

INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL Y AL
CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE LA SITUACIÓN
FINANCIERA Y LOS RIESGOS DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 2013-2014

**INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL
Y AL CONGRESO DE LA UNIÓN SOBRE
LA SITUACIÓN FINANCIERA Y LOS RIESGOS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
2013-2014**

Primera edición, 2014.

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

Impreso y hecho en México.

Portada

Obra: Por una seguridad completa para todos los mexicanos

Autor: David Alfaro Siqueiros

Patrimonio artístico del IMSS.

El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013-2014 puede recuperarse parcial o totalmente en la siguiente dirección de internet: <http://www.imss.gob.mx>

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



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



2013-2014

Índice



Siglas y Acrónimos	I
Presentación	III
Introducción	1
Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General	9
I.1. Contexto económico	9
I.2. Transición demográfica	11
I.3. Transición epidemiológica	13
I.4. Situación financiera general	14
I.4.1. Estado de actividades	15
I.4.2. Estado de situación financiera	17
I.4.3. Proyecciones financieras de corto plazo	20
I.4.4. Proyecciones financieras de largo plazo	28
Capítulo II. Ingresos Obrero-Patronales y Aseguramiento en el IMSS	33
II.1. Ingresos obrero-patronales	34
II.2. Aseguramiento en el IMSS	36
II.2.1. Puestos de trabajo y salario asociado	36
II.2.2. Asegurados	46
II.2.3. Pensionados	50
II.2.4. Beneficiarios de asegurados y pensionados	50
II.3. Cobertura de seguridad social	54
II.4. Simplificación de trámites y mejora de servicios	55
II.4.1. Simplificación de trámites	55
II.4.2. Nuevo Modelo de Fiscalización	59
Capítulo III. Seguro de Riesgos de Trabajo	61
III.1. Introducción	61
III.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo	65
III.1.2. Indemnizaciones globales	67
III.1.3. Pensiones	67
III.2. Estado de actividades	71

III.3. Resultados de la valuación actuarial	71
III.3.1. Proyecciones demográficas y financieras	73
III.3.2. Balance actuarial	77
III.3.3. Escenarios de sensibilidad	79
III.4. Opciones de política	81
Capítulo IV. Seguro de Invalidez y Vida	83
IV.1. Introducción	83
IV.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo	84
IV.1.2. Pensiones	87
IV.2. Estado de actividades	91
IV.3. Resultados de la valuación actuarial	93
IV.3.1. Proyecciones demográficas y financieras	93
IV.3.2. Balance actuarial	98
IV.3.3. Escenarios de sensibilidad	98
IV.4. Opciones de política	101
Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad	105
V.1. Estado de actividades	107
V.2. Proyecciones financieras de largo plazo	107
V.2.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad	109
V.2.2. Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados	111
V.2.3. Gastos Médicos de Pensionados	113
V.2.4. Resumen	115
V.3. Necesidades de salud de la población derechohabiente	116
V.4. Gestión médica	119
V.4.1. Prevención	119
V.4.2. Atención médica en el primer nivel	123
V.4.3. Atención médica hospitalaria	125
V.4.4. Estandarización y calidad	128
V.5. Enfermedades crónicas	132
V.5.1. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS	133
V.5.2. Control de las enfermedades crónico-degenerativas	134
V.6. Educación e investigación como estrategias de mejora de la calidad de los servicios médicos	139
V.7. Reforma del Sistema Nacional de Salud	143
Capítulo VI. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	145
VI.1. Estado de actividades	147
VI.2. Proyecciones financieras de largo plazo	147
VI.3. Análisis financiero complementario	147
VI.3.1. Guarderías	147

VI.3.2. Sistema Nacional de Velatorios	155
VI.3.3. Centros Vacacionales	159
VI.4. Opciones de política	164
Capítulo VII. Seguro de Salud para la Familia	167
VII.1. Estado de actividades 2013	168
VII.2. Población asegurada	168
VII.3. Cuotas de financiamiento	171
Capítulo VIII. IMSS-Oportunidades	173
VIII.1. Financiamiento	177
VIII.2. Modelo de Atención Integral a la Salud	179
VIII.3. Logros del Programa IMSS-Oportunidades	180
VIII.3.1. Vacunación universal	180
VIII.3.2. Prevención y reducción de la muerte materna	181
VIII.3.3. Atención Integral al Adolescente	182
VIII.3.4. Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico-uterino	184
VIII.3.5. Vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades	184
VIII.3.6. Atención médica	189
VIII.4. Opciones de política	190
Capítulo IX. Reservas y Fondo Laboral del Instituto	193
IX.1. Antecedentes	194
IX.1.1. La estructura de las reservas y Fondo Laboral del IMSS	194
IX.1.2. Régimen de inversión	195
IX.2. Inversión de las reservas y Fondo Laboral	197
IX.2.1. Evolución de las reservas y Fondo Laboral 2013	197
IX.2.2. Asignación estratégica de activos	199
IX.2.3. Afore XXI Banorte	200
IX.2.4. Generación de liquidez para la Subcuenta 1 del Fondo Laboral y la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad	202
IX.2.5. Rendimientos financieros obtenidos en 2013	203
IX.2.6. Riesgos financieros de las inversiones institucionales	204
Capítulo X. Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto	207
X.1. Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón	208
X.1.1. Pasivo laboral por prima de antigüedad e indemnizaciones	209
X.1.2. Pasivo laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones	213
X.1.3. El Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Programa IMSS-Oportunidades	222
X.2. Situación financiera del Fondo Laboral para las contrataciones bajo el Convenio de 2005	223
X.3. Contingencias de carácter litigioso	227
X.3.1. Contingencias en juicios laborales	229

X.3.2. Contingencias en juicios fiscales y administrativos	231
X.3.3. Contingencias en juicios civiles y mercantiles	232
X.3.4. Asuntos penales	233
X.3.5. Conclusiones	234
X.4. Sistema Nacional de Tiendas	235
X.4.1. Resultados financieros, 2007-2013	236
Capítulo XI. Gestión de los Recursos Institucionales	239
XI.1. Acciones para incrementar la eficiencia del gasto y mejorar los servicios	240
XI.1.1. Mejoras en los esquemas de abasto y suministro de medicamentos y servicios médicos	240
XI.1.2. Optimización del gasto administrativo y de operación	246
XI.1.3. Acciones para optimizar la utilización de inmuebles	247
XI.1.4. Optimización del gasto en servicios personales	248
XI.1.5. Inversión física	248
XI.2. Estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto	249
XI.2.1. Infraestructura inmobiliaria institucional	249
XI.2.2. Equipo institucional	258
XI.3. IMSS Digital	258
Capítulo XII. Reflexiones Finales y Propuestas	267
Índice de cuadros	289
Índice de gráficas	295
Dictamen de los auditores independientes	299

Siglas y Acrónimos



AFORE	Administradora de Fondos para el Retiro	RFA	Reserva Financiera y Actuarial
AVISA	Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad	RGFA	Reserva General Financiera y Actuarial
CARA	Centro de Atención Rural al Adolescente	RJP	Régimen de Jubilaciones y Pensiones
COFEMER	Comisión Federal de Mejora Regulatoria	RO	Reserva Operativa
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	ROCF	Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social	SBC	Salario Base de Cotización
COP	Cuotas Obrero-Patronales	SEM	Seguro de Enfermedades y Maternidad
DIABETIMSS	Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético	SFP	Secretaría de la Función Pública
FCOLCLC	Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (o Fondo Laboral)	SGPS	Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
HR	Hospital Rural	SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social	SIPARE	Sistema de Pago Referenciado
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía	SISPA	Sistema de Información en Salud para Población Abierta
INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores	SIV	Seguro de Invalidez y Vida
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	SRCV	Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez
LIF	Ley de Ingresos de la Federación	SRT	Seguro de Riesgos de Trabajo
LSS	Ley del Seguro Social	SSFAM	Seguro de Salud para la Familia
PIB	Producto Interno Bruto	UMAA	Unidad Médica de Atención Ambulatoria
PREVENIMSS	Programas Integrados de Salud	UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad
		UMF	Unidad de Medicina Familiar
		UMR	Unidad Médica Rural
		UMU	Unidad Médica Urbana
		VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Presentación



Este Informe presenta ante el Ejecutivo Federal y el H. Congreso de la Unión el estado sobre la situación financiera y presupuestaria, así como sobre los principales riesgos que enfrenta el Instituto Mexicano del Seguro Social, de conformidad con el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social.

Los resultados contables y actuariales aquí contenidos se encuentran dictaminados por auditores externos. La complejidad de la situación financiera que enfrenta el Instituto ha sido ampliamente descrita desde Informes anteriores. En este contexto, desde 2009 ha sido necesario utilizar los recursos acumulados en las reservas del Instituto para subsanar su déficit operativo.

En particular, a partir de 2013 se comenzaron a utilizar los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad. Al cierre de 2013, esta reserva presentaba un saldo de 60,644 millones de pesos y se estima que estos recursos se agoten en el año 2017.

Aunque las transiciones demográfica y epidemiológica permanecen como factores externos de alto impacto para las finanzas del Instituto, también es cierto que la presente Administración ha puesto un particular énfasis en construir una respuesta institucional que modifique positivamente los factores internos que puedan conducir hacia una trayectoria de mayor viabilidad financiera.

Entre los factores internos más importantes que han influido en el deterioro financiero del IMSS se encuentran el crecimiento del costo de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) y el alto gasto administrativo.

Para afrontar esta situación, durante 2013 se llevó a cabo un importante esfuerzo de saneamiento financiero que se vio reflejado en una reducción del uso de reservas de 24.6 mil millones de pesos en 2012 a menos de la mitad en 2013 (11.6 miles de millones de pesos)¹.

Para lograr lo anterior, el IMSS, con el esfuerzo conjunto de sus trabajadores, sindicato, patrones, administración y población derechohabiente, hubo de implementar una serie de medidas para alcanzar mejoras en la productividad y la eficiencia de los servicios, así como para fortalecer la transparencia y para fomentar el cumplimiento cabal de las obligaciones de todos los actores del Instituto.

Como se explicará a lo largo del presente Informe, se han realizado mejoras significativas en materia de abasto, se han optimizado los procesos relacionados a los servicios generales, se han simplificado trámites y procedimientos administrativos, y se han iniciado acciones para el mejoramiento del modelo de atención médica.

Para consolidar el saneamiento financiero del Instituto y mejorar la calidad y calidez de los servicios que brinda a sus derechohabientes es necesario continuar con los esfuerzos ya iniciados desde hace poco más de un año. Las políticas de ejercicio ordenado del gasto y de incremento en la productividad y eficiencia en la prestación de los servicios sustantivos del IMSS habrán de ser institucionalizadas para que formen parte del quehacer cotidiano de esta gran institución, pilar indiscutible de la seguridad social en nuestro país.

Condición irrenunciable es el que ello deberá lograrse sin demeritar la calidad y calidez que reciben nuestros derechohabientes, sino, por el contrario, fortaleciéndolas y haciendo de ellas características inherentes al compromiso que el IMSS estableció con México desde hace ya 7 décadas.

**El Consejo Técnico del
Instituto Mexicano del Seguro Social**

México, D. F., junio de 2014.

¹ Pesos de 2014.



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.

El IMSS es la institución de seguridad social con el mayor número de derechohabientes en el país (cuadro 1). En diciembre de 2013, el Instituto contaba con una población derechohabiente de 71.4 millones de personas, incluyendo a 11.9 millones que no cuentan con seguridad social y que reciben servicios médicos por parte del Instituto a través del Programa IMSS-Oportunidades.

Debido a que una persona puede ser beneficiaria de uno o más de los esquemas, es común 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.

¹ Ley del Seguro Social, Artículo 2.

² *Ídem*, Artículo 4.

³ *Ídem*, Artículo 5.

Cuadro 1.
Distribución de la población según institución de protección en salud, diciembre de 2013

Institución	Número de derechohabientes/ afiliados	Porcentaje de la población^{1/}
IMSS	71,403,369	60.0
Régimen Ordinario	59,511,963	50.0
Trabajadores ^{2/}	16,525,061	13.9
No trabajadores ^{3/}	7,018,631	5.9
Pensionados ^{4/}	3,423,560	2.9
Familiars adscritos ^{5/}	24,194,833	20.3
Familiars no adscritos ^{6/}	8,349,878	7.0
IMSS-Oportunidades	11,891,406	10.0
ISSSTE	12,630,569	10.6
Seguro Popular	55,637,999	46.7
PEMEX, SEDENA, SEMAR	1,764,264	1.5
Instituciones privadas	2,142,974	1.8
Otras instituciones públicas	1,840,076	1.5

^{1/} La población a diciembre de 2013 se estimó como el promedio de las poblaciones a mitad del año de 2013 y 2014 proyectadas por el Consejo Nacional de Población (119'054,129 personas).

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

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

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

^{5/} Beneficiarios adscritos a una clínica, con nombre y apellidos.

^{6/} Las cifras de familiares no adscritos corresponden a estimaciones determinadas con base en coeficientes familiares. Los coeficientes familiares pueden ser interpretados como un promedio del número de miembros por familia y se aplican al número de asegurados directos y de pensionados.

Fuente: IMSS, Informe Mensual de Población Derechohabiente y Sistema de Acceso a Derechohabientes, diciembre 2013; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Reporte de Población Amparada, diciembre de 2013; Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados enero-diciembre 2013; Petróleos Mexicanos (PEMEX) Reporte de derechohabientes diciembre 2013; Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR) con datos del Programa Institucional 2013-2018 del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, y estimaciones con base a Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), XIII Censo de Población y Vivienda 2010 y Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2013.

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 cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), el Seguro Facultativo⁴ y algunas otras modalidades de incorporación voluntaria.

En términos de recursos requeridos e impacto poblacional, el IMSS es el mayor prestador de servicios médicos en México. En un día típico del Instituto se realizan más de 489 mil consultas médicas, de las cuales 58,238 son atenciones por urgencias; se registran 5,552 egresos hospitalarios y 4,171 intervenciones quirúrgicas; además, se elaboran más de 752 mil análisis clínicos, como se muestra en el cuadro 2.

En el ámbito nacional, el IMSS continua siendo, en muchos rubros, el mayor prestador de servicios de salud otorgados por instituciones públicas (cuadro 3).

Dentro del contexto de seguridad social, el IMSS no sólo brinda servicios de salud, sino también protege a los trabajadores y a sus familiares frente a eventos que ponen en riesgo sus ingresos, además de apoyar el cuidado infantil para las madres y padres trabajadores durante su jornada laboral. Por otra parte, el Instituto también pone a disposición de sus derechohabientes diversas actividades culturales, deportivas, de promoción de la salud, de capacitación y adiestramiento técnico, así como una red de tiendas, centros vacacionales y velatorios.

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

Cuadro 2.
Servicios médicos otorgados en un día típico,
enero a diciembre de 2013

Concepto	Promedio total nacional
Total de consultas otorgadas	489,549
Consultas de medicina familiar	332,295
Consultas de especialidades	80,019
Consultas dentales	18,997
Atenciones de urgencias	58,238
Egresos hospitalarios	5,552
Intervenciones quirúrgicas	4,171
Partos atendidos	1,261
Análisis clínicos	752,080
Estudios de radiodiagnóstico	58,519

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social, el H. Consejo Técnico 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. Como lo especifica la Ley, los resultados contables y actuariales presentados en este documento fueron dictaminados por auditores externos.

Como se podrá ver a lo largo de este Informe, la situación financiera del IMSS continúa siendo presionada por una demanda creciente por servicios de salud. Sin embargo, se mostrarán también los primeros resultados del gran esfuerzo que el Instituto ha iniciado desde hace poco más de un año para hacer más eficiente su operación, elevando la calidad y calidez con que presta sus servicios, y para sanear financieramente a la institución.

Las transiciones demográfica y epidemiológica que enfrenta el IMSS, al igual que el resto de las instituciones de salud de México, constituyen factores externos que han ejercido una considerable presión sobre el gasto que el Instituto destina a financiar los servicios médicos de sus derechohabientes.

Sin embargo, desde el inicio de la presente Administración el Instituto ha enfocado sus acciones sobre aquellos factores internos que representan un área de oportunidad para hacer más eficiente la gestión de los recursos institucionales. El resultado que resume el esfuerzo realizado por el IMSS en 2013 es la reducción en el uso de las reservas de 24,568 millones de pesos en 2012 a menos de la mitad en 2013 (11,588 millones de pesos), modificando la trayectoria en el uso de reservas como se ilustra en la gráfica 1.

Cuadro 3.
Servicios otorgados en el Sistema Nacional de Salud, 2012
(porcentajes)

	Consultas				Egresos	Cirugías	Servicios auxiliares de diagnóstico		
	General	Especialidad	Urgencias	Odontológicas			Laboratorio clínico	Radiología	Otros
IMSS ^{1/}	47.1	39.2	59.9	29.8	38.6	44.5	50.4	57.4	59.1
ISSSTE	6.9	14.9	3.4	8.6	6.5	6.8	9.0	8.9	12.0
SS ^{2/}	43.0	33.8	29.3	54.4	49.0	44.4	35.1	27.8	21.2
Otras instituciones ^{3/}	3.0	12.1	7.4	7.2	5.9	4.2	5.5	5.9	7.7

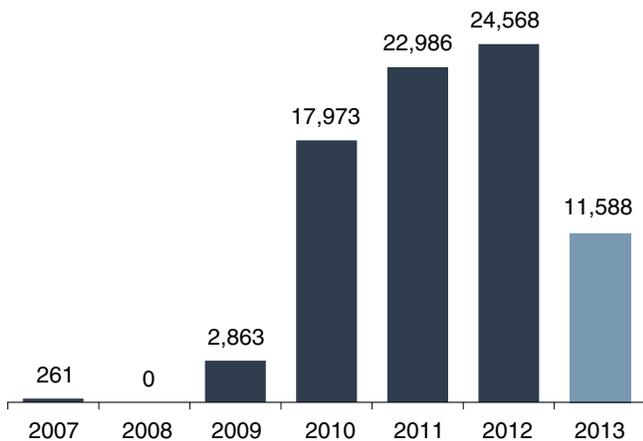
^{1/} Incluye IMSS-Oportunidades.

^{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, Petróleos Mexicanos, Secretaría de Marina, Instituto de Seguridad y Servicios Social de los Trabajadores del Estado estatales y Secretaría de la Defensa Nacional.

Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística No. 32, vol. III, 2012.

Gráfica 1.
Uso de Reservas y Fondo Laboral
(millones de pesos de 2014)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Para lograr este efecto, la presente Administración estableció una visión integral centrada en dos objetivos: i) mejorar la calidad y calidez de los servicios, y ii) sanear financieramente al IMSS.

A primera vista, parecieran objetivos incompatibles e incluso contradictorios, ya que para mejorar la calidad y calidez de los servicios parecería que necesariamente se tuvieran que destinar mayor cantidad de recursos. Sin embargo, estos objetivos se pueden conciliar a través de las siguientes tres estrategias trazadas por la presente Administración:

- Mejorar la productividad y la eficiencia en los servicios que presta el IMSS. Para lograr mejorar la calidad y calidez de los servicios resulta necesario optimizar procesos médicos y administrativos para aprovechar mejor nuestros recursos humanos y de infraestructura. De esta manera se pueden proveer más y mejores servicios sin aumentar los recursos que se invierten en los mismos. No es hacer más con menos; es hacer más con lo mismo.

- Fortalecer la transparencia. Considerando que el IMSS está entre los tres principales compradores de bienes y servicios del Sector Público, resulta indispensable mejorar los procesos de compra para aumentar la transparencia y con esto lograr las mejores condiciones de precio y calidad para el Instituto.
- Fomentar el cumplimiento de obligaciones. Para lograr cumplir con los dos objetivos trazados es fundamental fomentar el cumplimiento cabal de las obligaciones de todos los actores del Instituto: administración, trabajadores, patrones y derechohabientes.

En los distintos capítulos de este Informe se detallarán las principales medidas y acciones que se llevaron a cabo durante el 2013 –y lo que va de 2014– para lograr los resultados obtenidos, que permiten encaminar al Instituto hacia el cabal cumplimiento de su misión conferida en la Ley del Seguro Social.

La organización del documento es la siguiente: en el Capítulo I se abordan temas relacionados con la doble transición, demográfica y epidemiológica, así como el entorno económico y la situación financiera general que enfrenta el IMSS, incluyendo el estado de actividades y el estado de situación financiera del 2013, así como resultados de las proyecciones de corto y largo plazos. El Capítulo II analiza los ingresos obrero-patronales y el aseguramiento en el IMSS. En los Capítulos III a VII se analiza la situación financiera en la que se encuentran el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), el Seguro de Invalidez y Vida (SIV), el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) y el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM)⁵. El Capítulo VIII describe ampliamente el estado general del Programa

⁵ El Informe no presenta un análisis del Seguro de Retiro, Cesantía en edad Avanzada y Vejez (SRCV) dado que, bajo la Ley vigente (Ley de 1997), el Instituto sólo es un intermediario en la cobranza de las cuotas correspondientes, las cuales 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 (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.

IMSS-Oportunidades. El Capítulo IX se concentra en la situación actual y el uso futuro de las reservas del Instituto. En el Capítulo X se discute el pasivo laboral, incluyendo el correspondiente al 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. El Capítulo XI presenta algunas de las principales acciones y políticas del IMSS en materia de gestión de los recursos institucionales, así como una descripción de la situación que guardan las instalaciones y equipo del Instituto. Finalmente, en el Capítulo XII se presentan las conclusiones más importantes del análisis y se aborda una serie de medidas que el Instituto ha establecido con el fin de aliviar la situación financiera que enfrenta.

Algunos capítulos refieren a anexos que se encuentran disponibles en la página de Internet del Instituto.

El Artículo 273 de la Ley del Seguro Social 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 I y del III al VII presentan resultados relacionados con la función del IMSS como asegurador de los seguros establecidos en la Ley, 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).

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 del Instituto.

Desde su primera elaboración en 2002, el Informe se ha constituido como un instrumento de consulta anual, objetivo y preciso, 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.

Este Informe se encuentra disponible al público a través de la página de Internet del Instituto (<http://www.imss.gob.mx>).

Cuadro 4.
Relación entre el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social 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;	<p>Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General Capítulo III. Seguro de Riesgos de Trabajo Capítulo IV. Seguro de Invalidez y Vida Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad Capítulo VI. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales Capítulo VII. Seguro de Salud para la Familia</p>
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;	<p>Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General Capítulo II. Ingresos Obrero-Patronales y Aseguramiento en el IMSS Capítulo III. Seguro de Riesgos de Trabajo Capítulo IV. Seguro de Invalidez y Vida Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad Capítulo VI. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales Capítulo VII. Seguro de Salud para la Familia Capítulo IX. Reservas y Fondo Laboral del Instituto Capítulo X. Pasivo Laboral y otros Riesgos del Instituto Capítulo XII. Reflexiones Finales y Propuestas</p>
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	<p>Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General Capítulo III. Seguro de Riesgos de Trabajo Capítulo IV. Seguro de Invalidez y Vida Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad Capítulo VI. Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales Capítulo VII. Seguro de Salud para la Familia Capítulo XII. Reflexiones Finales y Propuestas</p>
IV. La situación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal.	<p>Capítulo X. Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto</p>
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.	<p>Capítulo I. Entorno y Situación Financiera General Capítulo II. Ingresos Obrero-Patronales y Aseguramiento en el IMSS Capítulo V. Seguro de Enfermedades y Maternidad</p>
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.	<p>Capítulo XI. Gestión de los Recursos Institucionales</p>

Fuente: 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 H. Consejo Técnico, 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.

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

LSS: Ley del Seguro Social.

