara que el Instituto se encuentra en una situación financiera complicada. Se observa un desequilibrio estructural, déficit entre los ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad; así como, del Seguro de Salud para la Familia. El resto de los seguros como Riesgos de Trabajo, Invalidez y Vida, Guarderías y Prestaciones Sociales, 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 Seguro de Enfermedades y Maternidad y el Seguro de Salud para la Familia, arrojan un déficit mayor, mientras que el Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales se vuelven deficitarios, y el Seguro de Invalidez y Vida disminuye su excedente de ingresos sobre gastos. El pasivo laboral del Instituto como patrón tiene un valor presente de obligaciones totales de 1.3 billones de pesos de 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 2011, 2010 y 2009 se utilizaron \$18,035, \$9,900 y \$4,403 millones de pesos, respectivamente, para el pago de la nómina de jubilaciones y pensiones de esos años. Se estima que en el año de 2012 se agotará dicho fondo. 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.
10. En nuestra opinión, excepto por las situaciones, que afectaron únicamente las cifras del ejercicio 2010, relativas a la inadecuada clasificación de las obras en proceso, explicada en el párrafo 4 anterior; así como, por la insuficiencia en la estimación de cuentas de cobro dudoso y la falta de aplicación de los gastos por comprobar, descritas en los párrafos 5 y 6 anteriores, 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 2011 y 2010, los ingresos y gastos, las variaciones en el patrimonio y los flujos de efectivo, por los años que terminaron en esas fechas, de conformidad con las bases contables descritas en el párrafo 3 anterior.

Prieto, Ruiz de Velasco y Cia., S.C.

C.P.C. Erwin Alejandro Ramírez Gasca
Socio

México, D.F., a 20 de marzo de 2012.



14 de Mayo de 2012

**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. P250008 celebrado el 2 de enero de 2012 entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Lockton Consultores Actuariales Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V. (nuestra Firma), me permito señalar lo siguiente con respecto a la "Auditoría a la Valuación Financiera y Actuarial del IMSS al 31 de Diciembre de 2011".

El objetivo de la Auditoría mencionada fue verificar lo siguiente: i) que los resultados de las valuaciones actuariales al 31 de diciembre de 2011 realizadas por el IMSS para evaluar la suficiencia financiera de los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT) e Invalidez y Vida (SIV), así como de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados (GMP) del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), sean confiables y razonables y se hayan determinado conforme a las técnicas y metodologías generalmente aceptadas; y ii) que las proyecciones financieras de corto, mediano y largo plazo de ingresos, gastos, y déficit o superávit realizadas por el IMSS para determinar su situación financiera consolidada, así como la situación financiera de los seguros que no se valúan actuarialmente (cobertura de asegurados del SEM; Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, SGPS; y Seguro de Salud para la Familia, SSFAM) sean confiables y razonables y se hayan determinado conforme a las técnicas y metodologías generalmente aceptadas.

Para tal efecto, nuestra Firma revisó la estructura, bases de información, bases biométricas, hipótesis y notas técnicas y metodológicas empleadas en los tres modelos que utiliza el IMSS para elaborar sus proyecciones: i) Modelo Actuarial de Largo Plazo, mediante el cual se proyecta a 50 y 100 años el comportamiento de los trabajadores activos y de los pensionados y sus familiares derechohabientes, así como el monto de las prestaciones en dinero y en especie que recibirán de acuerdo a lo establecido en la Ley del Seguro Social (LSS); ii) Modelo Financiero de Corto Plazo, con el que se proyecta a seis años el flujo de ingresos, gastos, reservas y excedentes o déficits, en función de la experiencia observada tanto en el pago de beneficios como en la operación del Instituto.; iii) Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo, que permite proyectar hacia el año 2050 el comportamiento por rubro y por seguro del flujo de efectivo del IMSS, partiendo de las proyecciones obtenidas mediante el Modelo Financiero de Corto Plazo y el Modelo Actuarial de Largo Plazo.

LOCKTON CONSULTORES ACTUARIALES
AGENTES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, S.A. DE C.V.

Carretera México-Toluca, s/n, Col. San Mateo Atlix,
Cajalutero, Jalisco, México

0331-3100000



En el caso del Modelo Actuarial de Largo Plazo, el método utilizado por nuestra Firma para practicar la Auditoría fue el método de censo, mismo que permitió verificar la confiabilidad y razonabilidad de los resultados de las valuaciones actuariales realizadas, así como de la información y de las hipótesis y de la metodología empleada. Para el Modelo Financiero de Corto Plazo y el Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo se utilizó la técnica de proyección de estados financieros.