Fuente: IMSS.



El presente capítulo aborda un conjunto de factores económicos, demográficos y epidemiológicos del entorno en el cual opera el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y que están relacionados con la dinámica de la población derechohabiente a la que le otorga servicios y prestaciones.

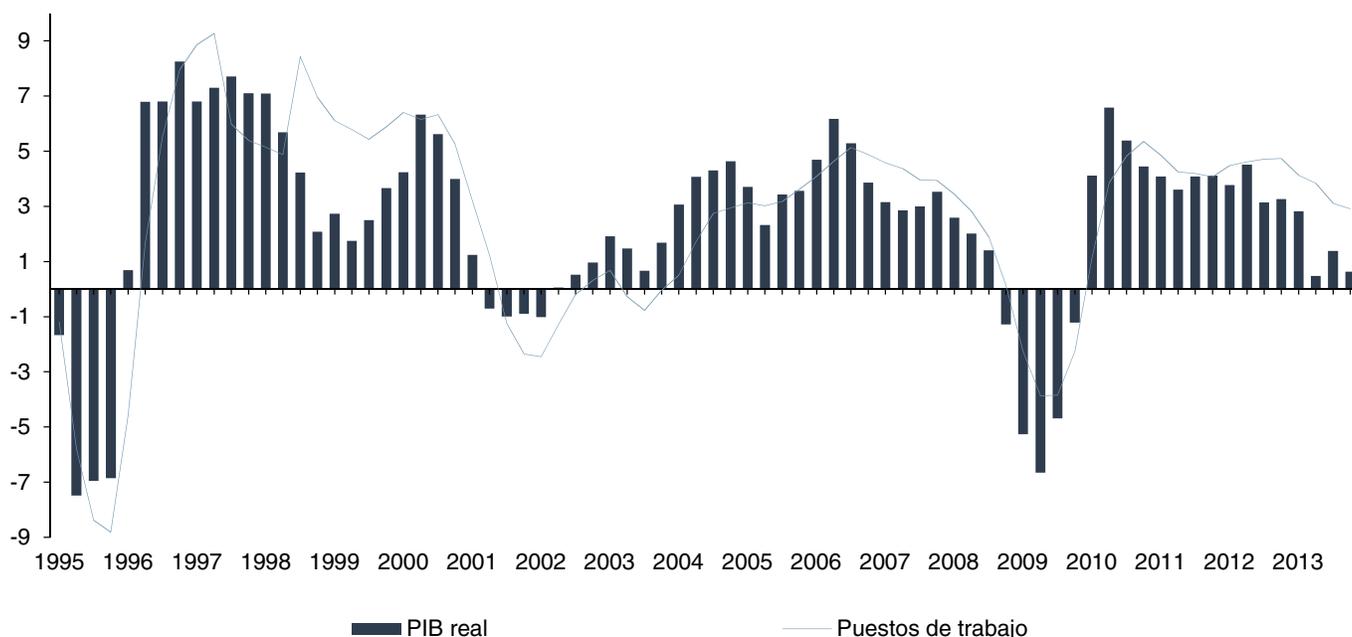
El capítulo también presenta la situación financiera general del IMSS a través de cuatro secciones. En la primera y segunda se presentan el estado de actividades y el estado de situación financiera, al 31 de diciembre de 2013, ambos estados dictaminados por auditor externo. La tercera y cuarta secciones muestran de manera consolidada las proyecciones financieras de ingresos y gastos, excedentes, y fondeo de reservas de acuerdo con: i) una perspectiva de corto plazo (2014 a 2019), y ii) una perspectiva de largo plazo (2014 a 2050)⁶.

I.1. Contexto económico

En el corto plazo, el entorno económico es determinante tanto para el número de trabajadores afiliados al Instituto como para el salario registrado de estos. En el 2013, los puestos de trabajo afiliados al IMSS crecieron a una tasa de 3.5 por ciento en promedio en el año, lo que contribuyó a alcanzar un aumento real en los ingresos obrero-patronales, como se detalla en el Capítulo II. La gráfica I.1 muestra la alta correlación

⁶ Este capítulo se complementa con el Anexo B en el que se presenta un análisis de Presupuesto Basado en Resultados y del Sistema de Evaluación del Desempeño.

Gráfica I.1.
Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo en el IMSS, 1995-2013^{1/}
 (variación porcentual anual, para el Producto Interno Bruto serie desestacionalizada)



^{1/} Para los puestos de trabajo en el IMSS promedio del trimestre.

PIB: Producto Interno Bruto.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

entre la creación de puestos de trabajo afiliados al IMSS y el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) del país.

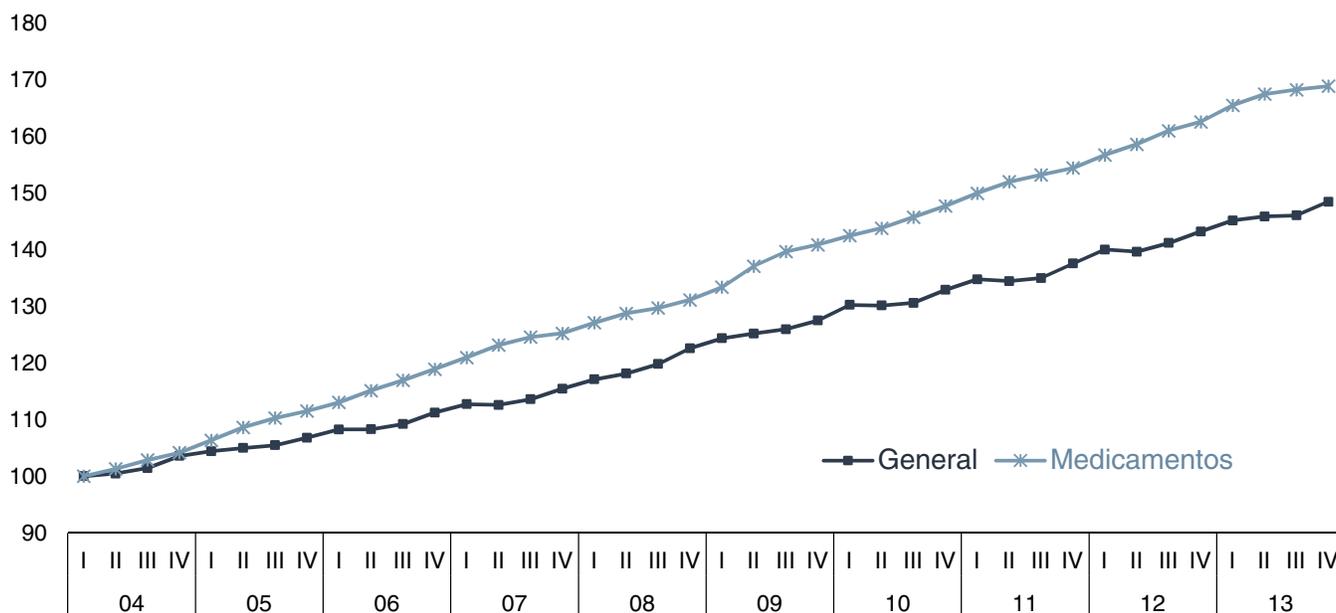
En el mediano plazo, las presiones inflacionarias en los precios de los insumos que el Instituto requiere para otorgar los servicios médicos que presta a sus derechohabientes incrementan el costo de producción de los mismos. En los últimos cinco años el componente de salud del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), que mide el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), ha crecido a una tasa de 4.11 por ciento, cifra superior al crecimiento promedio del índice general (3.90 por ciento). A su vez, dentro de los componentes que conforman el índice de salud, los

precios de medicamentos presentan las tasas anuales promedio más elevadas, 5.19 por ciento (gráfica I.2).

Además de las presiones puramente inflacionarias, 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.

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

Gráfica I.2.
Índice Nacional de Precios al Consumidor y precios del componente medicamentos
 (índice 2004 - I = 100)



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

alza el gasto del Instituto en la prestación de servicios médicos.

I.2. Transición demográfica

En el largo plazo, el principal reto que enfrentan los sistemas de seguridad social en todo el mundo, incluido México, tanto en pensiones como en salud, es el planteado por el proceso de envejecimiento poblacional. En el caso particular de México, la conjunción de una mortalidad descendente y una fecundidad alta y ascendente causó una rápida disminución en la edad promedio de la población hasta 1970. Posteriormente, la disminución de la fecundidad ha propiciado una reducción progresiva de los grupos jóvenes con relación a los adultos, tendencia que continuará en el futuro (gráfica I.3).

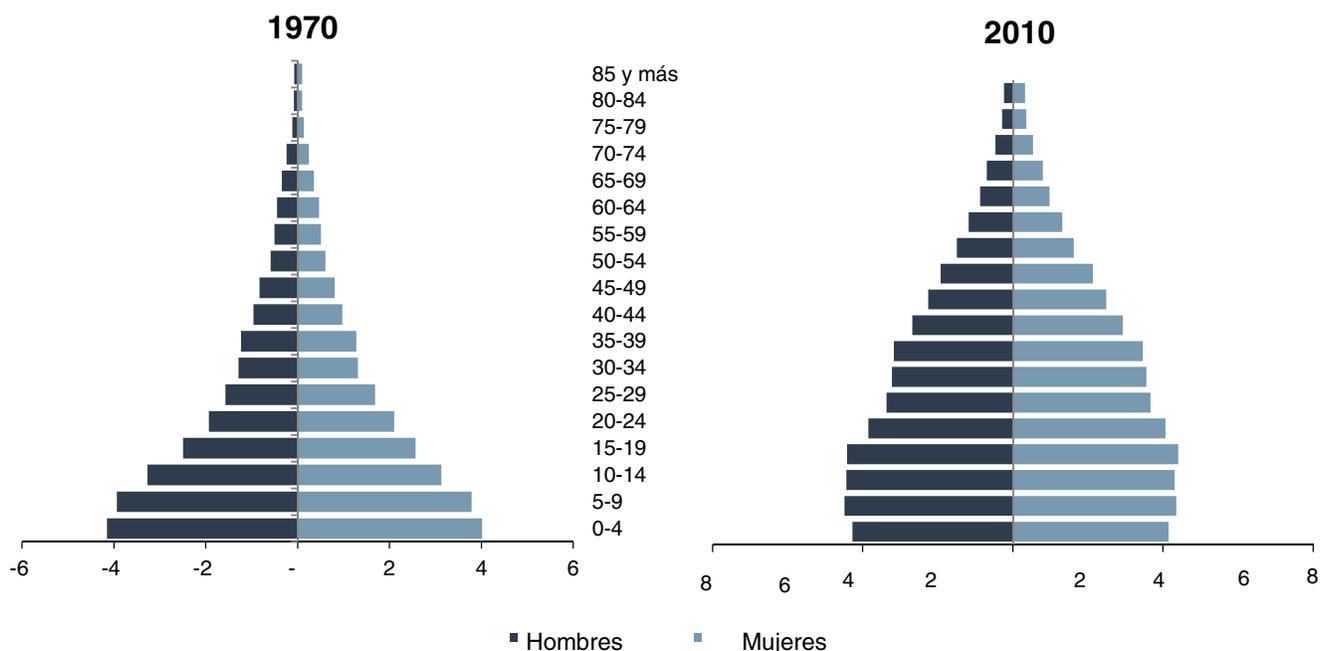
Al interior del IMSS, la población derechohabiente adscrita a médico familiar refleja un cambio en

los diferentes grupos de edad durante el periodo 1991-2013. Los cambios más significativos se presentan en los grupos de mayor edad: el grupo de 45 a 64 años en 2013 representó 20.5 por ciento de la población total adscrita a médico familiar, y el de 65 y más años, significó 11.8 por ciento del total (gráfica I.4).

El efecto que la estructura por edad de la población tiene sobre las prestaciones y servicios del Instituto y la población asegurada se refleja en dos aspectos:

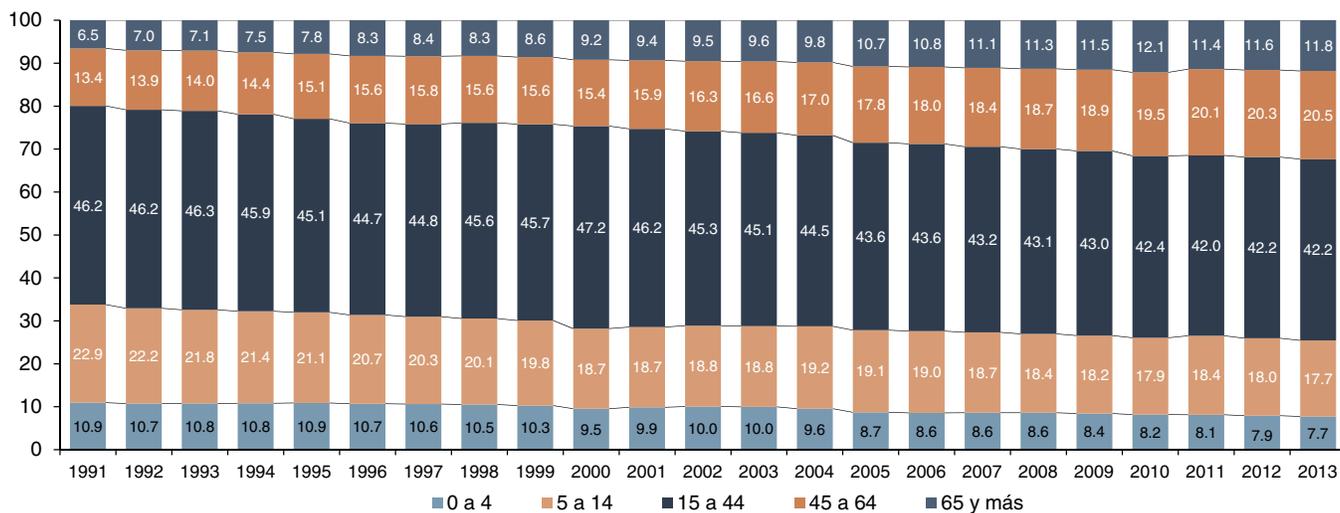
- i) Una población derechohabiente más envejecida demanda servicios de salud en mayor cantidad y de mayor complejidad y costo.
- ii) La población en edad de cotizar disminuye con relación a los pensionados, con la consecuente presión financiera para el ramo de Gastos Médicos para Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad. Este ramo toma los ingresos de los

Gráfica I.3.
Distribución de la población en México por grupo de edad, 1970 y 2010
 (millones de personas)



Fuente: IX Censo de Población y Vivienda, 1970; XIII Censo de Población y Vivienda, 2010 y Proyecciones de población 2010-2050, CONAPO.

Gráfica I.4.
Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 1991-2013^{1/}
 (porcentajes)



^{1/} De 1991 a 2010, las cifras corresponden al mes de junio de cada año. A partir de 2011, las cifras corresponden al 31 de diciembre de cada año.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas y Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

trabajadores actuales para financiar los gastos médicos de los pensionados actuales.

La utilización de los servicios en los últimos dos decenios es una muestra de la creciente demanda del grupo de edad correspondiente a 65 años y más. Por ejemplo, en el caso de la consulta externa de Medicina Familiar se observa que este grupo de edad es el que ha experimentado el mayor crecimiento (gráfica I.5).

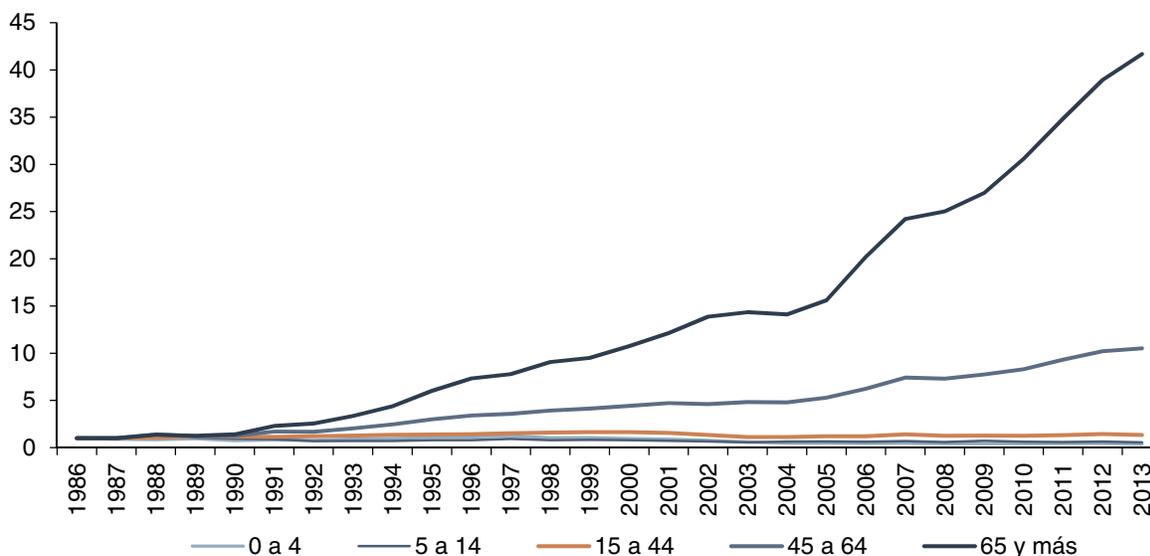
I.3. Transición epidemiológica

El Instituto enfrenta el doble desafío de atender, por un lado, las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles que representan la mayor carga de enfermedad medida por los Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad⁷ y, por el otro, las infecciones respiratorias, las diarreas y los accidentes que continúan siendo el principal motivo

de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de primera vez en Medicina Familiar.

La sobrevivencia de los niños es cada vez mayor. Del total de defunciones en el IMSS en 1976, 51.5 por ciento ocurrió dentro del grupo de menores de 5 años y 20 por ciento fue dentro del grupo de mayores de 65 años. Para 2013, la situación de estos dos grupos se había invertido: 4.8 por ciento de todas las defunciones ocurrió en el grupo de menores de 5 años y 60 por ciento en el grupo de mayores de 65 años (gráfica I.6). Entre las causas que contribuyeron a este fenómeno se encuentra la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años, debido a: i) la disponibilidad de la terapia de hidratación oral; ii) el incremento de las coberturas de vacunación en este grupo de edad, y iii) mejoras en la infraestructura sanitaria y creación de nuevos programas de medicina preventiva.

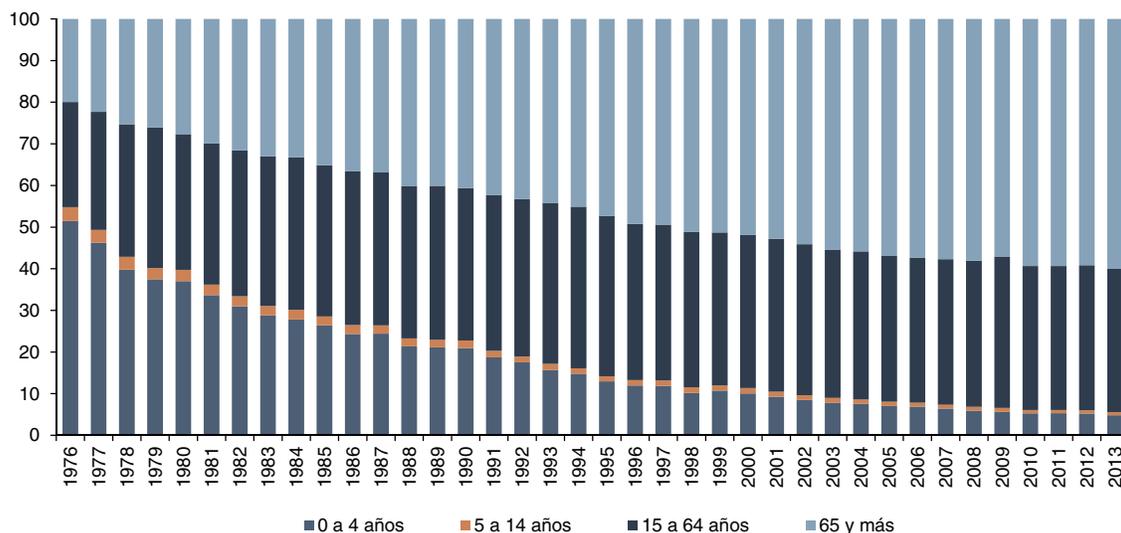
Gráfica I.5.
Crecimiento de consulta externa de Medicina Familiar por grupo de edad, 1986-2013
(índice base 1986 = 1)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

⁷ Para una descripción detallada de este concepto se sugiere consultar el Capítulo V del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Gráfica I.6.
Defunciones por grupo de edad en el IMSS, 1976-2013
 (porcentajes)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

La gráfica I.7 muestra los cambios experimentados en las causas de mortalidad. Se observa una reducción drástica de las defunciones registradas por afecciones en la etapa perinatal, enfermedades infecciosas intestinales y tuberculosis pulmonar, padecimientos que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, y un aumento de defunciones por una combinación de enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas, insuficiencia renal y neoplasias malignas, que ocuparon los primeros lugares de mortalidad en 2013.

En síntesis, y como se detalla en el Capítulo V del Seguro de Enfermedades y Maternidad, la transición epidemiológica representa un doble desafío para el IMSS, pues a pesar de que las enfermedades transmisibles y aquéllas asociadas con la desnutrición y la reproducción tienen un menor peso, aún representan una importante causa de enfermedad

y muerte. Por un lado, se debe continuar atendiendo estas enfermedades conocidas, en conjunto, como enfermedades del rezago; por el otro, se debe hacer frente a las enfermedades crónico-degenerativas y otras enfermedades que en varios casos, aunque no ocasionan la muerte inmediata, generan discapacidad temporal o permanente con un alto costo.

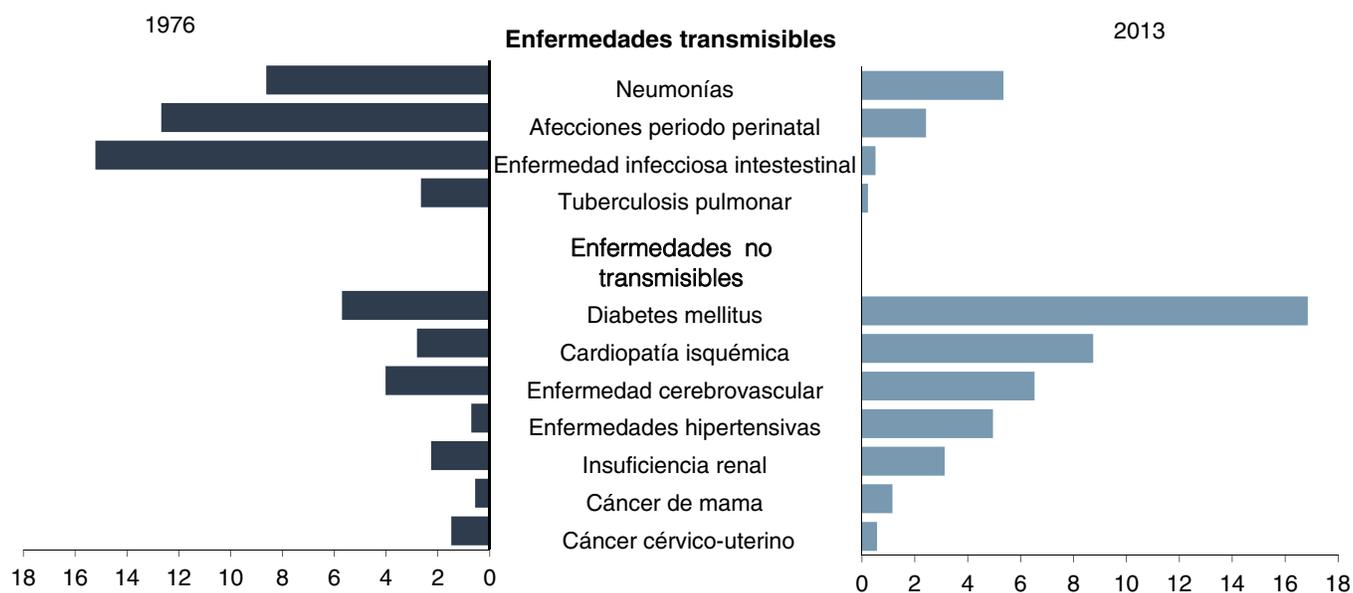
I.4. Situación financiera general

La situación financiera del Instituto se describe a partir de: i) los estados de actividades y de situación financiera, dictaminados por auditor externo, y ii) los resultados de las proyecciones de corto y largo plazos provenientes de los modelos que también son dictaminados por auditor externo.

Los estados de actividades y de situación financiera se presentan conforme a la normatividad aplicable⁸, registrando el costo neto del periodo de las obligaciones

⁸ Postulados Básicos de Contabilidad Gubernamental, la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento, así como las Normas de Información Financiera Gubernamentales Generales y para el Sector Paraestatal, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Gráfica I.7.
Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2013
 (porcentajes)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

laborales, en virtud de que el Instituto tiene establecido un Régimen de Jubilaciones y Pensiones y un plan de prima de antigüedad para sus trabajadores cuya reserva y aportación son calculadas de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados” emitida por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera.

El registro parcial del costo neto del periodo en el estado de actividades, obedece a que las disposiciones de la Norma de Información Financiera Gubernamental para el Sector Paraestatal “Obligaciones Laborales”, emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, requiere el reconocimiento del costo neto del periodo en el resultado del ejercicio, siempre y cuando éste no implique la determinación de un déficit. Por lo anterior, sólo se reconoce parcialmente el costo 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 obtienen de la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3

“Beneficios a los Empleados”, mientras que esta última norma es de aplicación obligatoria.

En el análisis de los resultados de las proyecciones de corto y largo plazos, se debe tener en cuenta que este tipo de ejercicios incorpora elementos de incertidumbre, ya que dependen de que en el futuro se materialicen los supuestos económicos, financieros, demográficos y epidemiológicos utilizados. Además de lo anterior, los resultados que aquí se incluyen dependen de que las políticas de administración de los seguros 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 corto y largo plazos de las variables que inciden en la situación financiera institucional, obligaría a la revisión de dichos resultados.

1.4.1. Estado de actividades

El cuadro I.1 muestra el estado de actividades en apego a la Norma de Información Financiera de la

Cuadro I.1.
Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2012 y 2013
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2012	2013
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	265,568	285,278
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	1,990	2,053
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	8,752	8,714
Otros ingresos y beneficios varios	26,533	23,735
Total de ingresos	302,843	319,780
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal	135,227	143,423
Materiales y suministros	42,695	46,923
Servicios generales y subrogación de servicios	26,404	26,708
Subsidios	22,814	24,062
Otros gastos y pérdidas		
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	9,512	9,866
Otros gastos	9,532	7,532
Pagos a pensionados y jubilados IMSS	47,145	51,120
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{1/}	9,220	9,868
Total de gastos	302,549	319,502
Resultado del ejercicio	294	278

^{1/} El costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones es la provisión que registra el Instituto como gasto devengado para reconocer, en el periodo, las obligaciones laborales por las prestaciones a los empleados derivadas del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y del plan de prima de antigüedad a los que tienen derecho conforme a la Norma de Información Financiera D-3; el Instituto ha venido reconociendo parcialmente dicho costo en observancia de la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05, la cual evita que derivado de ese reconocimiento, se genere un Estado de Actividades con déficit.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2013 y 2012.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público y sólo se reconoce parcialmente el costo de las obligaciones laborales. Los ingresos de operación del ejercicio 2013 ascendieron a 319,780 millones de pesos. Por su parte, el gasto de operación fue de 319,502 millones de pesos. El resultado del ejercicio fue equivalente a 278 millones de pesos sin considerar el registro total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales. Estas cifras no reflejan los ingresos ni los egresos a cargo del Gobierno Federal para el pago de las Pensiones en Curso de Pago y las Pensiones Garantizadas de Invalidez y Vida y de Cesantía y

Vejez, en virtud de que corresponden a obligaciones del Gobierno Federal en donde el IMSS es solamente el administrador.

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

los recursos de las reservas y fondos del Instituto. De los ingresos totales, 89.2 por ciento corresponden a cuotas y aportaciones de seguridad social, 2.7 por ciento a ingresos financieros, 0.6 por ciento a ventas de bienes y servicios, y el restante 7.5 por ciento a otros ingresos y beneficios varios (cuadro I.1).

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

En el cuadro I.1 se muestra que el pago a pensionados y jubilados y el costo por beneficios a los empleados integran el costo de las obligaciones laborales reconocidas al 31 de diciembre 2013, que es equivalente a 19.1 por ciento del total de los gastos del Instituto, en comparación con 18.6 por ciento correspondiente al gasto de 2012.

De acuerdo con los resultados de la valuación actuarial de las obligaciones laborales por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y prima de antigüedad de los trabajadores del IMSS bajo la Norma de Información Financiera D-3, el costo neto del periodo para el ejercicio que terminó el 31 de diciembre de 2013 ascendió a 719,536 millones de pesos⁹. El efecto de registrar en la contabilidad institucional el total del costo neto del periodo de las obligaciones laborales implicaría la determinación de un resultado del ejercicio de naturaleza desfavorable por 653,364 millones de pesos, como lo muestra el cuadro I.2.

⁹ El costo neto del periodo (con cargo a resultados del ejercicio 2013) 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.

Aunque los estados de actividades por ramo de seguro se presentarán por separado en los capítulos correspondientes, cabe señalar que para el ejercicio 2013 los seguros de Riesgos de Trabajo (SRT), de Invalidez y Vida (SIV), y de Guarderías y Prestaciones Sociales (SGPS) tuvieron superávit. 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 del periodo. Como se verá más adelante en los capítulos respectivos a cada seguro, cuando este último se toma en cuenta, el Seguro de Enfermedades y Maternidad y el Seguro de Salud para la Familia arrojan un mayor déficit, 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 superávit.

I.4.2. Estado de situación financiera

Al 31 de diciembre de 2013, el estado de situación financiera del Instituto presenta un activo total de 291,785 millones de pesos, conformado por el activo circulante y el activo no circulante (cuadro I.3). El activo circulante suma 124,515 millones de pesos que incluyen, entre otros rubros, efectivo y equivalentes, inversiones financieras a corto plazo, cuentas por cobrar, deudores diversos, inventarios, almacenes y otros activos circulantes. El activo no circulante equivale a 167,270 millones de pesos y está integrado principalmente por inversiones financieras a largo plazo, bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso, bienes muebles, activos intangibles y otros activos no circulantes.

El pasivo del Instituto ascendió a 212,875 millones de pesos y se desagrega en: 26,362 millones de pesos de pasivo circulante y 186,513 millones

Cuadro I.2.
Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2012 y 2013, con el registro total
del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2012	2013
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	265,568	285,278
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	1,990	2,053
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	8,752	8,714
Otros ingresos y beneficios varios		
	26,533	23,735
Total de ingresos	302,843	319,780
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{1/}	130,931	138,517
Materiales y suministros	42,695	46,923
Servicios generales y subrogación de servicios	26,404	26,708
Subsidios	22,814	24,062
Otros gastos y pérdidas		
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	9,512	9,866
Otros gastos	9,532	7,532
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	51,440	56,026
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{2/}	675,734	663,510
Total de gastos	969,062	973,144
Resultado del ejercicio	-666,219	-653,364

^{1/} En el rubro servicios de personal no se consideran 4,296 y 4,906 millones de pesos en 2012 y 2013, respectivamente, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidos en el rubro de pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{2/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., en 727,174 y 719,536 millones de pesos en 2012 y 2013, respectivamente, se integra por los rubros de pagos a pensionados y jubilados IMSS y costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2013 y 2012, y 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 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2013 y Proyecciones para 2014.

Cuadro I.3.
Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2012 y 2013
(millones de pesos corrientes)

Activo	2012	2013	Pasivo	2012	2013
Activo Circulante			Pasivo Circulante		
Efectivo y equivalentes	10,738	12,373	Cuentas por pagar a corto plazo	15,194	15,361
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	97,870	104,697	Servicios personales	430	420
Inversiones financieras	65,933	70,188	Proveedores	7,833	8,427
Cuentas por cobrar	23,424	25,401	Contratistas por obras públicas	1,176	404
Deudores diversos	8,391	9,086	Retenciones y contribuciones	5,755	6,110
IVA Acreditable	122	22	Otros pasivos	10,892	11,001
Inventarios	317	332	Total de pasivos circulantes	26,086	26,362
Inventario de mercancías para venta	317	332			
Almacenes	8,527	5,478	Pasivo no circulante		
Otros activos circulantes	1,683	1,635	Otros pasivos	22,576	14,696
			Obligaciones laborales	63,926	71,817
			Total de pasivos no circulantes	186,502	186,513
Total de activos circulantes	119,135	124,515	Total pasivo	212,588	212,875
Activo no circulante			Patrimonio		
Inversiones financieras	63,530	56,632	Patrimonio contribuido	2,073	2,283
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso	88,498	89,119	Donaciones de capital	2,073	2,283
Terrenos	22,181	22,355	Patrimonio generado	79,985	76,627
Edificios no habitacionales	59,562	63,223	Resultado del ejercicio	294	278
Construcciones en proceso en bienes propios	6,755	3,541	Resultados de ejercicios anteriores	8,529	8,823
Bienes muebles	8,407	5,718	Revalúos	5,324	1,695
Mobiliario y equipo de administración	2,687	1,306	Exceso en la actualización del patrimonio	65,838	65,831
Mobiliario y equipo educacional y recreativo	61	47	Total patrimonio	82,058	78,910
Equipo e instrumental médico y de laboratorio	4,723	3,456			
Equipo de transporte	257	176			
Maquinaria, otros equipos y herramientas	679	733			
Activos intangibles	9	9			
Concesiones y franquicias	9	9			
Otros activos no circulantes	15,067	15,792			
Total de activos no circulantes	175,511	167,270			
Total de activos	294,646	291,785	Total de pasivo y patrimonio	294,646	291,785

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2013 y 2012.

de pesos de pasivo no circulante, de los cuales 71,817 corresponden al costo de las obligaciones laborales registradas. El patrimonio ascendió a 78,910 millones de pesos y está constituido por 65,831 millones de pesos por exceso en la actualización del patrimonio, 8,823 millones de pesos de resultados de ejercicios anteriores, 1,695 millones de pesos de revalúos, 2,283 millones de pesos de donaciones, y 278 millones de pesos del resultado de ejercicio.

El cuadro I.4 muestra el estado de situación financiera del Instituto, al 31 de diciembre de 2013 con el reconocimiento del total del costo neto del periodo bajo la metodología de la Norma de Información Financiera D-3. En 2013, el rubro de la reserva para beneficios a los empleados fue de 725,459 millones de pesos y se integra por 653,642 millones de pesos de obligaciones laborales no registradas por el Instituto y 71,817 millones de pesos que corresponden a la reserva constituida por dicho concepto.

Como se observa en el cuadro I.4, si se reconoce el total del costo neto del periodo en 2013, el patrimonio del Instituto sería deficitario en 574,732 millones de pesos. El reconocimiento de las obligaciones laborales ya devengadas se aplica de acuerdo con la Norma D-3 que establece que la entidad puede optar por reconocer las ganancias o pérdidas actuariales, directamente en los resultados del periodo conforme se devengan o amortizarlas en periodos futuros. De acuerdo con la valuación actuarial, el Instituto ha

optado por amortizar las pérdidas del pasivo laboral en periodos futuros, en lugar del total de sus obligaciones por beneficios definidos que al cierre de 2013 fue de 1'668,586 millones de pesos.

I.4.3. Proyecciones financieras de corto plazo

El carácter estructural de los principales retos del IMSS, descritos al inicio de este capítulo, requiere en principio que las medidas emprendidas consideren una perspectiva de largo plazo; sin embargo, también hay consecuencias que implican acciones en el futuro inmediato.

La gráfica I.8 muestra, en términos de flujo de efectivo, la composición del gasto de operación del Instituto para varios años¹⁰. Se observa que, en poco más de una década, el gasto ha aumentado 60 por ciento, y dentro de su composición, la proporción de los recursos del IMSS que se destinan al pago de la nómina de personal activo y al consumo de materiales y suministros se ha mantenido constante. En el caso de la nómina de jubilados y pensionados del IMSS (Régimen de Jubilaciones y Pensiones) se ha destinado un porcentaje creciente del gasto total y seguirá siendo creciente por lo menos hasta 2030, cuando la pendiente de este gasto empezará a revertirse. Este tema será abordado de manera particular en el Capítulo X.

Como se ha documentado en Informes de años anteriores, el Instituto ha requerido hacer uso del Fondo Laboral y de las reservas, de hecho en el periodo comprendido entre 2007 y 2012, pasó de un déficit

¹⁰ A diferencia del cuadro I.1, que presenta las cifras de ingresos y gastos en términos de operación, la gráfica I.8 muestra los gastos en términos de flujo de efectivo. La diferencia entre estas dos presentaciones radica, entre otras cosas, en que en el flujo de efectivo el total de gastos incluye el monto de las pensiones en curso de pago, que son obligaciones del Gobierno Federal y en las que el Instituto actúa como administrador de dichos recursos.

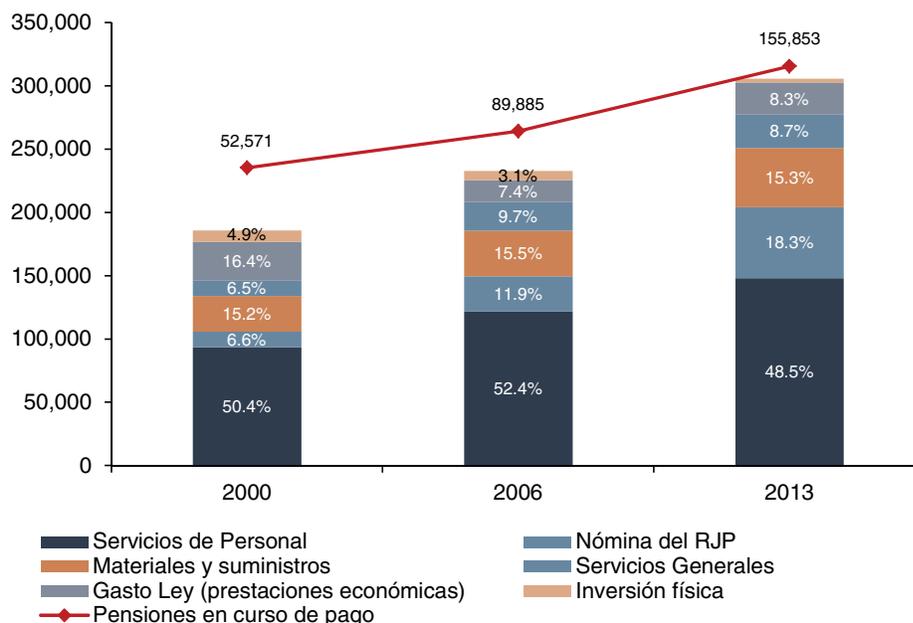
Cuadro I.4.
Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2012 y 2013 con el registro total del costo neto del
periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos)

Activo	2012	2013	Pasivo	2012	2013
Activo circulante			Pasivo circulante		
Efectivo y equivalentes	10,738	12,373	Cuentas por pagar a corto plazo	15,194	15,361
Derechos a recibir efectivo o equivalentes	97,870	104,697	Servicios personales	430	420
Inversiones financieras	65,933	70,188	Proveedores	7,833	8,427
Cuentas por cobrar	23,424	25,401	Contratistas por obras públicas	1,176	404
Deudores diversos	8,391	9,086	Retenciones y contribuciones	5,755	6,110
IVA Acreditable	122	22	Otros pasivos	10,892	11,001
Inventarios	317	332	Total de pasivos circulantes	26,086	26,362
Inventario de mercancías para venta	317	332			
Almacenes	8,527	5,478	Pasivo no circulante		
Otros activos circulantes	1,683	1,635	Otros pasivos	122,576	114,696
			Obligaciones laborales ^{1/}	749,234	725,459
			Total de pasivos no circulantes	871,810	840,155
Total de activos circulantes	119,135	124,515	Total pasivo	897,896	866,517
Activo no circulante			Patrimonio		
Inversiones financieras	63,530	56,632	Patrimonio contribuido	2,073	2,283
Bienes inmuebles, infraestructura y construcciones en proceso	88,498	89,119	Donaciones de capital	2,073	2,283
Terrenos	22,181	22,355	Patrimonio generado	-605,323	-577,015
Edificios no habitacionales	59,562	63,223	Resultado del ejercicio	294	278
Construcciones en proceso en bienes propios	6,755	3,541	Resultado del pasivo laboral	-666,513	-653,642
Bienes muebles	8,407	5,718	Resultados de ejercicios anteriores	8,529	8,823
Mobiliario y equipo de administración	2,687	1,306	Revalúos	5,324	1,695
Mobiliario y equipo educacional y recreativo	61	47	Exceso en la actualización del patrimonio	65,838	65,831
Equipo e instrumental médico y de laboratorio	4,723	3,456	Total patrimonio	-603,250	-574,732
Equipo de transporte	257	176			
Maquinaria, otros equipos y herramientas	679	733			
Activos intangibles	9	9			
Concesiones y franquicias	9	9			
Otros activos no circulantes	15,067	15,792			
Total de activos no circulantes	175,511	167,270			
Total de activos	294,646	291,785	Total de pasivo y patrimonio	294,646	291,785

^{1/} Como se explicó en la primera página de este capítulo, las cifras reportadas en este rubro corresponden al costo neto del periodo.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2013 y 2012, 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 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2013 y Proyecciones para 2014.

Gráfica I.8.
Participación en el gasto total
(millones de pesos de 2014)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

de prácticamente cero a 24,568 millones de pesos¹¹, y en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2013 se preveía un uso de reservas por 20,309 millones de pesos¹² para dicho año.

El propio Informe sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto 2009-2010 presentado al Ejecutivo Federal y al Congreso en junio de 2010, destacaba en sus proyecciones de corto plazo que aun con el uso del Fondo Laboral y las reservas, el IMSS dejaría de ser autosustentable financieramente a partir de 2014.

Como se dijo en la Presentación de este Informe, en 2013, primer año de esta Administración, se llevó a cabo un importante esfuerzo de saneamiento financiero que se vio reflejado en una reducción del uso de reservas de 24,568 millones de pesos en 2012

a 11,588 millones de pesos en 2013, es decir, menos de la mitad respecto al uso en 2012¹³.

El esfuerzo realizado se fundamentó en la visión integral de esta Administración que está centrada en dos objetivos claros:

- i) Mejorar la calidad y calidez de los servicios.
- ii) Sanear financieramente al IMSS.

A primera vista, parecieran objetivos incompatibles e incluso contradictorios, ya que para mejorar la calidad y calidez de los servicios parecería que necesariamente se tuvieran que destinar mayor cantidad de recursos. Sin embargo, estos objetivos se pueden conciliar a través de las siguientes tres estrategias:

¹¹ Pesos de 2014.

¹² *Ídem*.

¹³ El uso de la Reserva Financiera Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad se llevó a cabo una vez que se promulgó el 20 de agosto de 2013 el Reglamento de la Ley del Seguro Social para la constitución, inversión y uso para la operación de las Reservas Financieras y Actuariales y la Reserva General Financiera y Actuarial, así como para la determinación de los costos financieros que deberán reintegrarse a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento.

- Mejorar la productividad y la eficiencia en los servicios. Para lograr mejorar la calidad y calidez de los servicios resulta necesario optimizar procesos médicos y administrativos para aprovechar mejor los recursos humanos y de infraestructura. De esta manera se pueden proveer más y mejores servicios sin aumentar la cantidad de recursos. No es hacer más con menos; es hacer más con lo mismo.
- Fortalecer la transparencia. Considerando que el IMSS está entre los tres principales compradores de bienes y servicios del Sector Público, resulta indispensable mejorar los procesos de compra para aumentar la transparencia y con esto lograr las mejores condiciones de precio y calidad para el Instituto.
- Fomentar el cumplimiento de obligaciones de todos los actores del Instituto: administración, trabajadores, patrones y derechohabientes.

En 2013, los ingresos obrero-patronales se incrementaron en 6.9 mil millones de pesos en términos reales. Los principales esfuerzos para fortalecer los ingresos se centraron en fomentar y facilitar el cumplimiento de las obligaciones a través de mejoras en el servicio a los contribuyentes. Las principales acciones en este sentido consistieron en actos de fiscalización por 3.9 mil millones de pesos, 7 por ciento superior a 2012, y actos de cobranza por 2.5 mil millones de pesos, 10 por ciento superior a 2012.

Sin embargo, la mayor parte del saneamiento financiero no provino del esfuerzo en ingresos. Con todos los esfuerzos de fiscalización y cobranza, el aumento en los ingresos de 6.9 mil millones de pesos apenas sobrepasó los 6.6 mil millones de pesos de gasto regularizable de la nómina y del Régimen

de Jubilaciones y Pensiones ya mencionados. Este aumento superior en sólo 300 millones de pesos al gasto regularizable muestra de manera clara que los esfuerzos de saneamiento financiero durante 2013 no son resultado de un incremento en los ingresos.

A continuación se enlistan algunas de las principales medidas que se llevaron a cabo durante el 2013 para mejorar la calidad y calidez de los servicios, y sanear financieramente al IMSS. El detalle de las mismas y los resultados obtenidos se describen en los diferentes capítulos del Informe.

- Implementación de una estrategia integral para eliminar las compras emergentes de medicamentos.
- Programa para reducir los niveles de inventario de medicamentos.
- Se realizó la compra consolidada de medicamentos más grande de la historia del Sector Público de nuestro país.
- Se inició un proceso de cambio estructural en la subrogación de servicios integrales.
- Se introdujo la receta resurtible.
- Se logró la reducción de trámites en materia de incorporación y recaudación de 56 a 25.
- Se puso en marcha el Sistema de Pago Referenciado (SIPARE)¹⁴.
- Inició el proceso de digitalización de los 10 trámites de más alto impacto.
- Se implementó un programa de austeridad y eficiencia administrativa (sustituir la compra de vehículos por el arrendamiento de los mismos, racionalización y revisión de las rentas de inmuebles, etcétera).
- Racionalización de los servicios de personal, privilegiando la contratación de médicos especialistas, enfermeras y paramédicos.

¹⁴ Es un sistema que permite a los patrones pagar sus cuotas de seguridad social a través de Internet de una manera fácil y segura sin tener la necesidad de ir al banco.