Los resultados que verificó nuestra Firma a través de las valuaciones actuariales elaboradas mediante el Modelo Actuarial de Largo Plazo, estuvieron focalizados para el SRT, el SIV y la cobertura de GMP, en el grado de suficiencia financiera que tienen las primas de contribución establecidas en la LSS para hacer frente a las obligaciones contraídas por el IMSS con los asegurados y sus beneficiarios, por las prestaciones en dinero y en especie a las que tienen derecho. Este análisis permitió concluir que el SRT y el SIV tienen suficiencia financiera para cubrir en el largo plazo sus obligaciones, mismas que en el caso del SRT son las pensiones definitivas y provisionales, las indemnizaciones, los subsidios, las ayudas, y los gastos de administración y gastos médicos para asegurados, mientras que en el caso del SIV son las pensiones definitivas y temporales y los gastos administrativos. Para la cobertura de GMP el análisis permitió concluir que la prima de contribución establecida en la LSS para esta cobertura es notoriamente insuficiente para que se puedan financiar en el corto, el mediano y el largo plazo las prestaciones en especie que por Ley deben otorgarse a los pensionados y sus beneficiarios.

Cabe enfatizar en 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 financiera de la prima de GMP se desprenden de los resultados de las valuaciones actuariales realizadas por el IMSS a partir del Modelo Actuarial de Largo Plazo, los cuales son responsabilidad del Instituto, en tanto que nuestra responsabilidad consiste en expresar una opinión sobre los mismos tomando como base la auditoría practicada.

En ese sentido, las pruebas que aplicó nuestra Firma para validar dichos resultados fueron realizadas con base en las normas actuariales generalmente aceptadas, que permiten que la auditoría garantice que esos resultados no contienen errores importantes en cuanto a las primas niveladas obtenidas a 50 y 100 años de proyección, así como en cuanto al nivel de las reservas actuariales de los seguros y de la cobertura valuados.

Por lo que se refiere al Modelo Financiero de Corto Plazo, nuestra Firma analizó el comportamiento que ha tenido en los últimos años el flujo de efectivo de ingresos y egresos del Instituto, así como el presupuesto para el año 2012 y los supuestos empleados para proyectar su evolución en el periodo 2013 - 2018, considerándose que tales supuestos son adecuados, al igual que los resultados obtenidos.

En cuanto al Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo 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 y por seguro para el periodo 2015-2050, y en consecuencia también son adecuados los resultados obtenidos.

LOCKTON CONSULTORES ACTUARIALES
ASISTENTES EN SEGUROS Y FINANZAS S.A. DE CV

SEGUROS Y FINANZAS S.A. DE CV



Por lo expuesto anteriormente, certifico lo siguiente:

- i. La información, los supuestos y la metodología 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, para proyectar la situación financiera del IMSS y de cada uno de los seguros que administra, son consistentes con la experiencia que ha tenido el Instituto en los últimos años.
- ii. El Modelo Actuarial de Largo Plazo, en nuestra opinión y a nuestro leal saber y entender, presenta razonablemente la situación financiera en el corto, el mediano y el largo plazo de los seguros de Riesgos de Trabajo y de Invalidez y Vida y permite concluir que con las primas de contribución establecidas en la LSS para ambos seguros así como con el nivel de sus reservas actuariales, se encuentran en posibilidad de hacer frente a las prestaciones en dinero y en especie que deben cubrir a los asegurados, a los pensionados y a sus beneficiarios.
- iii. Por lo que se refiere a la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, el Modelo Actuarial de Largo Plazo también arroja resultados confiables y razonables con respecto a la evidente insuficiencia de su prima de contribución y de sus reservas, para hacer frente a las obligaciones que tiene esta cobertura con los pensionados y sus beneficiarios.
- iv. El Modelo Financiero de Corto Plazo y el Modelo Integral Financiero y Actuarial de Largo Plazo reflejan razonablemente la situación financiera del Instituto Mexicano del Seguro Social para el período que abarcan sus proyecciones.

Atentamente,

Act. Marcela Flores Quiroz
Cédula Profesional No. 1280075
Perito Valuador de Pasivos
Contingentes No. 049-1280075

LOCKTON CONSULTORES ACTUARIALES
AGENCIA DE SEGUROS Y FIDELIDADES S.A. DE CV

Carretera México-Toluca, km. 10.5, Col. San Mateo

04510 México, D.F. C.P. 06700

Tel. 5622 1100

www.lockton.com.mx



30 de Abril de 2012

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

Con base en lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios número P250008 celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Lockton Consultores Actuariales, Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V. para llevar a cabo la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a las Empleados", al 31 de Diciembre de 2011 y Proyecciones 2012, nos permitimos señalar lo siguiente:

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

Asimismo, se realizó tomando en cuenta tanto los recursos que el Instituto ha destinado para afrontar las obligaciones derivadas del RJP y para constituir las reservas 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.

Todos los supuestos financieros y demográficos utilizados en la valuación, así como la metodología de cálculo aplicada, fueron validados de acuerdo a la experiencia del Instituto y del país y se mantuvieron consistentes con los utilizados en la Valuación Actuarial al 31 de diciembre de 2010.

Cabe señalar que en la valuación actuarial, el gasto del IMSS para afrontar sus obligaciones laborales durante el 2011 (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 apeg a la NIF08-BIS de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

LOCKTON CONSULTORES ACTUARIALES
AGENTES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, S.A. DE C.V.