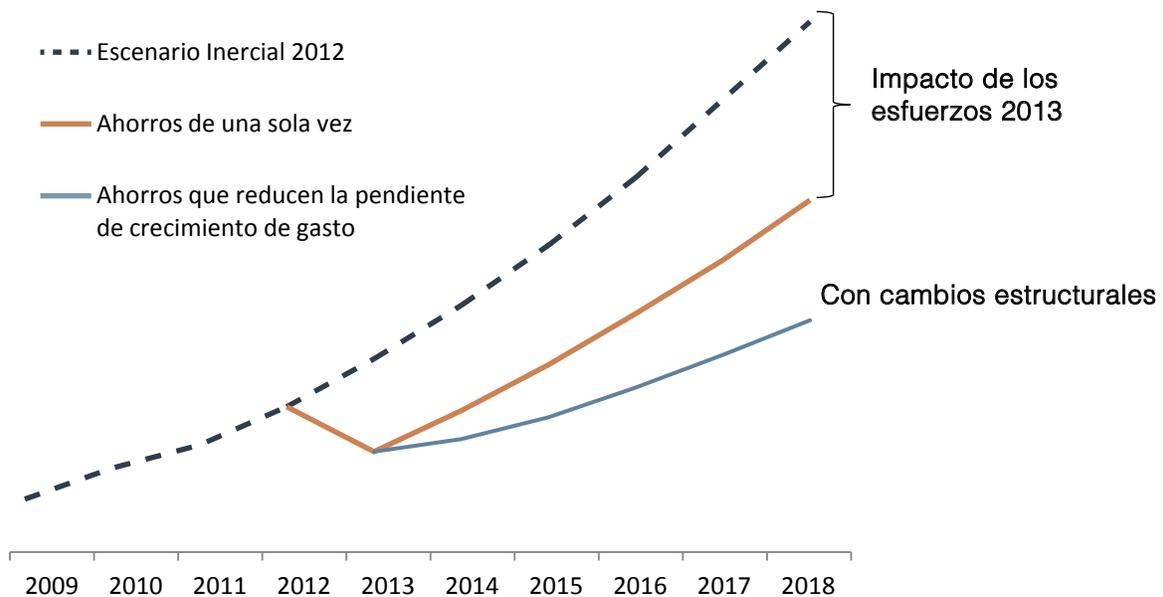
Muchas de las acciones realizadas van a tener ahorros de flujo de gasto de una sola vez. Estos ahorros se mantienen en el tiempo, pero no reducen la creciente tendencia de gasto en salud. El más claro ejemplo de estos es la reducción de inventarios. Otras acciones produjeron ahorros y disminuyen la tendencia creciente del gasto en salud. Dichas acciones se mantienen en el tiempo y causarán cada vez menores presiones de gasto. Ejemplos de estas medidas son la simplificación de trámites y la receta resurtible (ver gráfica I.9).

Sin embargo, la tendencia subyacente a la alza del gasto en salud continuará ejerciendo presiones financieras al Instituto. Derivado de las transiciones demográfica y epidemiológica, no sólo en México sino en el mundo, se estima que las necesidades de salud y sus costos asociados tengan en los próximos años un crecimiento importante. Hacia adelante se deben institucionalizar estos cambios e implementar

más medidas estructurales para volver sostenibles las reducciones continuas en el uso de reservas.

A partir de los cambios que se han estado implementando en todas las áreas del Instituto y de los resultados observados en 2013 en donde, como ya se mencionó, se requirió un menor uso de reservas de las planteadas en el presupuesto 2013, también al cierre de 2014 se prevé un menor uso de reservas a las presupuestadas en el 2014 y aprobadas por el H. Consejo Técnico en diciembre de 2013. La estrategia para conseguir este objetivo, misma que se detalla en el Capítulo XII, es institucionalizar las medidas emprendidas en el 2013 y a su vez impulsar cambios estructurales que busquen mejorar la calidad y calidez de los servicios que presta el Instituto, al mismo tiempo que reduzcan las presiones financieras que enfrenta. En la siguiente sección se describe el escenario de corto plazo y los supuestos considerados para su proyección.

Gráfica I.9.
Tendencia del gasto total, 2009-2018



Fuente: IMSS.

Supuestos

El cuadro I.5 presenta los principales supuestos utilizados para elaborar las proyecciones 2014-2019 de ingresos y gastos considerando un escenario de cierre para el 2014.

Se establece que en el periodo 2014-2019 el empleo en el IMSS mantendrá un crecimiento promedio anual de 3 por ciento, mientras que el incremento real del salario base de cotización será de 0.21 por ciento promedio anual. Por otro lado, la inflación promedio para ese mismo periodo se estima en 3.31 por ciento promedio por año.

Resultados con base en las proyecciones del cierre de 2014

En un escenario prospectivo que considera la operación actual del Instituto, se estima que al final de 2014 los ingresos alcanzarán los 481,274 millones de pesos (cuadro I.6); en tanto que los gastos podrían ser del orden de los 483,595 millones de pesos en los diversos capítulos que lo componen, arrojando un déficit de 2,321 millones de pesos antes del incremento de reservas y un déficit de 14,812 millones de pesos después de la acumulación de las reservas y Fondo Laboral, más 268 millones de pesos por los intereses restringidos de la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento. Este faltante

Cuadro I.5.
Supuestos de proyecciones financieras de corto plazo, 2001-2019
(% variación anual, promedios del periodo/año)

Años	2001-2013	2007-2013	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Producto Interno Bruto ^{1/}	2.10	1.99	1.07	2.70	3.80	3.70	3.60	3.50	3.50
Empleo en el IMSS ^{2/}	2.20	2.78	3.50	2.62	3.22	3.22	3.13	3.05	3.05
Salario base nominal ^{3/}	5.87	4.48	3.95	4.01	3.74	3.75	3.25	3.27	3.27
Inflación ^{4/}	4.47	4.27	3.81	3.81	3.51	3.52	3.00	3.00	3.00
Salario base real ^{5/}	1.33	0.21	0.14	0.00	0.23	0.23	0.25	0.27	0.27
Ingreso obrero patronal real ^{6/}	N.D.	2.88	3.40	2.62	3.45	3.45	3.38	3.32	3.32

^{1/} Producto Interno Bruto de 2001 a 2013 de Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Para la expectativa de crecimiento económico 2014, el Informe semanal del vocero de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público del 2 al 7 marzo de 2014. Para la estimación de 2015 a 2018 los Criterios Generales de Política Económica para la iniciativa de Ley de Ingresos y el proyecto de presupuesto de egresos de la federación correspondiente al ejercicio fiscal 2014, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, sin considerar el efecto de las reformas estructurales aprobadas y en consideración por el Poder Legislativo.

^{2/} Empleo en el IMSS de 2001 a 2013 refiere a trabajadores asegurados de los registros del IMSS. Para 2014 se utiliza la elasticidad empleo del IMSS-producto de 0.97. Para 2015 se utiliza un modelo ARIMA del tipo AR(12), I(2), MA(1,3,12) con información mensual de julio 1997 a abril de 2014. Para 2016-2018 se utiliza una elasticidad conservadora de 0.87.

^{3/} Salario base nominal 2001 a 2013 refiere a salario de asegurados de los registros del IMSS. Estimaciones de 2014 - 2018 calculadas con base en el salario base real e inflación.

^{4/} Inflación promedio anual 2001-2013, Banco de México. Para 2014 - 2016 de la Encuesta sobre las Expectativas de los Especialistas en Economía del Sector Privado: Mayo de 2014, Banco de México. La estimación de 2017-2018 de los Criterios Generales de Política Económica 2014, Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

^{5/} Salario real estimado con base en modelo autoregresivo. Una estimación aún más conservadora sería un crecimiento de cero, asumiendo que el salario nominal crece igual que la inflación.

^{6/} Ingresos obrero-patronales 2007-2013, de los registros del IMSS. Para 2014-2018 estimados con base en las premisas.

Fuente: IMSS.

Cuadro I.6.
Flujo de efectivo: cierre 2013, presupuesto 2014 y proyecciones de cierre 2014-2019, considerando el incremento estimado en ingresos y gastos 2014
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2013	PEF 2014	Cierre 2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ingresos (1)	461,990	473,391	481,274	500,874	521,291	543,307	567,203	592,562
Ingresos de Ley	286,980	296,685	296,845	306,401	316,270	326,363	336,580	347,120
Productos financieros	12,086	5,267	7,747	7,839	7,685	6,837	7,174	7,756
Otros ingresos	4,402	4,496	4,167	4,486	4,647	4,800	4,966	5,137
Otros	1,025	706	626	735	751	756	771	785
Derivados de Cuotas	2,839	2,970	2,970	3,068	3,169	3,271	3,375	3,483
Comisiones por la administración de PCP	538	820	570	682	726	772	819	870
Aportación de los trabajadores al Fondo de Jub.	1,837	1,720	1,787	1,787	1,787	1,787	1,787	1,787
Adeudo del Gobierno Federal	536	-	1,500	1,061	-	-	-	-
Pensiones en curso de pago	156,148	165,223	169,228	179,300	190,903	203,520	216,695	230,761
Egresos (2)	456,239	478,762	483,595	507,666	531,341	556,329	582,151	608,490
Servicios de personal	148,231	152,387	152,387	156,732	161,173	165,764	170,493	175,327
RJP	55,921	56,891	57,591	63,038	67,445	71,669	75,975	79,744
Subsidios, ayudas, indemnizaciones y pensiones temporales y provisionales	15,354	15,471	15,071	15,301	15,581	15,859	16,134	16,414
Sumas aseguradas	9,886	9,600	9,915	10,819	11,295	11,771	12,247	12,722
Inversión física	3,200	4,800	4,800	4,954	4,954	4,954	4,954	4,954
Materiales y suministros	45,269	49,165	49,509	50,586	51,732	53,126	54,522	55,961
Servicios generales	27,957	30,317	30,185	31,209	32,300	33,466	34,684	35,961
Operaciones ajenas	-5,431	-5,092	-5,092	-4,273	-4,042	-3,801	-3,553	-3,355
Pensiones en curso de pago	155,853	165,223	169,228	179,300	190,903	203,520	216,695	230,761
Excedente (déficit) (3)=(1)-(2)	5,750	-5,371	-2,321	-6,792	-10,049	-13,021	-14,947	-15,928
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	16,202	14,468	12,491	11,708	11,202	10,073	10,105	10,462
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	-10,452	-19,839	-14,812	-18,500	-21,251	-23,095	-25,053	-26,390
Movimientos de la ROCF	-436	-353	-268	-296	-357	-378	-407	-425
Movimientos del FCOLCLC (Subcuenta 1)	-405	-58	-1	-1	-1	-1	-1	-1
Total Uso de Reservas y Fondo	11,588	20,250	15,080	18,796	21,609	4,474	-	-
Uso del FCOLCLC	2,056	-	-	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM	9,532	20,250	15,080	18,796	21,609	4,474	-	-
Transferencia entre reservas (6)	10,747	19,839	14,812	18,499	21,250	4,094	-409	-426
Devolución al Gobierno Federal (7)	295	-	-	-	-	-	-	-
Adeudo IMSS Oportunidades (8)	-	-	-	-	-	-	-	-
Diferencia contraprestación IMSS/Banorte (9)	-	-	-	-	-	-	-	-
Saldo en RO después de transferencias (7)=(5)+(6)+(7)+(8)+(9)	-	-	-	-	-	-19,000	-25,461	-26,816

Nota: Las proyecciones no consideran los pasivos contingentes por juicios fiscales.

Fuente: DF, IMSS.

de 15,080 millones de pesos será cubierto, con las autorizaciones correspondientes, con recursos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad. Este uso de reservas es considerablemente menor al aprobado por el H. Consejo Técnico e incluido en el presupuesto para este año.

Para los años 2014 a 2019, el crecimiento de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones continuará siendo el mayor reto que enfrentará el Instituto, ya que si bien se han realizado esfuerzos importantes para contener este comportamiento –tales como las reformas a la Ley del Seguro Social en 2004 y los cambios al Contrato Colectivo de Trabajo en 2005 y 2008¹⁵– persiste el pasivo laboral contingente. Esta presión de gasto ha requerido la utilización de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral¹⁶, la cual fue agotada en el año 2013. Al cierre de 2014 se estima que la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones tendrá un crecimiento en el gasto de 2.99 por ciento real con respecto a 2013, en tanto que para el periodo 2014-2019 se estima un aumento de 6.7 por ciento real como promedio anual.

Otro aspecto de importancia en el corto plazo es el gasto en inversión física, ya que con la necesidad de fortalecer y ampliar la cobertura de los servicios de salud a través de la modernización del equipamiento existente y de la continuidad del Programa de Obras, se estima un monto de inversión por 29,570 millones de pesos en el periodo 2014-2019, por lo que la premisa es continuar con el fortalecimiento del programa de adquisición de equipo médico, informático, oncológico, de imagenología y resonancia.

Para respaldar la estrategia de fortalecimiento de la infraestructura médica es necesario satisfacer las necesidades de cobertura de las plantillas relacionadas a obras médicas terminadas, así como de construcción, ampliación y remodelación de unidades médicas, y así mantener el nivel de operación en las condiciones actuales.

Por lo anterior, para los años de 2015 y 2016 se estima un déficit después de la acumulación de reservas y fondos por 18,499 y 21,250 millones de pesos, respectivamente. Para lograr el equilibrio financiero, en 2015 y 2016 se estima utilizar la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad. La proyección de ingresos y gastos para 2017 registra un déficit de 19 mil millones de pesos, mismo que sería cubierto parcialmente con el saldo de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad que ese año se agotaría.

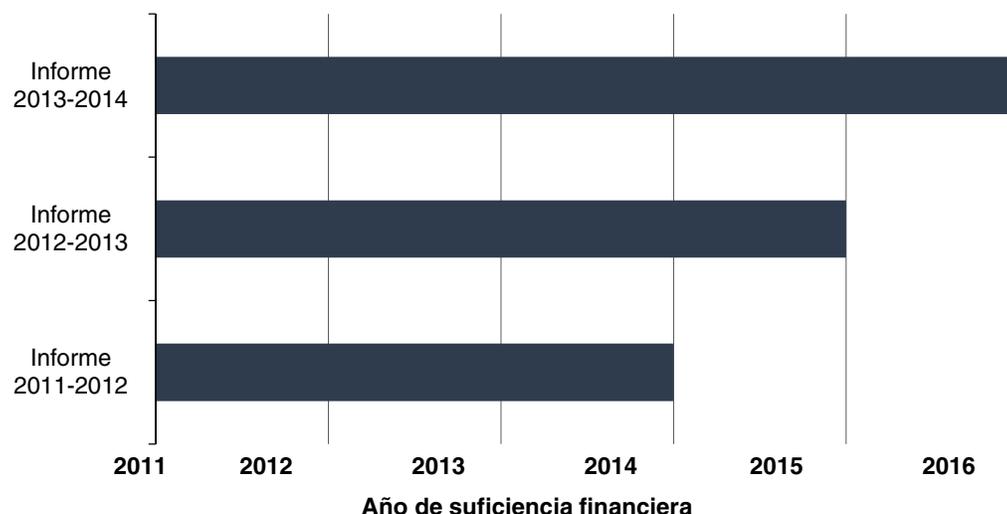
Los resultados obtenidos en 2013 y proyectados para el corto plazo mejoran las expectativas de Informes anteriores. Este resultado refleja el esfuerzo de la actual Administración por dar viabilidad financiera al Instituto. En los Informes anteriores se esperaba que la viabilidad financiera del IMSS fuera hasta 2014, para el Informe 2011-2012, y hasta 2015, en el Informe 2012-2013. La gráfica I.10 muestra el comparativo de cómo se ha diferido la citada fecha.

Las proyecciones financieras que se han reformulado a partir de la implementación de la estrategia integral de saneamiento financiero y operativo del Instituto en la presente Administración mejoran las perspectivas a corto plazo. Se estima que el uso de reservas al cierre

¹⁵ Ver Capítulo X para más detalles.

¹⁶ El 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 establece la obligación institucional de depositar en el fondo los recursos necesarios para cubrir y financiar los costos derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de sus empleados que sean originados por la creación, sustitución o contratación de plazas.

Gráfica I.10.
Suficiencia Financiera del IMSS, Informes al Ejecutivo de 2011 a 2014



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

de 2014 para la operación del Instituto será de 15,080 millones de pesos, monto inferior al aprobado por el H. Consejo Técnico en el Presupuesto 2014 que se estableció en 20,250 millones de pesos. Como ya se comentó, el comportamiento que se observa en las nuevas proyecciones mantiene la viabilidad financiera del Instituto dos años más que las que se estimaban en el Informe sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto presentado al Ejecutivo Federal y al Congreso para el periodo 2011-2012 (gráfica I.11).

I.4.4. Proyecciones financieras de largo plazo

Las proyecciones financieras de largo plazo complementan y amplían las proyecciones de corto plazo presentadas en la sección previa, y sirven de base para el cálculo de las primas de equilibrio que se abordan en los Capítulos V y VI del Seguro de Enfermedades y Maternidad y el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, respectivamente. Estas proyecciones se extienden hacia el año 2050, aplicando las hipótesis demográficas y financieras que se detallan en el cuadro I.7.

Conceptos y supuestos

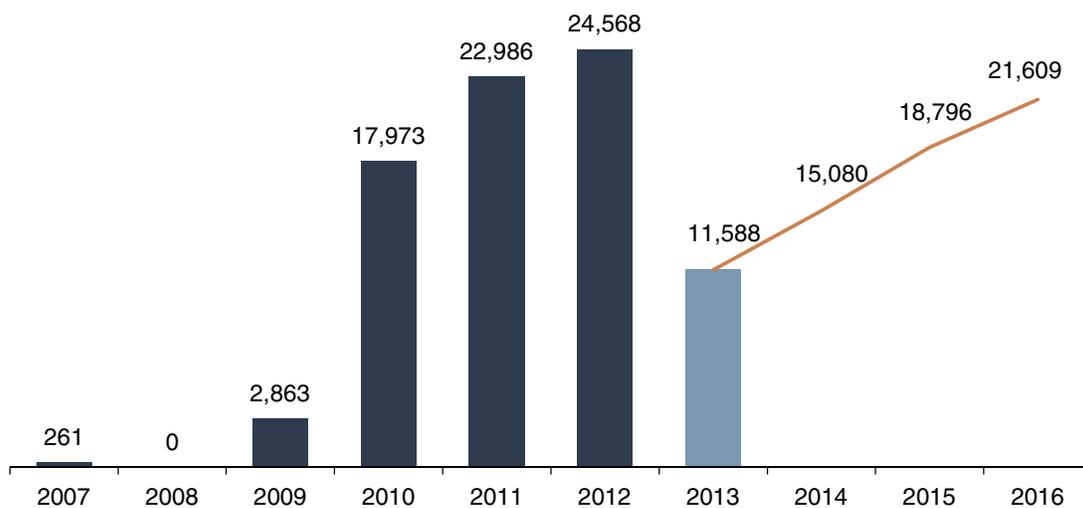
Para el periodo 2020-2050, en las proyecciones de ingresos y gastos se utilizaron los supuestos que se muestran en el cuadro I.7.

Situación actual del IMSS

En términos generales, la proyección de 2020 a 2050 de la situación financiera del IMSS contempla un crecimiento moderado de los ingresos propios y una expectativa de mejoras graduales en la productividad y la eficiencia en la administración de los recursos.

Los resultados que se presentan en el cuadro I.8 parten de un escenario en el que se asume que los ingresos y los gastos de cada seguro aumentan en el periodo 2014-2050 en concordancia con los supuestos a los que se hizo mención en los cuadros I.5 y I.7, lo cual significa que se mantiene la tendencia en la trayectoria financiera actual del Instituto.

Gráfica I.11.
Uso de reservas y Fondo, y Proyecciones 2014
(millones de pesos de 2014)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro I.7.
Principales supuestos en las proyecciones de flujo de efectivo, 2020-2050

Concepto	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Crecimiento de trabajadores asegurados ^{1/} (%)	2.11	0.83	0.51	0.27	0.06	0.02	0.02
Crecimiento real de salarios de cotización (%)	0.44	0.61	0.77	1.00	1.00	1.00	1.00
Días cotizados (promedio)	343	343	343	343	343	343	343
Pago a segundo mes (% promedio)	98.90	98.90	98.90	98.90	98.90	98.90	98.90
Crecimiento real de salarios mínimos (%)	0.26	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50
Crecimiento de salario nominal IMSS (%)	4.64	4.64	4.64	4.64	4.64	4.64	4.64

^{1/} Este supuesto se estimó con base en la proyección de la población económicamente activa de 2005 a 2050 del Consejo Nacional de Población.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro I.8.
Presupuesto 2014 y proyecciones de flujo de efectivo 2015-2050^{1/}
(millones de pesos de 2014)

Concepto	Ppto.^{2/} 2014	Cierre 2014^{3/}	2015	2016	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ingresos (1)	473,391	481,274	500,874	521,291	608,867	718,971	828,366	948,738	1,044,295	1,060,993	1,042,244
Cuotas obrero-patronales	228,188	227,847	235,137	242,663	273,030	301,754	322,295	344,471	364,656	383,611	403,553
Aportaciones del Gobierno Federal	68,497	69,030	71,297	73,641	82,646	88,839	91,634	93,318	93,992	94,079	94,166
Otros ingresos ^{4/}	9,763	13,382	13,353	12,298	13,162	16,487	20,021	23,925	28,406	33,564	39,677
Pensiones en curso de pago	165,223	169,228	179,300	190,903	239,003	311,220	394,155	486,999	557,239	549,738	504,848
Otros ^{5/}	1,720	1,787	1,787	1,787	1,027	671	261	25	2	-	-
Egresos (2)	478,762	483,595	507,666	531,341	638,340	763,511	901,488	1,046,584	1,163,951	1,203,245	1,206,033
Servicios de personal	152,387	152,387	156,732	161,173	180,006	206,568	238,322	275,117	317,925	367,159	424,126
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	56,891	57,591	63,038	67,445	82,371	89,435	96,521	98,248	90,963	81,443	68,774
Subsidios y ayudas	13,282	12,982	13,161	13,379	14,321	15,394	15,878	16,170	16,287	16,302	16,317
Pensiones temporales y provisionales	1,500	1,400	1,438	1,484	1,873	2,441	3,023	3,547	4,050	4,376	4,409
Indemnizaciones y laudos	689	689	702	717	783	866	925	988	1,046	1,101	1,158
Sumas aseguradas	9,600	9,915	10,819	11,295	18,127	28,583	39,325	49,351	58,429	63,227	64,630
Inversión física	4,800	4,800	4,954	4,954	4,954	4,954	4,954	4,954	4,954	4,954	4,954
Materiales y suministros	49,165	49,509	50,586	51,732	63,380	67,047	68,986	70,090	70,717	71,591	72,794
Servicios generales	30,317	30,185	31,209	32,300	36,722	39,583	41,068	42,215	42,965	43,482	44,024
Pensiones en curso de pago	165,223	169,228	179,300	190,903	239,003	311,220	394,155	486,999	557,239	549,738	504,848
Otros gastos ^{6/}	-5,092	-5,092	-4,273	-4,042	-3,200	-2,581	-1,668	-1,095	-624	-127	-
Excedente (déficit) de operación del año (3)=(1)-(2)	-5,371	-2,321	-6,792	-10,049	-29,472	-44,539	-73,122	-97,846	-119,656	-142,252	-163,790
Incremento en RFA, RGFA y FCOLCLC (4)	14,468	12,490	11,708	11,201	10,490	12,457	14,383	16,880	19,940	23,475	28,069
Excedente (déficit) después de la creación de las reservas (5)=(3)-(4)	-19,839	-14,812	-18,499	-21,250	-39,963	-56,996	-87,504	-114,726	-139,596	-165,728	-191,859
Movimientos de la ROCF ^{7/}	-353	-268	-296	-357	-292	-293	-294	-295	-296	-297	-299
Movimientos de la Subcuenta 1 del FCOLCLC ^{7/}	-58	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-	-	-	-
Uso del FCOLCLC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso de la RFA del SEM	20,250	15,080	18,796	21,609	-	-	-	-	-	-	-
Transferencia neta entre reservas (6)	19,839	14,812	18,499	21,250	-292	-293	-294	-296	-297	-298	-299
Excedente (déficit) en RO después usos y transferencias de reservas (7)=(5)+(6)	-	-	-	-	-40,255	-57,289	-87,799	-115,022	-139,892	-166,025	-192,158

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

^{2/} Presupuesto 2014 del IMSS y Reporte de la Dirección General, diciembre 2013.