Carretera México-Toluca, s/n, Col. San Mateo Atlix,
Cajalutero, Tlaxcala, México, C.P. 76000
Tel: 01 (221) 211 1111



En los Estados Financieros del Instituto, de acuerdo a la NIF08-BIS, el cargo a resultados del RJP correspondiente al ejercicio 2011 considera los siguientes conceptos: 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 2011.

De acuerdo con lo anterior, hago constar que toda la información contenida en la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y Prima de Antigüedad de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) "Beneficios a los Empleados", al 31 de Diciembre de 2011 y Proyecciones 2012, 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, y que se actuó con objetividad en la cuantificación de las obligaciones sin que existiera impedimento alguno y/o relación que modificara los resultados del dictamen.

Por último, certifico que los resultados obtenidos, en nuestra opinión y a nuestro leal saber y entender, reflejan razonablemente la situación del Instituto Mexicano del Seguro Social al 31 de diciembre de 2011 con respecto a su obligación laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de sus trabajadores.

Atentamente,

Act. Marcela Flores Quiroz
Cedula Profesional No. 1280075
Perito Valuador Pasivos
Contingentes No. 049-1280075



2 de Mayo de 2012

**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. P250008, celebrado entre Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y nuestra Firma el 2 de enero de 2012, 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 2011”.

El estudio actuarial en referencia fue realizado con base en la información proporcionada por el IMSS, con respecto a: i) el número de 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 en su calidad de patrón y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS); ii) el número de pensiones otorgadas al 31 de diciembre de 2011 bajo las condiciones de dicho Convenio; y, iii) el saldo de los recursos acumulados en la subcuenta 2 del FCOLCLC a esa fecha. En adición a lo anterior se tomaron en cuenta las disposiciones establecidas a los artículos 277D y 286K de la Ley del Seguro Social, emanadas de la reforma del 11 de agosto de 2004 a ese ordenamiento.

Los elementos que se consideran en el estudio para determinar la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del FCOLCLC para hacer frente a las obligaciones por pensiones de los trabajadores contratados en términos del Convenio Adicional en cuestión son los siguientes: i) el saldo acumulado más los rendimientos al 31 de diciembre de 2011 de la subcuenta 2A del FCOLCLC, la cual está constituida por las aportaciones realizadas por los trabajadores contratados por el IMSS antes del 12 de agosto de 2004, ii) el saldo acumulado más los rendimientos al 31 de diciembre de 2011 de la subcuenta 2B del FCOLCLC, integrada por las aportaciones de los trabajadores contratados bajo el Convenio Adicional; iii) las aportaciones futuras de los trabajadores en activo contratados por el al IMSS antes del 12 de agosto de 2004; y, iv) las aportaciones futuras de los trabajadores contratados por el IMSS conforme al citado Convenio Adicional.

LOCKTON CONSULTORES ACTUARIALES
AGENTES DE SEGUROS Y RESEGURADORA S.A. DE CV

Carretera México-Toluca, 1000 metros, Col. San Mateo Atenco, Estado de México

Código Postal: 05900, México, D.F.

Teléfono: 55 56 11 11 11

Correo electrónico: info@lockton.mx



El estudio no certifica el detalle mensual de las aportaciones realizadas a diciembre de 2011 por ambos grupos de trabajadores, debido a que nuestra Firma no contó con las nóminas mensuales en donde se registran los descuentos aplicados a éstos 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 58 trabajadores a los que se ha otorgado una pensión conforme a lo establecido en el Convenio Adicional, así como para los 44,461 trabajadores de Base y de Confianza "B" contratados bajo las condiciones de éste, el valor presente de obligaciones totales (VPOT) se encuentra plenamente financiado con el saldo acumulado en la Subcuenta 2 del FCOI.CLC a la fecha de valuación, más el valor presente de las aportaciones futuras de los trabajadores en activo contratados antes del 12 de agosto de 2004 y de los contratados bajo las condiciones del Convenio Adicional, considerando la tasa de descuento del 3.7% real fijada por el IMSS como meta promedio anual de rendimiento de los recursos que se vayan acumulando en la referida Subcuenta 2.

Atentamente,

Act. Marcela Flores Quiroz
Cedula Profesional No. 1280075
Perito Valuador Pasivos
Contingentes No. 049-1280075

LOCKTON CONSULTORES ACTUARIALES
AGENTES DE SEGUROS Y DE FIANZAS S.A. DE C.V.

Carretera a Cuernavaca, km. 1.5, Col. San Mateo, Cuernavaca, Morelos, México

Código Postal: 76100, Tel: 01(771) 311 1111

www.lockton.mx

Esta impresión se terminó de imprimir y encuadernar en el mes de junio de 2012 en:
Custom Printing, S. A. de C. V. Ubicada en Pitágoras N°. 724, Col. Narvarte C. P. 03020 México, D. F. Tel. 5523-8470.
La edición consta de 10 ejemplares.
El diseño y cuidado de la edición estuvieron a cargo de la Coordinación de Comunicación Social del Instituto
Mexicano del Seguro Social.