^{3/} Con base en las cifras presentadas en el cuadro I.6 (2014-2019), se proyectó el flujo de efectivo para el largo plazo (2020-2050).

^{4/} Incluye Otros ingresos, Productos Financieros y Adeudos del Gobierno Federal.

^{5/} Aportación de los trabajadores al fondo de jubilación.

^{6/} Incluye operaciones ajenas (erogaciones recuperables).

^{7/} 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.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

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 Ley del Seguro Social.

De acuerdo con el presupuesto del IMSS para el ejercicio 2014, el Instituto podría usar hasta 20,250 millones de pesos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad en ese año, cifra que se reduce a 15,080 millones considerando el cierre del ejercicio. Además, se estima que se usarán 18,796, 21,609, y 4,474 millones de pesos de esta reserva, para los años 2015, 2016 y 2017, respectivamente, para financiar el déficit esperado en esos años; por lo que, a partir del año 2018, no se tiene previsto el uso de las reservas (cuadros I.6 y I.8).

Se estima que la suficiencia de la reserva del Seguro de Enfermedades y Maternidad se mantendrá hasta el año 2016, con lo que se busca llevar al Instituto a un uso sostenible de sus reservas en el mediano plazo (cuadro I.8).

Comparación de los resultados del Informe actual y del Informe anterior

El cuadro I.9 muestra la situación financiera que se estimó en el Informe pasado para los cinco seguros en el periodo 2013-2050 medida en valor presente, y se compara con la que se estima actualmente para el periodo 2014-2050¹⁷. Los resultados por seguro están expresados en pesos de 2013 y de 2014 y se comparan contra el Producto Interno Bruto estimado para 2013 y 2014¹⁸.

¹⁷ Para el cálculo del valor presente se considera una tasa de descuento de 3.5 por ciento anual.

¹⁸ Para fines de comparación se considera el Producto Interno Bruto de 2013 estimado igual a 16'715,600 millones de pesos y el Producto Interno Bruto estimado para 2014 es de 17'591,800 millones de pesos de acuerdo con los Criterios Generales de Política Económica 2014. El Producto Interno Bruto promedio registrado para 2013 por el sistema de cuentas nacionales de México del Instituto Nacional de Estadística y Geografía es de 16'076,940 millones de pesos.

De acuerdo con el Informe anterior, el valor presente del déficit global para el periodo 2013-2050 era de 8.7 por ciento del Producto Interno Bruto estimado para 2013, igual al que se calcula en el Informe actual para el periodo 2014-2050, es decir, de 8.7 por ciento del Producto Interno Bruto estimado para el presente ejercicio, por lo que se mantiene la relación del resultado financiero con respecto al Producto Interno Bruto¹⁹. Este resultado representa un importante avance de la presente Administración, reflejo del esfuerzo que está llevando a cabo el Instituto para contener el gasto e incrementar la productividad.

¹⁹ Bajo esta comparación el denominador de la relación es mayor y se contempla un año menos en el periodo, por lo tanto la relación del déficit contra el Producto Interno Bruto se reduce.

Cuadro I.9.
Estimación del valor presente del superávit o déficit de los seguros acumulado y su relación con el Producto Interno Bruto

Tipo de seguro	Informe 2012-2013		Informe 2013-2014	
	Superávit/déficit acumulado 2013-2050 ^{1/}	% PIB 2013 (PIB estimado)	Superávit/déficit acumulado 2014-2050 ^{2/}	% PIB 2014 (PIB estimado)
Seguros deficitarios:				
Seguro de Enfermedades y Maternidad	-2,447,224	14.6	-2,174,769	12.4
Asegurados	-593,075	3.5	-716,465	4.1
Pensionados	-1,854,148	11.1	-1,458,304	8.3
Seguro de Salud para la Familia	-190,186	1.1	-206,688	1.2
Seguros superavitarios:				
Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	-22,196	0.1	5,695	-
Seguro de Riesgos de Trabajo	312,637	1.9	272,391	1.5
Seguro de Invalidez y Vida	900,675	5.4	585,514	3.3
Total	-1,446,294	8.7	-1,517,856	8.7

^{1/} Cifras expresadas en millones de pesos de 2013.

^{2/} Cifras expresadas en millones de pesos de 2014.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Ingresos Obrero-Patronales y Aseguramiento en el IMSS



Capítulo II

El propósito de este capítulo es presentar un panorama general de los ingresos obrero-patronales y de los esquemas de aseguramiento del IMSS, incluyendo la evolución del número de puestos de trabajo afiliados, así como un desglose pormenorizado del registro de sus derechohabientes, titulares y beneficiarios. Dar a conocer cifras de la adscripción efectiva del Instituto es un hecho inédito llevado a cabo por esta Administración con el objeto de contribuir a la transparencia de la información y aportar al debate sobre los padrones de salud.

Se presentan también las principales acciones realizadas en materia de incorporación y recaudación, que han permitido avanzar en el logro de los objetivos institucionales de mejorar los servicios otorgados a alrededor de la mitad de la población del país y sanear financieramente al IMSS. En el 2013 se implementó un nuevo modelo de afiliación y fiscalización dirigido a incentivar la formalización del empleo. Para ampliar la afiliación y mejorar la calidad y calidez de los servicios se llevaron a cabo acciones de alto impacto en la simplificación y digitalización de los trámites institucionales. Con ello, se han conseguido disminuciones de costos tanto para los patrones y derechohabientes como para el Instituto, alcanzando una mayor eficiencia y fomentando la productividad del país. Para fortalecer los ingresos del Instituto, se ha avanzado en la implementación de un modelo integral de fiscalización con base en criterios de riesgo y costo-beneficio. Los primeros resultados son positivos. En el 2013, pese a que las proyecciones de recaudación

para ese año se calcularon con un crecimiento económico de 3.5 por ciento y la cifra observada fue de 1.1 por ciento, prácticamente se cumplió la meta de ingresos de la Ley de Ingresos de la Federación sin haber aumentado las tasas de contribución.

II.1. Ingresos obrero-patronales

En el 2013, los ingresos obrero-patronales del IMSS²⁰ totalizaron un monto de 214.5 miles de millones de pesos, lo que representó un aumento en el año de 14.5 miles de millones de pesos, equivalente a un crecimiento de 7.3 por ciento nominal, respecto al nivel alcanzado en el 2012 (cuadro II.1 y gráfica II.1). El monto recaudado constituye un avance favorable cuya obtención fue producto del buen desempeño del empleo afiliado, así como de los importantes esfuerzos realizados por el Instituto en materia de cobranza y fiscalización.

Los ingresos obrero-patronales se determinan principalmente por la evolución del empleo afiliado al IMSS y el salario base de cotización, fenómenos asociados, a su vez, al ciclo económico. La gráfica II.2 muestra la alta correlación, cercana a la unidad, entre el crecimiento del empleo afiliado y los ingresos reales del Instituto. Esto no sorprende, ya que la evolución del salario real de cotización ha sido gradual en los últimos años.

En el 2013, y como se discutirá a detalle en la siguiente sección, destaca que a pesar de que el crecimiento económico observado en ese año fue de 1.1 por ciento en promedio, los puestos afiliados al IMSS crecieron a una tasa muy superior de 3.5

por ciento en promedio en el año, lo que contribuyó a alcanzar un aumento real en los ingresos obrero-patronales de 3.3 por ciento. Así, a pesar de que el crecimiento económico observado en 2013 fue sustancialmente menor al aumento presupuestado de 3.5 por ciento²¹, prácticamente se logró cumplir la meta de recaudación de la Ley de Ingresos de la Federación del ejercicio de ese año (99.7 por ciento).

En el 2013, la recaudación generada por los actos de fiscalización y cobranza alcanzó un monto de 6.4 miles de millones de pesos, 9 por ciento superior al nivel alcanzado en el 2012, lo que también contribuyó al cumplimiento de la meta de ingresos de ese año. Esta recaudación adicional es resultado de esfuerzos en la realización de actos de autoridad, como son la ejecución de auditorías y de acciones dirigidas a la recuperación de cartera, entre otros.

Para poner este avance en perspectiva, en el 2013 se llevaron a cabo alrededor de 78 mil actos de fiscalización, 14 por ciento más que lo realizado en el 2012. Estos actos se refieren a visitas domiciliarias, revisiones de gabinete, presentación del dictamen en materia de seguridad social, requerimientos para verificar el cumplimiento del Reglamento del Seguro Social Obligatorio para los Trabajadores de la Construcción por Obra o Tiempo Determinado, así como cartas invitación y promociones dirigidas a patrones para la regularización voluntaria de sus obligaciones ante el Instituto, entre otros²². En total, estas acciones resultaron en una recaudación de 3.9 miles de millones de pesos, 7 por ciento superior a lo reportado en 2012.

²⁰ Los ingresos obrero-patronales refieren a lo recaudado por dos rubros: cuotas (incluye contribuciones obrero-patronales por IMSS-Asegurador e IMSS-Patrón, recuperación de cartera y mora, ingresos por fiscalización y capitales constitutivos), y derivados de cuotas (incluye multas, recargos, actualizaciones, gastos de ejecución y comisiones por servicios de Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) e Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT). Alrededor de 99 por ciento de los ingresos obrero-patronales refiere a cuotas y el resto a derivados de cuotas. Los ingresos totales del IMSS se componen de esta recaudación obrero-patronal, adicionando conceptos como aportaciones federales e intereses sobre reservas, entre otros. La estructura y evolución de los ingresos totales del IMSS son discutidos en el Capítulo I, del Entorno y Situación Financiera General del IMSS.

²¹ En el documento de "Criterios generales de política económica para la iniciativa de Ley de Ingresos y el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación correspondiente al ejercicio fiscal 2013", publicado el 20 de noviembre de 2012, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) pronosticaba un crecimiento económico de 3.5 por ciento para el 2013.

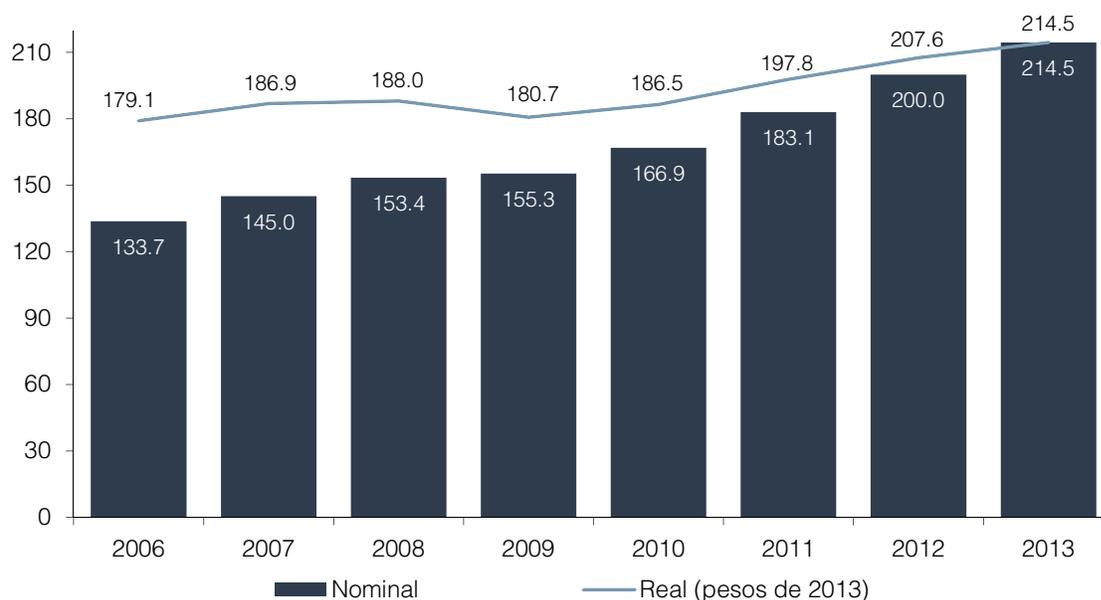
²² Se incluye a los ingresos asociados a la rectificación de la prima del Seguro de Riesgos de Trabajo.

Cuadro II.1.
Estructura de los ingresos obrero-patronales del IMSS, 2012-2013
(cifras anuales en millones de pesos)

Concepto	2012		2013		Variación (%)	
	LIF	Observado	LIF	Observado	Nominal	Real
Ingresos obrero-patronales	193,844.7	199,991.8	215,107.0	214,536.3	7.3	3.3
Cuotas	191,410.9	197,200.2	212,219.7	211,807.2	7.4	3.5
Cuotas obrero-patronales IMSS-Patrón	8,716.9	8,165.2	8,827.9	8,657.0	6.0	2.1
Cuotas obrero-patronales IMSS-Asegurador ^{1/}	182,576.8	188,719.3	203,260.2	202,792.4	7.5	3.5
Capitales constitutivos	117.2	315.7	131.6	357.8	13.3	9.2
Derivados de cuotas	2,433.8	2,791.6	2,887.3	2,729.1	-2.2	-5.8
Multas	472.4	700.4	659.7	648.6	-7.4	-10.8
Recargos moratorios	629.8	828.6	835.5	830.0	0.2	-3.5
Actualizaciones	187.6	176.2	186.4	163.5	-7.2	-10.6
Gastos por ejecución	282.5	287.2	297.1	281.9	-1.9	-5.5
Comisiones de las Afore e Infonavit	861.6	799.2	908.7	805.1	0.7	-3.0

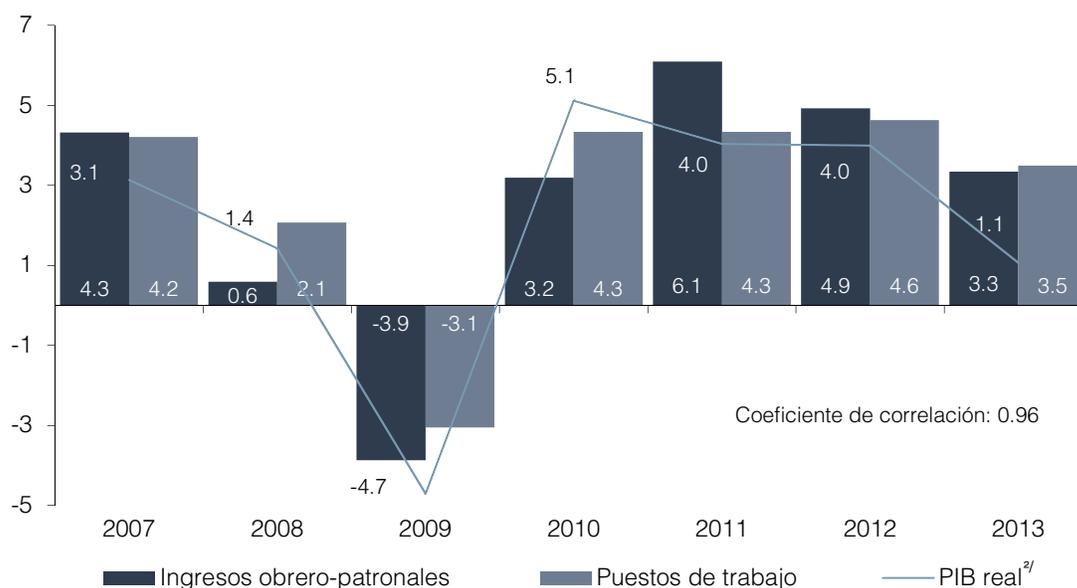
^{1/} Incluye recuperación de cartera y mora e ingresos por fiscalización.
LIF: Ley de Ingresos de la Federación. Meta de recaudación de esta Ley.
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.1.
Ingresos obrero-patronales del IMSS, 2006-2013
(miles de millones de pesos)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.2.
Correlación entre puestos de trabajo e ingreso real del IMSS, 2007-2013
 (variación porcentual anual)^{1/}



^{1/} Refiere a la variación porcentual anual promedio del año.

^{2/} PIB: Producto Interno Bruto.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS, e Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Adicionalmente, se llevaron a cabo alrededor de 2 millones de actos de autoridad en materia de cobranza, cifra ligeramente superior a lo reportado en el 2012. Estos actos se refieren a estrategias dirigidas a la recuperación de créditos fiscales mediante la ejecución de requerimientos de pago y de embargo de depósitos bancarios, bienes muebles e inmuebles, hasta llegar a su venta por medio del remate de los mismos. Estas acciones implementadas en el 2013, aunque similares en número a lo reportado en el año anterior, representaron ingresos por 2.5 miles de millones de pesos, 10 por ciento superior a lo recaudado en 2012, lo que acredita ganancias en eficiencia en el cobro de cuotas.

II.2. Aseguramiento en el IMSS

II.2.1. Puestos de trabajo y salario asociado²³

En el 2013, a pesar de que el crecimiento económico se situó por debajo de lo esperado, se consiguió ampliar el empleo asegurado en el IMSS, cerrando ese año con una afiliación de 16'525,061 puestos de trabajo. Estos registros están pormenorizados por personas con nombre y apellidos, con semanas cotizadas, con una empresa, un salario, entre otros datos.

²³ El dato de puestos de trabajo refiere a los asegurados que tienen una relación laboral remunerada y de subordinación con un patrón en el sector privado, con ciertas excepciones de aseguramientos especiales por convenio (como patrones personas físicas y productores de caña de azúcar, que refieren a personas ocupadas y con un empleo pero sin una relación subordinada). Debido a que un mismo afiliado puede registrarse en el Instituto con más de un empleo en más de una empresa, la cifra de puestos de trabajo del IMSS contabiliza a los afiliados tantas veces como número de empleos mantengan. En esta cifra de puestos de trabajo no se incluye a aquellos asegurados que cotizan en el Seguro de Salud para la Familia, ni en el esquema de continuación voluntaria al Régimen Obligatorio, como tampoco se incluye a los asegurados en el Seguro Facultativo.

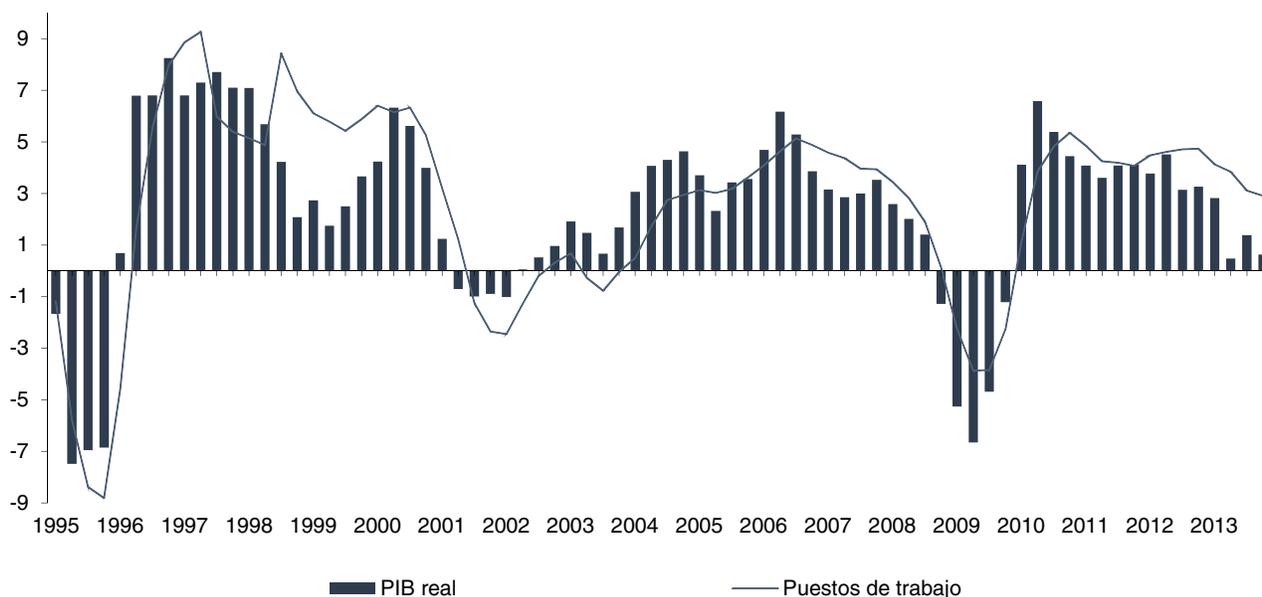
La gráfica II.3 muestra que existe una alta correlación entre la creación de puestos de trabajo afiliados al IMSS y el crecimiento del Producto Interno Bruto del país. Esta asociación con el ciclo económico se debe a que la demanda laboral se contrae ante contextos económicos desfavorables, y lo contrario sucede en épocas de crecimiento económico.

Históricamente existe una relación estable, cercana a la unidad, entre la evolución del Producto Interno Bruto y los empleos afiliados al IMSS. A partir de los registros administrativos del Instituto, se estima que la elasticidad de largo plazo entre estos dos conceptos es alrededor de 0.97. Esto es, un crecimiento de 1 por ciento en el Producto Interno Bruto incrementa la afiliación del IMSS en 0.97 por ciento, lo que equivale a una creación neta de alrededor de 160 mil puestos (gráfica II.4)²⁴.

Sin embargo, la gráfica II.4 también destaca la enorme variabilidad de esta relación entre el Producto Interno Bruto y los puestos del IMSS en el corto plazo. En particular, es de resaltar la elasticidad de 1.67 reportada en el 2013. En ese año, en el que no hay presencia de crisis económica que sesgue la elasticidad, el Producto Interno Bruto del país registró un aumento anual en términos reales de 1.1 por ciento en promedio, mientras que los puestos de trabajo afiliados al Instituto aumentaron en 3.5 por ciento en promedio en el año, equivalente a la creación de 553.2 mil empleos afiliados al IMSS. Alternativamente, este crecimiento fue de 2.9 por ciento del cierre de 2012 al cierre del 2013, equivalente a la creación de 463 mil empleos afiliados al IMSS.

Por la variabilidad de esta elasticidad, resulta prematuro afirmar que el coeficiente de 1.67 observado en el 2013 sea permanente. Hasta este momento es

Gráfica II.3.
Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo en el IMSS, 1995-2013^{1/}
(variación porcentual anual, para el PIB serie desestacionalizada)



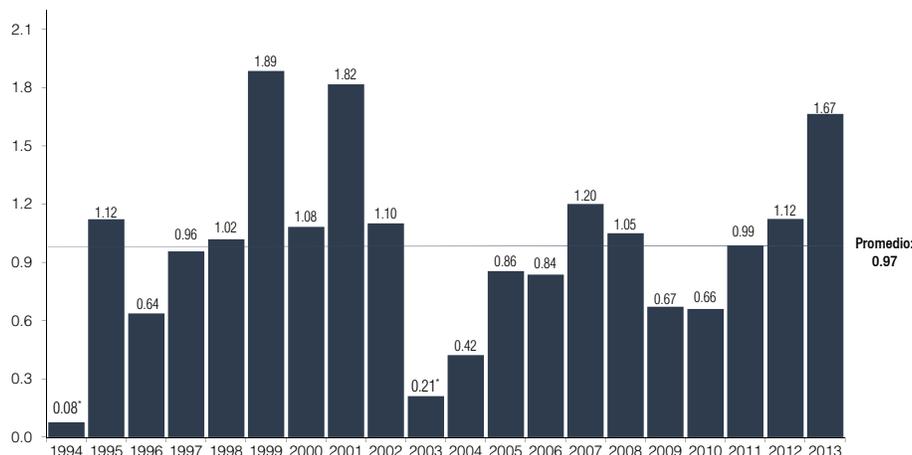
^{1/} Para los puestos de trabajo en el IMSS promedio del trimestre.

PIB: Producto Interno Bruto.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

²⁴ Cálculo utilizando el promedio de empleo asegurado en 2013.

Gráfica II.4.
Elasticidad entre los puestos de trabajo del IMSS y el Producto
Interno Bruto real, 1994-2013^{1/}



^{1/} Estimación con base en el modelo de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) con cifras del primer trimestre de 1994 al cuarto trimestre de 2013, incluyendo variables dicotómicas por cada año. La elasticidad, considerando todo el periodo, sin distinguir por año, es muy similar, alrededor de 0.87.

* Cifras en valores absolutos.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

difícil establecer que se deba: i) al nuevo modelo de afiliación y fiscalización implementado por el IMSS, y/o ii) a los esfuerzos de la actual Administración en promover la formalización del empleo a través de la reforma laboral del 2012 y/o a otras medidas como el Programa para la Formalización del Empleo²⁵. Inclusive, en 1999 y 2001, años en los que no hubo ninguna de estas acciones, se reportaron elasticidades mayores, es decir, de más de 1.80. El IMSS continuará estudiando esta relación y buscará dilucidar en el siguiente Informe las causas y efectos de la reforma laboral y las demás acciones emprendidas por esta Administración.

Estos logros en la afiliación del IMSS muestran que se está avanzando. Esto es, los esfuerzos y estrategias del Instituto hasta ahora implementados han tenido un impacto favorable en la decisión de los trabajadores en formar parte del sector formal de la

economía. Por tanto, estas acciones se fortalecerán en los próximos años, con lo que se busca disminuir aún más la carga administrativa de las empresas, así como ofrecer un servicio de mayor calidad a todos los derechohabientes.

Es indudable que los avances registrados en el 2013 son favorables, y se verán reforzados por las acciones llevadas a cabo por el Gobierno Federal en el 2014, como es la creación del Régimen de Incorporación al Seguro Social (RISS) previsto en el Decreto Presidencial del 8 de abril de 2014 y que entrará en vigor el 1º de julio del mismo año. Con este régimen especial se busca generar incentivos mediante el otorgamiento de un subsidio en el pago de cuotas por un periodo de hasta 10 años, para que las personas transiten de la informalidad al sector formal de la economía²⁶.

²⁵ Programa para la Formalización del Empleo (<http://empleoformal.stps.gob.mx/>) llevado a cabo por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), con el acompañamiento del IMSS a partir del 22 de julio de 2013, y la reforma laboral publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012.

²⁶ El subsidio durante los 2 primeros años será de 50 por ciento de las cuotas obrero-patronales y aportaciones al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores con un límite de hasta 3 salarios mínimos del Distrito Federal tratándose de trabajadores y de hasta 1 salario mínimo para patrones que se afilien de manera voluntaria. Posteriormente, el subsidio se irá disminuyendo en 10 por ciento cada 2 años hasta llegar a cero.

Puestos de trabajo y salario por tipo de empleo

En el IMSS se identifican dos tipos de afiliación en cuanto al empleo del trabajador asegurado: permanente y eventual²⁷. En el 2013, 86.2 por ciento (14.3 millones) de los 16.5 millones de puestos de trabajo fueron empleos permanentes, y el restante 13.8 por ciento (2.3 millones) fueron puestos de tipo eventual²⁸.

Entre 2004 y 2011 se registró una recomposición del tipo de empleo afiliado al IMSS, con una mayor participación de plazas eventuales con respecto al total. Durante este periodo de 8 años, la participación de los puestos eventuales pasó de 10.1 a 13.6 por ciento, con la correspondiente reducción en la participación de las plazas permanentes, que pasó de 89.9 a 86.4 por ciento. Este comportamiento se estabilizó durante 2012-2013, cuando la participación de los puestos permanentes se mantiene relativamente constante en un promedio de 86 por ciento (gráfica II.5). Esto es, el incremento en los puestos afiliados al IMSS reportado durante 2013 no se explica por los eventuales.

Como parte de los esfuerzos del IMSS para difundir información relevante de su afiliación, en este Informe, por primera vez, se dan a conocer cifras del nivel salarial de sus asegurados por tipo de empleo. Si bien el salario asociado a los puestos permanentes es superior al ingreso de las plazas eventuales, durante los últimos 10 años se reporta una disminución importante en la brecha salarial entre estos dos tipos de empleo. Se pasa de una brecha de 104.4 pesos diarios (57 por ciento) en enero de 2004 a 56.4 pesos

diarios (24.2 por ciento) en diciembre de 2013. Esta reducción se debe al aumento en el salario real de los puestos eventuales, que pasaron de un nivel de 183.2 a 233.1 pesos diarios, un incremento de 27.2 por ciento. En contraste, en el mismo periodo, el salario real de los puestos permanentes pasó de 287.6 a 289.5 pesos diarios, un incremento de 0.6 por ciento (gráfica II.6).

Puestos de trabajo por delegación de adscripción

En diciembre de 2013, la distribución de los puestos de trabajo afiliados al IMSS a nivel regional (gráfica II.7) muestra que es la zona centro la que mantiene los mayores niveles de afiliación, con una participación de 30.1 por ciento (5 millones) con respecto al total del país. En contraste, la región sur presenta la menor participación con 17.3 por ciento (2.9 millones) del total nacional²⁹. Entre 2004 y 2013, estas participaciones se han mantenido relativamente constantes.

En la zona centro las delegaciones de adscripción al Instituto con la mayor afiliación fueron Distrito Federal Sur y Norte con 17.5 por ciento del total de puestos en el país, y las de menor aseguramiento en la región sur fueron Tlaxcala y Campeche, con 1.4 por ciento del total nacional.

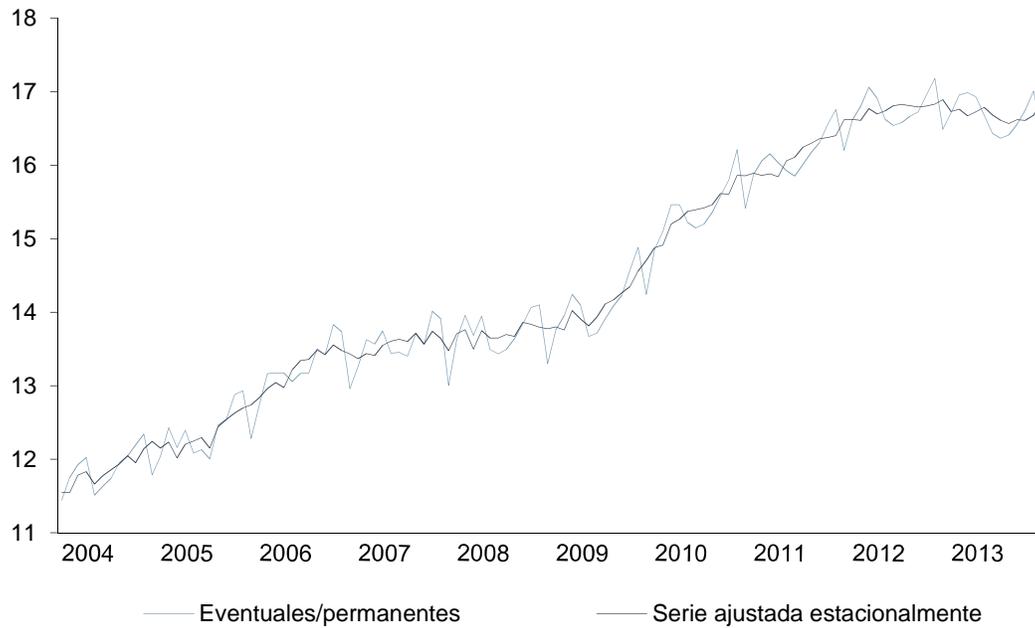
Las delegaciones que más crecieron fueron Distrito Federal Norte, Guanajuato y Baja California Sur con un aumento cerca de 6 por ciento entre diciembre de 2012 y diciembre de 2013. Mientras que Veracruz Norte, Durango, Michoacán, México Oriente y Chiapas tuvieron reducciones en afiliación (gráfica II.8).

²⁷ La Ley del Seguro Social contempla la afiliación de trabajadores en empleos permanentes y eventuales, y en ambos casos, las condiciones de entero y pago de las cuotas al IMSS son las mismas. La diferencia radica en que las plazas eventuales presentan una menor acumulación en el tiempo de cotización, debido a que pasan menos tiempo incorporados, y requieren de un mayor tiempo previo de aseguramiento necesario para el pago de subsidio en caso de enfermedad.

²⁸ Trabajador permanente es aquél que tiene una relación de trabajo por tiempo indeterminado (Ley del Seguro Social, Artículo 5 A, fracción VI); trabajador eventual es aquél que tiene una relación de trabajo para obra determinada o por tiempo determinado en los términos de la Ley Federal del Trabajo (Ley del Seguro Social, Artículo 5 A, fracción VII).

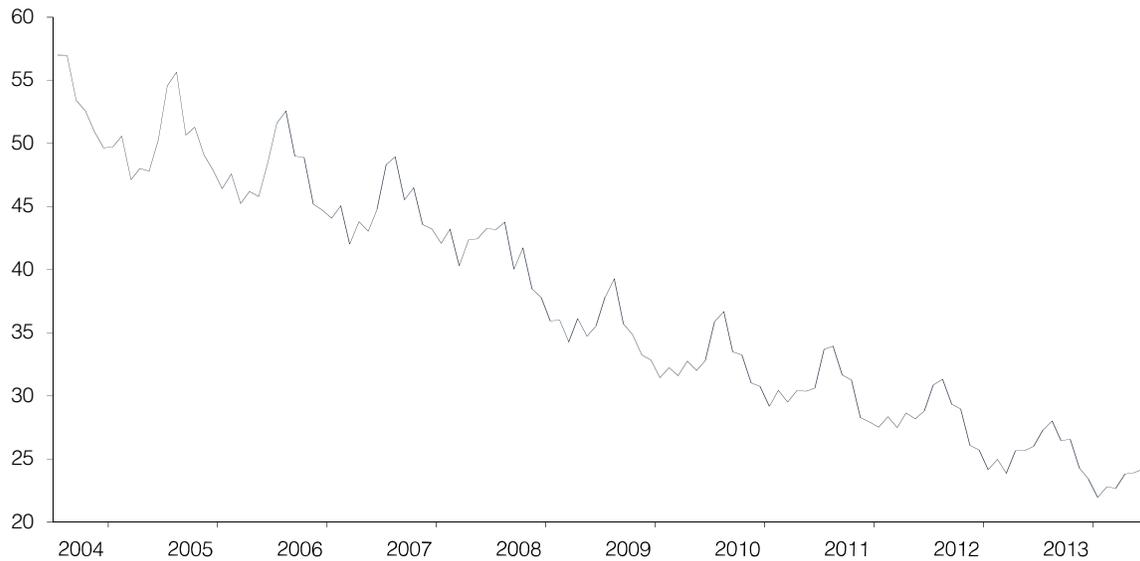
²⁹ La región centro incluye las delegaciones Distrito Federal Norte, Querétaro, Guerrero, Distrito Federal Sur, Morelos, México Poniente, México Oriente; la región norte incluye a Aguascalientes, San Luis Potosí, Chihuahua, Zacatecas, Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila y Durango; la región occidente incluye a Guanajuato, Baja California Sur, Sinaloa, Jalisco, Colima, Sonora, Baja California, Nayarit y Michoacán, y la región sur incluye a Hidalgo, Tabasco, Quintana Roo, Veracruz Sur, Yucatán, Oaxaca, Puebla, Campeche, Tlaxcala, Chiapas y Veracruz Norte.

Gráfica II.5.
Estructura del empleo permanente y eventual, 2004-2013
 (porcentajes, cifras al cierre de cada mes)



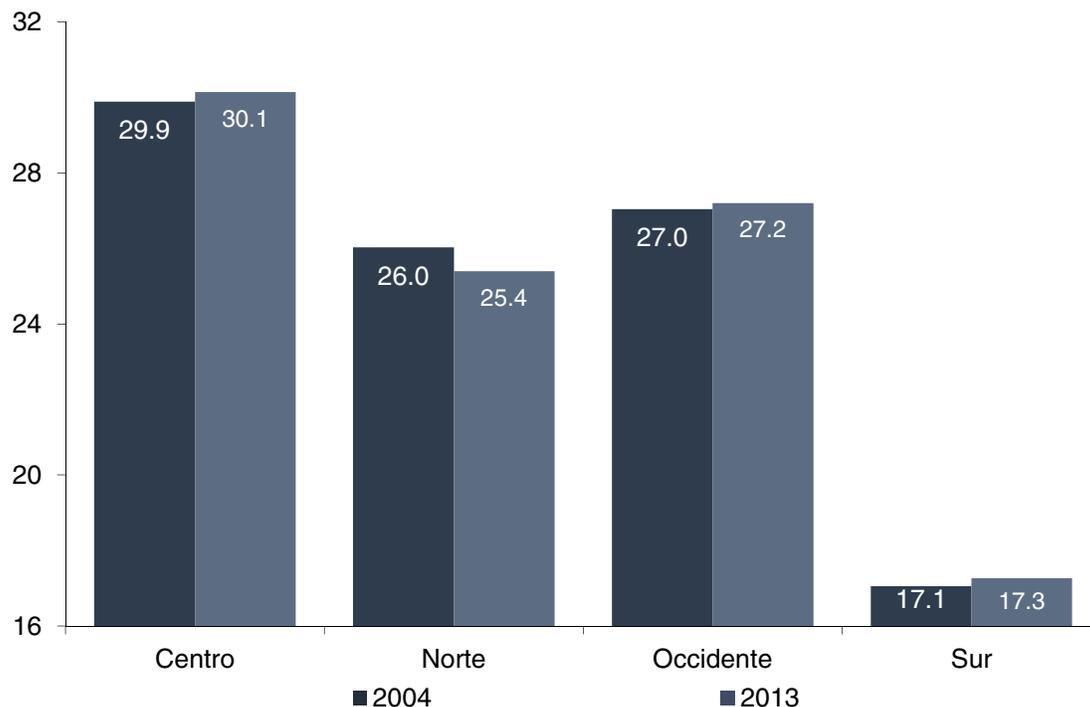
Serie ajustada estacionalmente con modelo Tramo/Seats.
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.6.
Brecha salarial entre puestos permanentes y eventuales, 2004-2013^{1/}
 (porcentajes, cifras al cierre de cada mes)



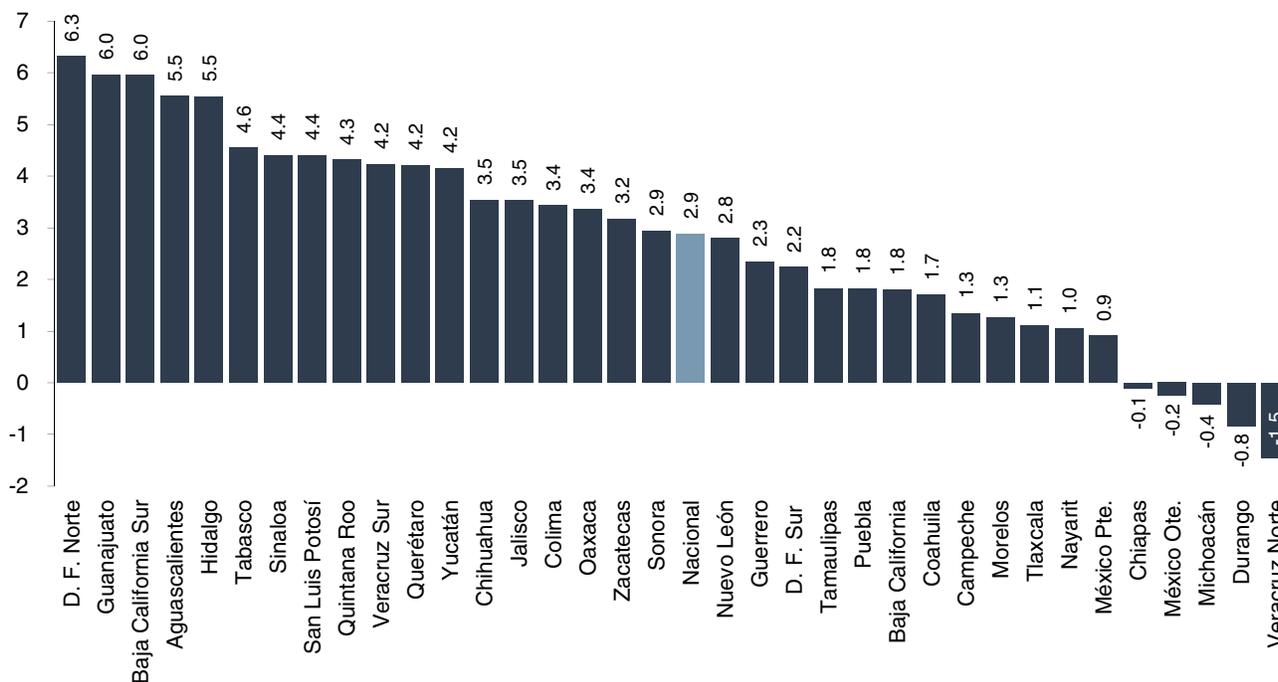
^{1/} Brecha salarial se refiere a la diferencia porcentual entre el salario de los puestos permanentes con respecto a los eventuales.
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.7.
Participación de puestos de trabajo por región con respecto al total nacional, 2004-2013
 (porcentajes, cifras al cierre de cada año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.8.
Variación anual de puestos de trabajo por delegación, 2012-2013
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



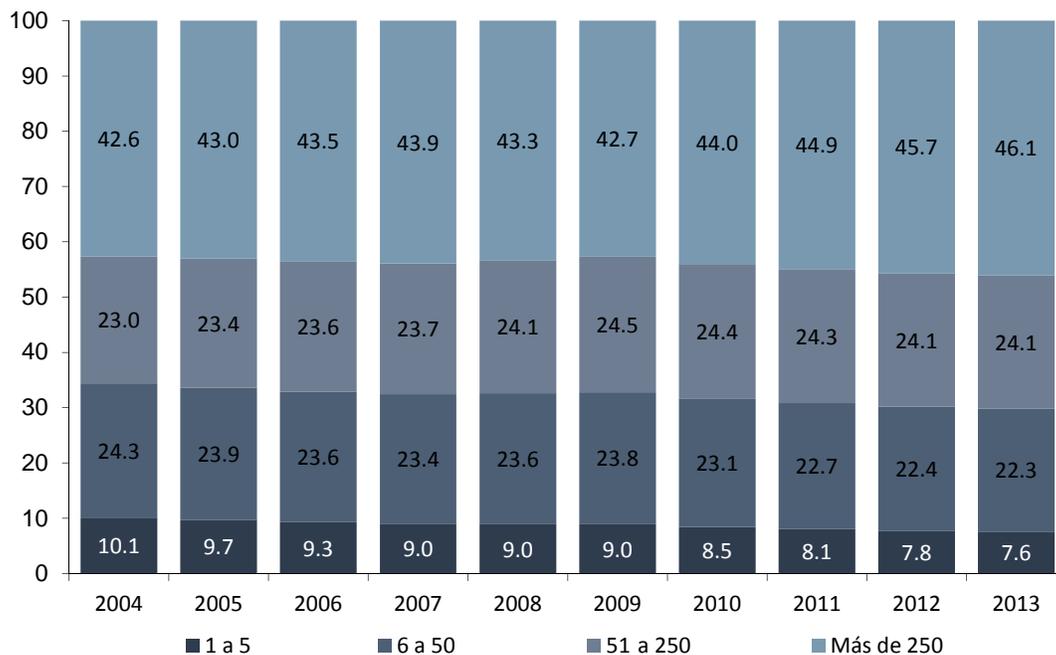
Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Puestos de trabajo por tamaño de empresa y actividad económica

En diciembre de 2013, 46.1 por ciento (7.6 millones) de los puestos afiliados al IMSS se ubicaba en registros patronales con más de 250 trabajadores, lo que significó un aumento en comparación a diciembre de 2004, cuando dicho porcentaje se ubicó en 42.6 por ciento (gráfica II.9). En contraste, la participación de los puestos de trabajo en empresas chicas, de 1 hasta 50 trabajadores, disminuyó de 34.4 a 29.9 por ciento (0.6 millones) durante el mismo lapso. Es interesante que en los últimos 10 años parece ser que las empresas más grandes son las que generan mayores empleos formales.

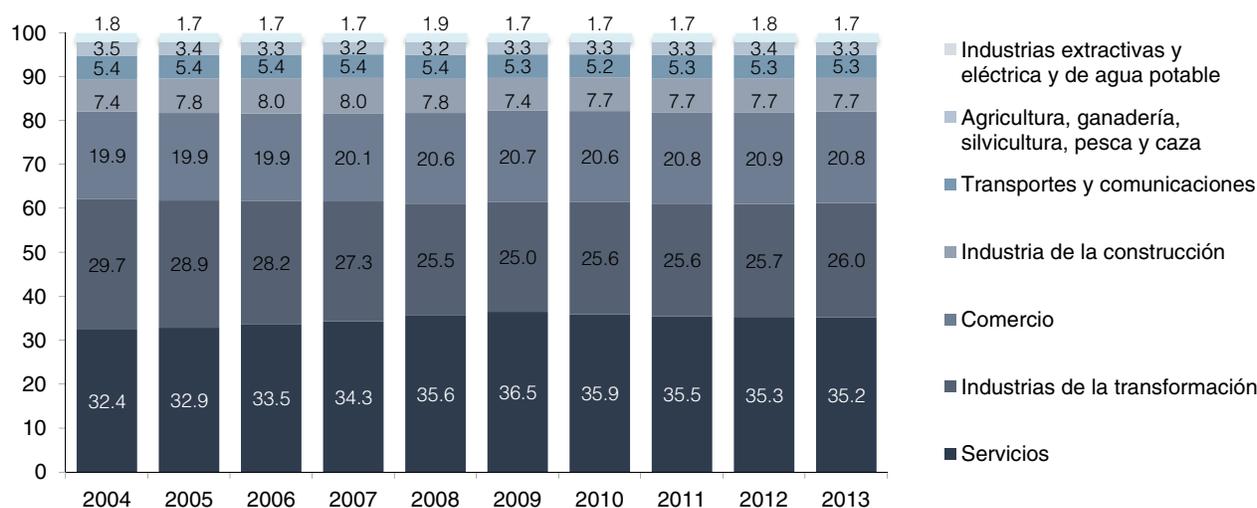
La gráfica II.10 muestra la creciente terciarización de la economía en los últimos años. Entre diciembre de 2004 y diciembre de 2013, el número de puestos de trabajo del sector servicios como porcentaje del total aumentó de 32.4 a 35.2, mientras que para las industrias de la transformación este porcentaje disminuyó de 29.7 a 26 por ciento. Durante este mismo lapso, en el resto de los sectores económicos, se mantiene relativamente constante la participación del empleo con respecto al total.

Gráfica II.9.
Distribución de puestos de trabajo por tamaño de registro patronal, 2004-2013
 (porcentajes, cifras al cierre de cada año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.10.
Puestos de trabajo por actividad económica, 2004-2013
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Salario de asegurados trabajadores³⁰

El registro correcto ante el Instituto del salario 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 pensiones y de las cuotas que se deben pagar en materia de seguridad social.

La gráfica II.11 presenta la evolución en el tiempo del salario base de los trabajadores en términos reales y en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal (SMDF)³¹, a nivel nacional. Durante los últimos

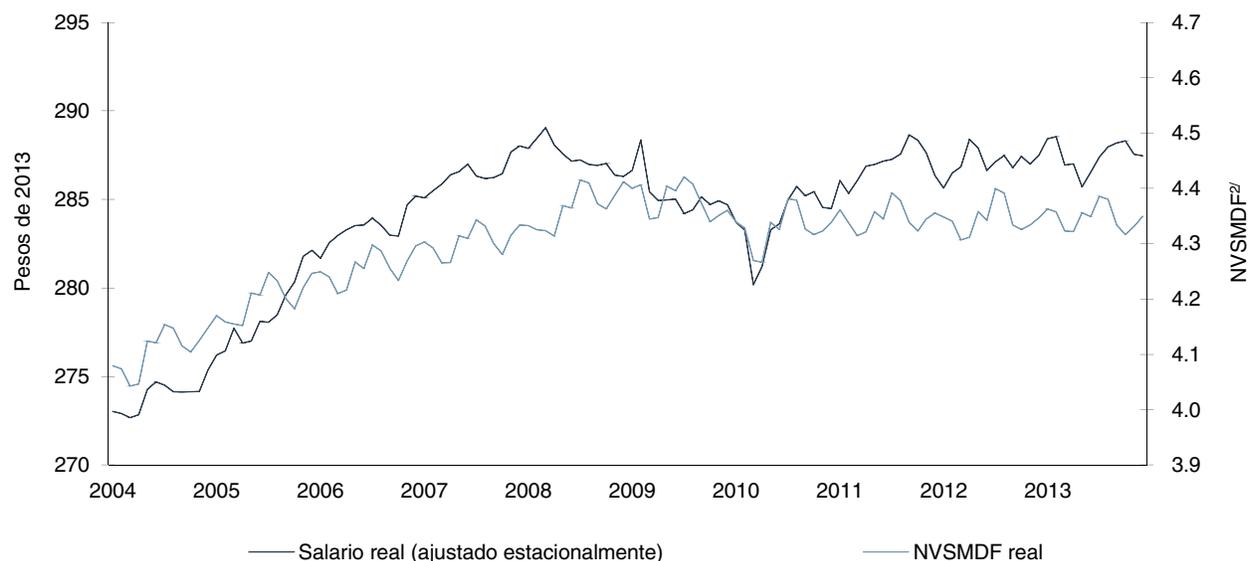
10 años el salario real creció 0.5 por ciento en promedio anual, mientras que en número de veces aumentó en 0.6 por ciento por año, en promedio. De enero de 2012 a diciembre de 2013, el salario real registrado ante el Instituto se mantuvo relativamente constante, en un nivel promedio de 287.3 pesos diarios (4.3 veces el Salario Mínimo del Distrito Federal).

La distribución salarial de los puestos de trabajo afiliados en el IMSS, en veces el salario mínimo del Distrito Federal, se concentra en los salarios bajos, con una media de 4.3 veces el salario mínimo del Distrito Federal (281.7 pesos diarios), y una mediana de 2.6

³⁰ El salario diario de los asegurados trabajadores del IMSS se refiere al ingreso integrado que incluye los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones (utilidades y aguinaldo), percepciones, alimentación, habitación, primas (incluye prima vacacional), comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se integra al trabajador por su trabajo. Se considera el salario al día último de mes y que refiera a un ingreso real percibido por parte de un patrón. Es decir, se excluye a las modalidades de aseguramiento 30 (productores de caña de azúcar), 35 (patrones personas físicas con trabajadores a su servicio), 43 (incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio) y 44 (trabajadores independientes), cuyo salario registrado refiere al salario mínimo de la zona. Tampoco se considera a las modalidades 32 (Seguro Facultativo), 33 (Seguro de Salud para la Familia), las que no tienen un salario registrado, ni a la modalidad 40 (continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio), cuyo salario registrado refiere al percibido al momento de la baja del asegurado del IMSS o a un salario a su elección sin exceder el límite señalado por la Ley del Seguro Social.

³¹ Para 2013 el salario mínimo de la zona A, donde se ubica el Distrito Federal, es de 64.76 pesos.

Gráfica II.11.
Salario diario de trabajadores asegurados, 2004-2013^{1/}
 (pesos de 2013 y número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, para el salario real serie desestacionalizada, cifras al cierre de cada mes)



^{1/} Serie desestacionalizada con modelo Tramo/Seats.

^{2/} NVSMDF: Número de Veces el Salario Mínimo del Distrito Federal.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

veces el salario mínimo del Distrito Federal (167.8 pesos diarios).

La gráfica II.12 muestra que 37.8 por ciento de los trabajadores afiliados al IMSS perciben un salario de hasta dos veces el salario mínimo del Distrito Federal, 37.3 por ciento percibe más de 2 y hasta 5 salarios mínimos, y el restante 24.9 por ciento percibe un salario superior a 5 salarios mínimos. Esta distribución se ha mantenido relativamente constante entre 2004 y 2013, aunque destaca una redistribución de los trabajadores de 1 hacia 2 salarios mínimos.

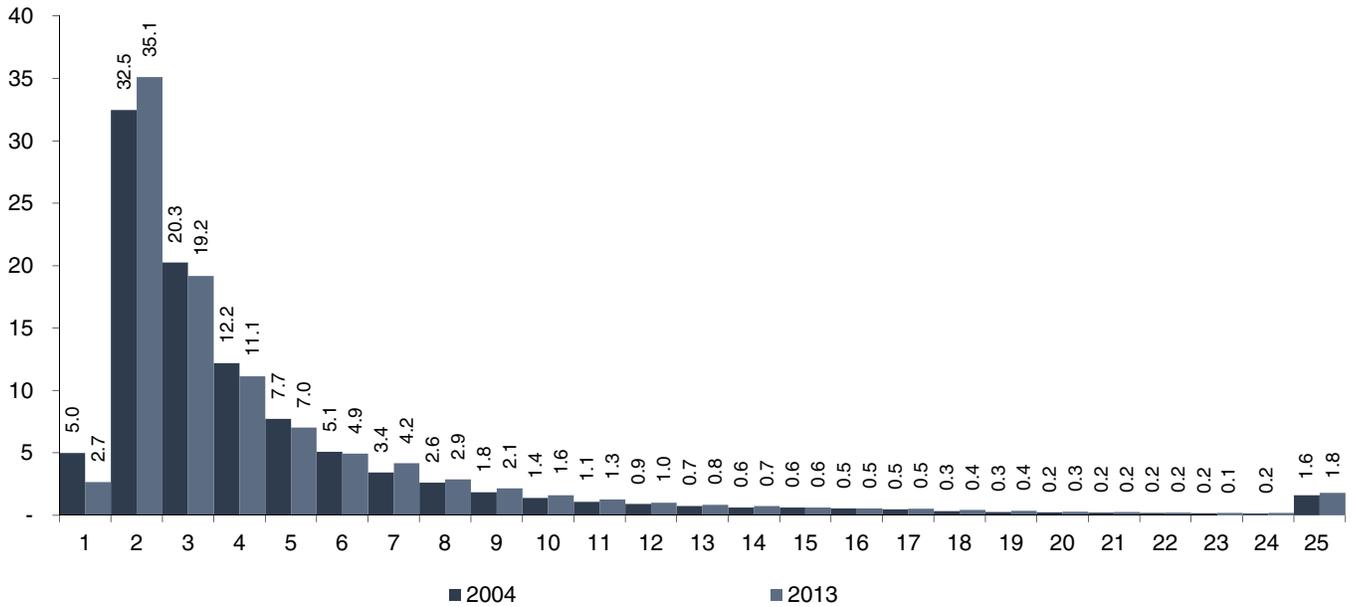
Distribución salarial por tamaño de empresa y actividad económica

La distribución salarial de los trabajadores afiliados al IMSS varía en función del tamaño de las empresas y de la actividad económica asociada. En diciembre de 2013, se observa que son los patrones más grandes

los que presentan los salarios más altos. Mientras que 43 por ciento de los trabajadores en empresas con más de 250 trabajadores percibe salarios de más de 4 salarios mínimos del Distrito Federal, este porcentaje es de 7 por ciento en empresas con plantillas de 1 a 5 trabajadores (gráfica II.13).

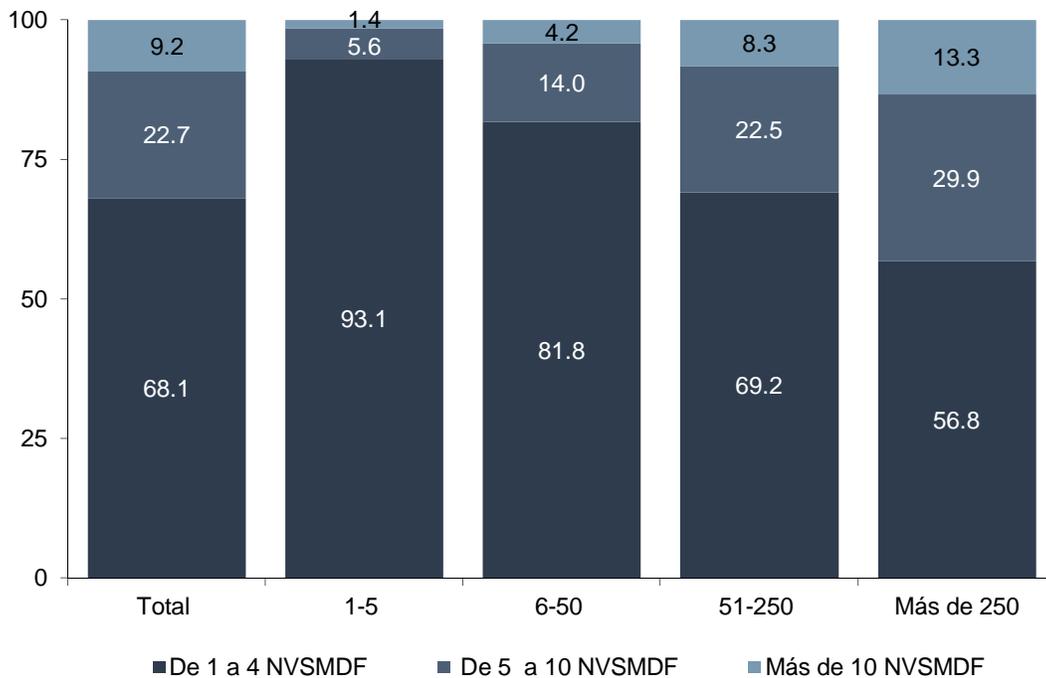
Al 31 de diciembre de 2013, las empresas de más de 250 trabajadores registraron un salario promedio superior en 163.2 por ciento al correspondiente a los micronegocios (1 a 5 trabajadores), y 76.6 por ciento mayor al pagado por las empresas de tamaño pequeño (6 a 50 trabajadores). No obstante, durante los últimos 10 años se presenta una mejora relativa en los salarios de los trabajadores en empresas de menor tamaño, con tasas reales de crecimiento promedio anual de 1.1 por ciento para las micro, 0.5 para las pequeñas y de 0.1 por ciento para las empresas medianas y grandes (cuadro II.2). Es decir, en los últimos años parece existir un proceso importante de convergencia salarial.

Gráfica II.12.
Distribución salarial de trabajadores asegurados en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, 2004 y 2013^{1/}
 (porcentajes, cifras al cierre de cada año)



^{1/} Se incluye a los 144,377 puestos en aseguramiento voluntario asociados a un salario mínimo del Distrito Federal, modalidades 30, 35, 43 y 44.
 NVSMDF: Número de veces el salario mínimo del Distrito Federal.
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.13.
Distribución salarial de trabajadores asegurados en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, 2013^{1/}
 (porcentajes, cifras al cierre de año)



^{1/} El rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal. Se incluye a los 144,377 puestos en aseguramiento voluntario asociados a un salario mínimo del Distrito Federal, modalidades 30, 35, 43 y 44.
 Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Cuadro II.2.
Salario diario de trabajadores asegurados por tamaño de registro patronal, 2004-2013
 (pesos de 2013 y número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, cifras al cierre de año)

Año	Total		Micronegocios 1 a 5 trabajadores		Pequeños 6 a 50 trabajadores		Medianos 51 a 250 trabajadores		Grandes Más de 250 trabajadores	
	Pesos	NVSMDF	Pesos	NVSMDF	Pesos	NVSMDF	Pesos	NVSMDF	Pesos	NVSMDF
	2004	269.58	4.1	124.83	1.9	193.00	3.0	271.13	4.2	345.90
2005	276.33	4.2	131.94	2.0	198.91	3.1	274.45	4.2	352.17	5.4
2006	279.39	4.3	134.01	2.1	201.45	3.1	276.32	4.2	353.57	5.4
2007	282.22	4.3	135.69	2.1	203.75	3.1	279.15	4.3	354.94	5.5
2008	280.50	4.4	133.93	2.1	202.31	3.2	277.99	4.4	354.04	5.6
2009	278.90	4.4	133.98	2.1	202.65	3.2	277.30	4.3	351.78	5.5
2010	278.69	4.3	133.04	2.1	199.90	3.1	272.86	4.2	351.33	5.5
2011	280.56	4.4	132.70	2.1	199.76	3.1	273.75	4.2	351.85	5.5
2012	281.68	4.3	133.26	2.1	199.55	3.1	274.68	4.2	350.94	5.4
2013	281.66	4.3	133.39	2.1	198.78	3.1	272.57	4.2	351.03	5.4

NVSMDF: Número de veces el salario mínimo del Distrito Federal.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

La gráfica II.14 detalla la distribución de los trabajadores por nivel salarial y sector económico. Como se puede observar, los sectores de la industria de electricidad y suministro de agua, y la industria extractiva, son los que presentan las plantillas laborales con los salarios más altos. En el primero, 45.7 por ciento de sus trabajadores se concentra en un rango salarial de más de 10 veces el salario mínimo del Distrito Federal, en tanto que en la industria extractiva esta cifra se ubica en 20 por ciento. Por otro lado, en el sector agropecuario se pagan salarios menores, 92.7 por ciento de su fuerza laboral percibe un salario equivalente entre 1 y 4 veces el salario mínimo.

El cuadro II.3 muestra que 5 de las 9 actividades económicas analizadas registraron un incremento del salario real en 2013 respecto a 2012. La industria extractiva reporta el mayor incremento anual de 2.2 por ciento, equivalente a una ganancia salarial de 9.6 pesos diarios. En contraste, la industria de la construcción presentó una disminución de 2.3 por ciento.

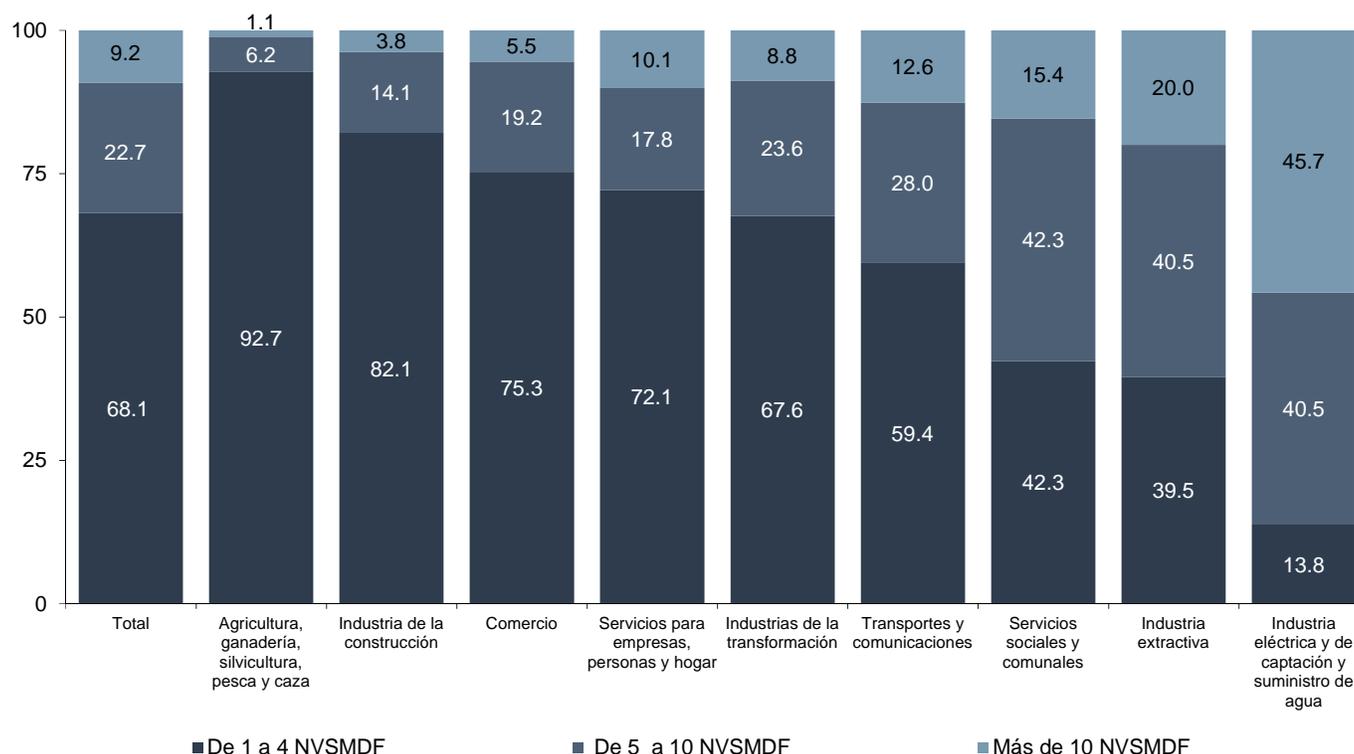
Salario por delegación de adscripción

La gráfica II.15 presenta el salario de los trabajadores por delegación para 2013. Las 7 delegaciones con un salario, en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, mayor al promedio nacional fueron: Distrito Federal Norte, Campeche, Distrito Federal Sur, Veracruz Norte, Querétaro, Nuevo León y Jalisco. Por su parte, Sinaloa, Quintana Roo y Durango presentaron el salario, en número de veces el salario mínimo, más bajo a nivel nacional.

II.2.2. Asegurados

Adicional a la afiliación de personas con un trabajo remunerado, el IMSS dispone de modalidades de aseguramiento para ciudadanos sin un empleo formal que obtienen los beneficios que otorga el Instituto, principalmente en salud, a través del

Gráfica II.14.
Estructura de puestos de trabajo por rango salarial y actividad económica, 2013^{1/}
 (la distribución se presenta en porcentaje, cifras al cierre de año)



^{1/}El rango salarial en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal. Se incluye a los 144,377 puestos en aseguramiento voluntario asociados a un salario mínimo del Distrito Federal, modalidades 30, 35, 43 y 44.

NVSMDF: Número de veces el salario mínimo del Distrito Federal.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Cuadro II.3.
Salario diario por actividad económica, 2012-2013
 (pesos de 2013 y número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, cifras al cierre de cada año)

Actividad económica	2012		2013		Variación relativa (%)
	Pesos	En NVSMDF	Pesos	En NVSMDF	
	(a)	(b)	(c)	(d)	
Agricultura, ganadería, silvicultura, pesca y caza	145.92	2.3	146.59	2.3	0.5
Industrias de la transformación	284.61	4.4	284.81	4.4	0.1
Industrias extractivas	437.00	6.7	446.56	6.9	2.2
Industria eléctrica y de captación y suministro de agua	675.89	10.4	683.80	10.6	1.2
Industria de la construcción	202.25	3.1	197.68	3.1	-2.3
Comercio	235.00	3.6	233.96	3.6	-0.4
Transporte y comunicaciones	338.60	5.2	335.02	5.2	-1.1
Servicios para empresas, personas y hogar	272.54	4.2	272.52	4.2	0.0
Servicios sociales y comunales	391.73	6.0	396.96	6.1	1.3
Total	281.68	4.3	281.66	4.3	0.0

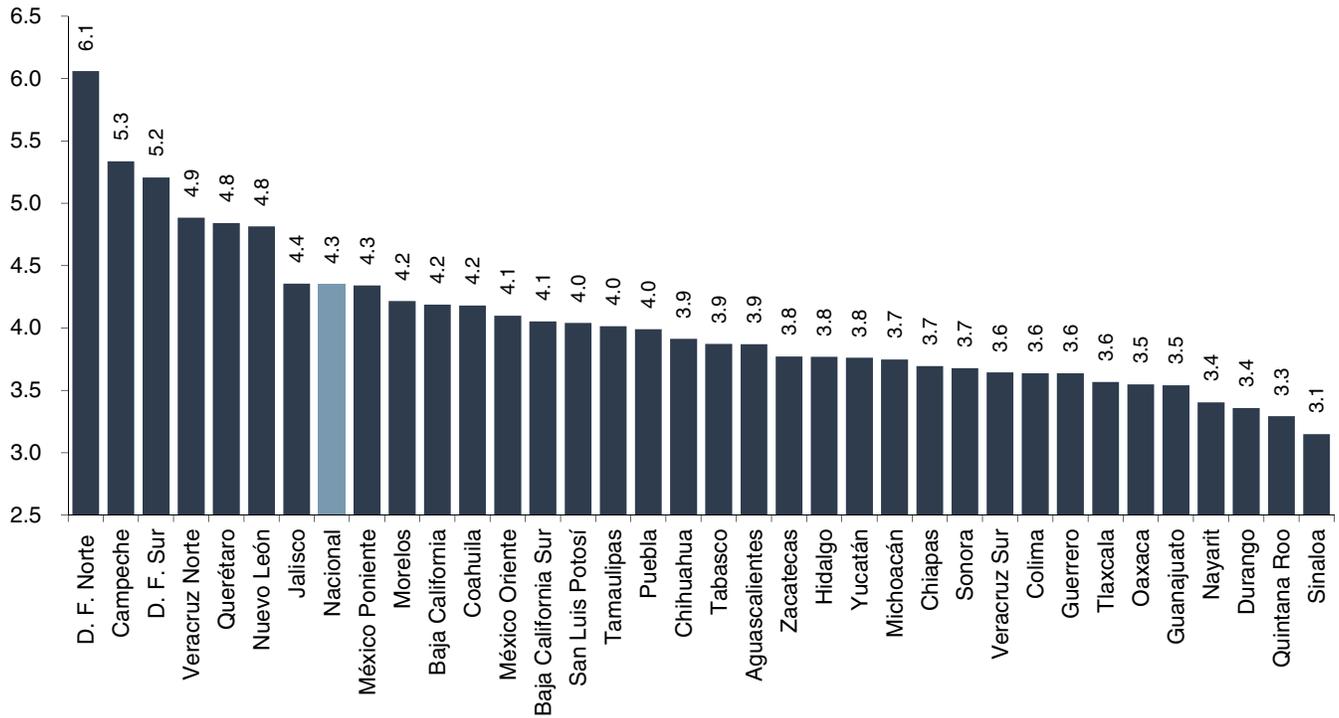
NVSMDF: Número de veces el salario mínimo del Distrito Federal.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.15.

Salario diario de trabajadores asegurados en Número de Veces el Salario Mínimo por delegación, 2013

(número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, cifras al cierre de año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Seguro para Estudiantes, Seguro de Salud para la Familia y Continuación Voluntaria (asegurados no trabajadores)³².

Como fue discutido en la sección anterior, al 31 de diciembre de 2013 se encuentran registrados en el IMSS 16'525,061 puestos de trabajo y, en este mismo mes, se reportan 7'018,631 asegurados no trabajadores, sumando un total de 23'543,692 asegurados. Esta afiliación del Instituto, durante el 2013, presentó un crecimiento de 960,692 personas, equivalente a 4.3 por ciento (cuadro II.4).

³² El Seguro Facultativo (modalidad 32) incluye la afiliación de estudiantes, así como familiares de personal del IMSS y de la Comisión Federal de Electricidad (CFE). Alrededor de 98 por ciento de la afiliación en la modalidad 32 refiere a estudiantes. El Seguro de Salud para la Familia (modalidad 33) es para hogares que no cuentan con ningún sistema de seguridad social. En la Continuación Voluntaria (modalidad 40) se incluye a los asegurados que han dejado de estar sujetos al Régimen Obligatorio y reingresan por cuenta propia a éste, con lo cual se les reconoce el tiempo cubierto por sus cotizaciones anteriores.

Entre 2004 y 2013, se registra un aumento de más de 7 puntos porcentuales en la participación de los asegurados no trabajadores con respecto al total, al pasar de un porcentaje de 22.2 a 29.8, como se observa en la gráfica II.16. Esto tiene implicaciones financieras para el Instituto, dado el estatus deficitario del Seguro Facultativo (estudiantes)³³ y del Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), tema abordado en el Capítulo VII.

¹⁴ Las cuotas del Seguro Facultativo se determinan tomando como base el monto del salario mínimo vigente en el Distrito Federal al momento de la inscripción, elevado al año, y aplicando a éste el factor de 1.723. Estudios preliminares indican que el factor vigente de 1.723 no es suficiente para financiar este seguro.

Cuadro II.4.
Asegurados del IMSS, 2012-2013
(personas, cifras al cierre de cada año)

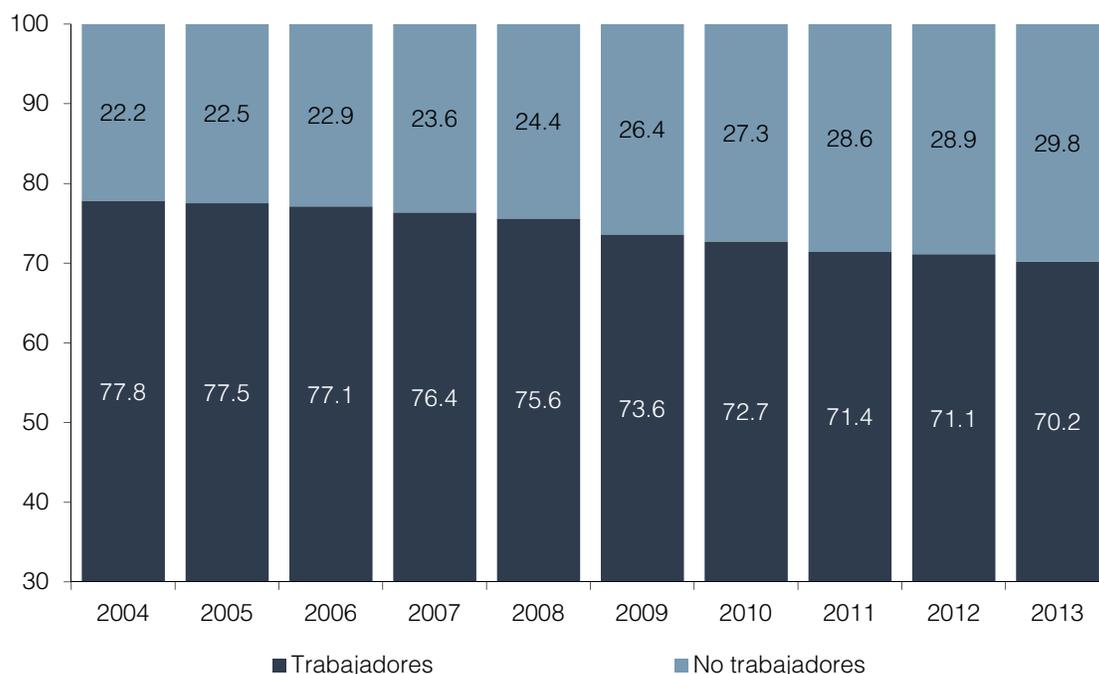
Tipo de afiliación	Tipo de régimen	2012	2013	Variación	
				Absoluta	Relativa %
Asegurados		22,583,000	23,543,692	960,692	4.3
Trabajadores		16,062,043	16,525,061	463,018	2.9
Modalidad:					
10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad	RO	15,110,103	15,560,508	450,405	3.0
13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo	RO	220,236	238,396	18,160	8.2
14: Trabajadores eventuales del campo cañero	RO	48,076	41,899	-6,177	-12.8
17: Reversión de cuotas por subrogación de servicios	RO	132,111	128,746	-3,365	-2.5
30: Productores de caña de azúcar	RO	101,400	98,541	-2,859	-2.8
34: Trabajadores domésticos	RV	2,186	2,310	124	5.7
35: Patronos personas físicas con trabajadores a su servicio	RV	6,120	5,859	-261	-4.3
36: Trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados ^{1/}	RV	143,451	145,715	2,264	1.6
38: Trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios ^{1/}	RV	244,398	250,351	5,953	2.4
42: Trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios ^{1/}	RV	11,456	12,759	1,303	11.4
43: Incorporación voluntaria del campo al régimen obligatorio.	RV	27,769	25,992	-1,777	-6.4
44: Trabajadores independientes	RV	14,737	13,985	-752	-5.1
No trabajadores		6,520,957	7,018,631	497,674	7.6
Modalidad:					
32: Seguro facultativo (estudiantes)	RV	5,969,638	6,468,986	499,348	8.4
33: Seguro de Salud para la Familia	RV	468,198	458,500	-9,698	-2.1
40: Continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio	RV	83,121	91,145	8,024	9.7
Régimen Obligatorio (RO)		15,611,926	16,068,090	456,164	2.9
Régimen Voluntario (RV)		6,971,074	7,475,602	504,528	7.2

^{1/} En las tres modalidades los asegurados son trabajadores al servicio de la administración pública estatal o municipal; la diferencia entre estas modalidades se relaciona con el tipo de seguros a los cuales se tiene derecho.

Nota: La modalidad 30, de productores de caña de azúcar, se considera un híbrido, ya que este grupo no está obligado a afiliarse al IMSS, pero en los convenios anuales de incorporación los cañeros han manifestado su decisión de pertenecer al Régimen Obligatorio (Artículo Séptimo Transitorio de la Ley de 1995).

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica II.16.
Estructura de los asegurados trabajadores y no trabajadores del IMSS, 2004-2013
 (porcentajes, cifras al cierre de cada año)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

II.2.3. Pensionados

Adicional a los asegurados vigentes, en el IMSS se registra a las personas pensionadas del sector privado, así como a los ex trabajadores del propio Instituto. La evolución en el número de pensionados es relevante, dada la situación financiera del IMSS, toda vez que no aportan ingreso corriente. 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 Ley del Seguro Social.

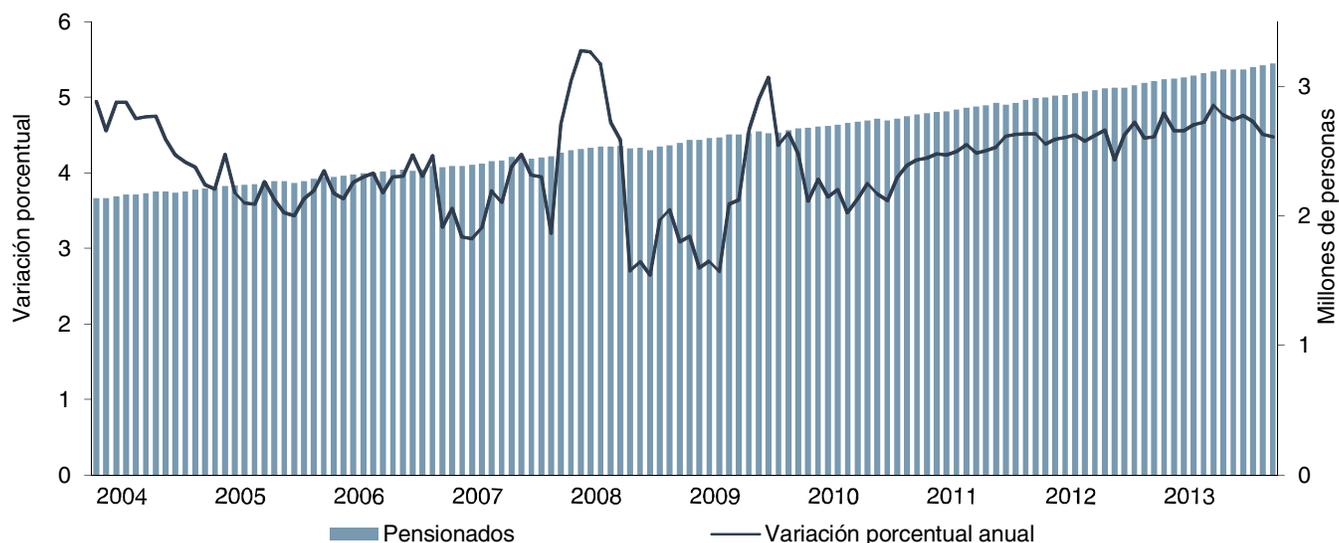
La gráfica II.17 muestra que el número de pensiones pagadas mantiene una tendencia de crecimiento sostenido, con una tasa de aumento promedio anual alrededor de 4.1 por ciento durante el periodo 2004-

2013. Al cierre de 2013 se registraron un total de 3'182,299 pensiones (no IMSS), mientras que el número de pensiones asociadas a ex trabajadores del IMSS alcanzó una cifra de 241,261. Como resultado, al cierre de 2013 el IMSS cubría a 3'423,560 de pensionados.

II.2.4. Beneficiarios de asegurados y pensionados

En esta Administración se ha buscado transparentar el registro de sus derechohabientes y, gracias a las mejoras tecnológicas en los sistemas del Instituto que se han venido implementando, es posible dar a conocer por primera vez en este Informe el desglose pormenorizado de la adscripción efectiva al IMSS. Con este esfuerzo se espera aportar al debate relativo a los padrones de salud.

Gráfica II.17.
Pensionados, 2004-2013^{1/}
 (millones de personas y porcentajes, al cierre de cada mes)



^{1/} No incluye pensionados ex trabajadores del IMSS. Incluye pensionados con forma de pago mediante rentas vitalicias desde 1997 a la fecha. Incluye pensiones derivadas.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

El cuadro II.5 muestra que la población derechohabiente del IMSS se compone de:

i) Titulares, asegurados y pensionados que fueron presentados en las secciones anteriores. Al cierre de 2013, se contabilizan 23'543,692 asegurados (trabajadores y no trabajadores), con nombre y apellidos, semanas de cotización, una historia salarial, una empresa asociada, y de los que cada mes se recibe el pago de sus contribuciones, y 3'423,560 pensionados, con nombre y apellidos, y a los que mes a mes se les paga su pensión. Esto es, un total de 26'967,252 derechohabientes

titulares plenamente identificados; 88 por ciento de ellos con una Clave Única de Registro de Población (CURP) asociada en los sistemas del Instituto³⁴.

ii) Familiares derechohabientes de los titulares³⁵. Al cierre de 2013, se identifican 24'194,833 beneficiarios adscritos a una clínica, con nombre y apellidos, parentesco con su titular, fecha de nacimiento y 70 por ciento con la Clave Única de Registro de Población identificada en los sistemas del IMSS. Adicionalmente, se estima que existen 8'349,878 que son familiares de los titulares pero

³⁴ La cifra de 26'967,252 derechohabientes titulares al cierre de 2013 incluye duplicidades del tipo de pensionados con aseguramiento vigente (por ejemplo, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un empleo remunerado y subordinado), no contabiliza a asegurados en baja pero con conservación de derechos, y considera a las pensiones derivadas que refieren a pensiones pagadas a beneficiarios de titulares fallecidos. La cifra de derechohabientes titulares adscritos a clínica, incluyendo a asegurados en baja pero en conservación de derechos, eliminando duplicidades, y sin considerar a las pensiones derivadas, es de 26'560,531.

³⁵ El Artículo 84 de la Ley del Seguro Social considera beneficiarios con derechos a: i) esposa(o) o concubina(o); ii) hijos menores de 16 años o mayores incapacitados, y iii) padre y madre que vivan con el titular.

Cuadro II.5.
Población derechohabiente del IMSS, 2013
(cifras al cierre del año)

Tipo de afiliación	Derechohabientes
Titulares^{1/}	26,967,252
Asegurados	23,543,692
Trabajadores	16,525,061
No trabajadores	7,018,631
Pensionados	3,423,560
Pensionados no IMSS	3,182,299
Pensionados IMSS	241,261
Familiares	32,544,711
Adscritos	24,194,833
Asegurados ^{2/}	21,840,444
Pensionados ^{3/}	2,354,389
No Adscritos	8,349,878
Total	59,511,963

^{1/} Incluye duplicidades del tipo de pensionados con aseguramiento vigente (por ejemplo, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un empleo remunerado y subordinado), no contabiliza a asegurados en baja pero con conservación de derechos, y contabiliza a las pensiones derivadas, que refieren a pensiones pagadas a beneficiarios de titulares fallecidos.

^{2/} Incluye derechohabientes en baja con conservación de derechos, los cuales refieren a personas dadas de baja del IMSS pero cubren, inmediatamente antes de tal privación, un mínimo de 8 cotizaciones semanales ininterrumpidas.

^{3/} No incluye pensiones derivadas, que refieren a pensiones pagadas a beneficiarios de titulares fallecidos. Se consideran familiares de pensionados IMSS y no IMSS.

que no han sido adscritos a una clínica del IMSS³⁶. Esto ocurre porque el titular en ocasiones no da de alta a su familiar sino hasta que sucede un siniestro. Estos usuarios potenciales deben ser considerados como derechohabientes, ya que en cualquier momento pueden requerir los servicios del Instituto. Esto es, se contabiliza a un total de 32'544,711 derechohabientes familiares.

Al considerar las adscripciones efectivas de titulares y sus beneficiarios, se obtiene una población derechohabiente de 51'162,085 personas adscritas a Unidad de Medicina Familiar (UMF)³⁷, plenamente identificadas; 80 por ciento de ellas con Clave Única de Registro de Población asociada en los sistemas del IMSS. Sumando la estimación de 8.3 millones de beneficiarios no adscritos, la población cubierta por el Instituto alcanza las 59'511,963 personas (gráfica II.18), lo que representa más de 50 por ciento de la población del país³⁸.

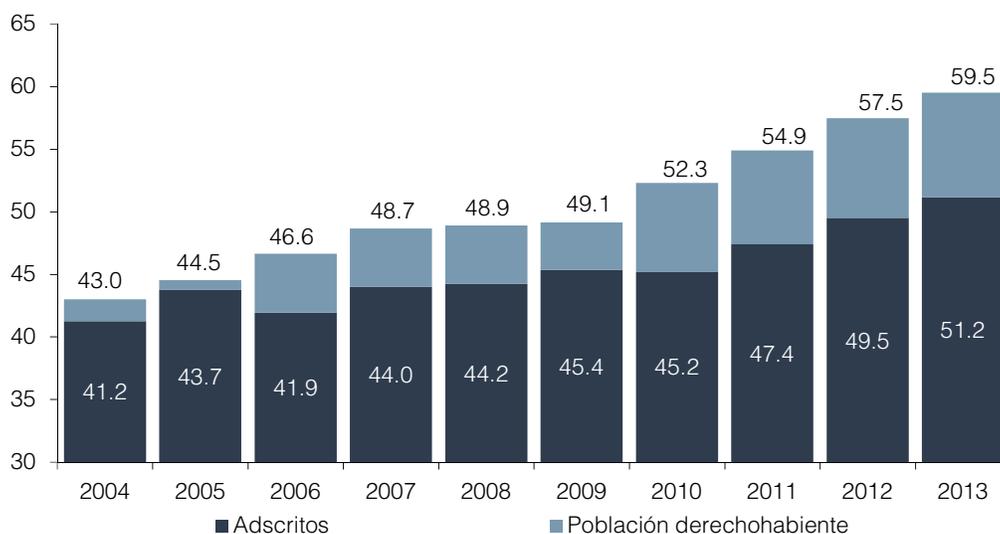
Por tanto, el debate relativo al padrón del IMSS está entre 51 y 59 millones de derechohabientes. Una población por debajo de 50 millones implicaría un número reducido de beneficiarios por cada titular, de menos de 2.1 familiares en promedio, y una población derechohabiente de menos de 40 millones implicaría

³⁶ La estimación de los beneficiarios no adscritos se realiza a partir de coeficientes familiares, que expresan el número promedio de personas que de acuerdo con la Ley del Seguro Social pueden considerarse como beneficiarios de cada trabajador afiliado al IMSS. Estos coeficientes se computan a partir de fuentes externas, como los censos y encuestas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía. La estimación de 8'349,878 beneficiarios potenciales involucra 4 coeficientes familiares: Un coeficiente familiar de 1.799 aplicable a trabajadores asegurados, uno de 1.838 para pensionados por riesgos de trabajo, 1.68762 para pensionados por invalidez y vida, y 0.92119 para pensionados por retiro, cesantía y vejez. Mientras que a los asegurados no trabajadores no se les asocia a ningún beneficiario, ya que no tienen ese derecho. En abril de 2014, con base en el Censo de Población y Vivienda de 2010 publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se actualizó el coeficiente familiar aplicado a trabajadores activos, pasando de 1.799 a 1.639.

³⁷ En los registros del IMSS se identifica a personas adscritas en más de una modalidad de aseguramiento o incluso a personas pensionadas con aseguramiento vigente (por ejemplo, una persona que recibe una pensión por viudez y al mismo tiempo mantiene un trabajo remunerado y subordinado). A estos casos, poco frecuentes, en la cifra de población derechohabiente se les contabiliza más de una vez.

³⁸ Se considera la población del país publicada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), referente a cifras de junio de cada año. La población al cierre de 2013, se estimó como el promedio a mitad de año de 2013 y 2014, cifra de 119'054,129 personas

Gráfica II.18.
Población derechohabiente potencial y adscritos al IMSS 2004-2013^{1/}
 (millones, cifras al cierre de cada año)



^{1/} Anterior a junio de 2011, las cifras de población derechohabiente adscrita provienen de la Dirección de Prestaciones Médicas (DataMart de Prestaciones Médicas), cuya metodología consistía en la utilización de reportes por clínica provenientes del Sistema de Acceso a la Información de Derechohabientes (AcceDer) para el cálculo de una cifra a nivel nacional. A partir de junio de 2011 las cifras de población derechohabiente adscrita provienen de la Dirección de Incorporación y Recaudación (DataMart de Población Derechohabiente Adscrita), área responsable del sistema de AcceDer.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas y Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

menos de 1.5 familiares³⁹, lo que al parecer no es consistente con los censos poblacionales. Con base en el último censo publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, del año 2010, se obtiene que cada hogar en el país presenta en promedio 2.7 familiares asociados a un jefe de hogar⁴⁰.

Si bien resulta posible ubicar población adscrita al IMSS con acceso a otros institutos de seguridad social, dadas las distintas formas de aseguramiento que cada persona puede tener de manera simultánea, los 59.5 millones de derechohabientes registrados en 2013 representan la población potencial a ser atendida por el IMSS, ya que son personas que tienen el derecho a utilizar los servicios que éste otorga. Al considerar a los casi 12 millones de

beneficiarios adscritos a IMSS-Oportunidades, se alcanza un total de más de 70 millones de personas cubiertas⁴¹.

Con la misma intención de mejorar el registro de sus derechohabientes, en esta Administración, con el apoyo de la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO), se lleva a cabo la tarea de incrementar el número de derechohabientes que cuenten con el dato de la Clave Única de Registro de Población en los sistemas del IMSS. También se trabaja en la asignación de un Número de Seguridad Social (NSS) que pueda acompañar al individuo a lo largo de su historia con el Instituto, dentro de los diversos roles que pueda tener como derechohabiente (asegurado titular, beneficiario

³⁹ En el cálculo de los familiares promedio por titular se considera únicamente a los asegurados trabajadores, ya que los asegurados no trabajadores no tienen el derecho a adscribir al IMSS a sus familiares, con excepción de recién nacidos.

⁴⁰ Cálculo con base en cifras del número de hogares en el país por la cantidad de integrantes, publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el Censo de Población y Vivienda, cuestionario ampliado.

⁴¹ El padrón de IMSS-Oportunidades se integra con base en los registros de la Secretaría de Desarrollo Social (alrededor de 7.7 millones de beneficiarios al cierre de 2013) y con base en censos realizados por el IMSS en los 27 municipios con presencia del Programa (más de 4 millones de beneficiarios adicionales al cierre de 2013). Toda esta población se encuentra adscrita a clínica. En el Capítulo VIII de este Informe se describe el Programa IMSS-Oportunidades y su afiliación.

padre, hijo, pensionado). Actualmente, sólo se asignan números de seguridad social a los asegurados titulares y a sus beneficiarios se les liga a este número. Por ejemplo, a un recién nacido se le identifica con el Número de Seguridad Social de su titular, y hasta el momento de ingresar al mercado laboral o como estudiante se le asigna un nuevo Número de Seguridad Social.

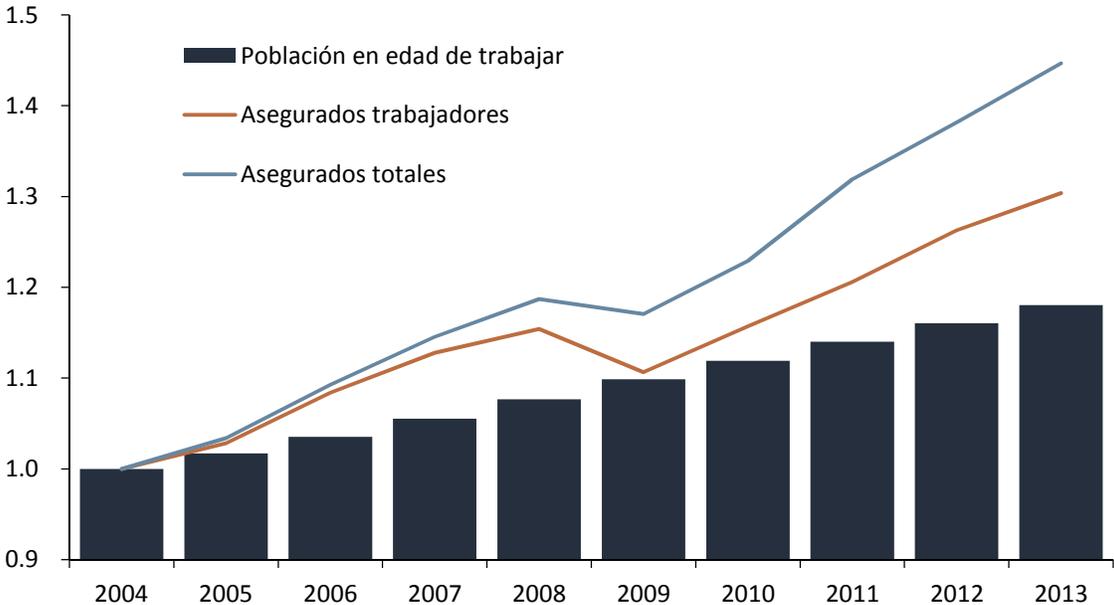
II.3. Cobertura de seguridad social

En los últimos 10 años, el aseguramiento en el IMSS se ha ampliado de manera significativa, con un crecimiento por encima de lo reportado por la población en edad de trabajar. Lo anterior, implica mejoras en la cobertura de seguridad social del Instituto.

Mientras que la población de más de 14 años⁴² aumentó en 18 por ciento de 2004 a 2013, el número de puestos de trabajo aumentó en 30.4 por ciento. Al considerar a todo tipo de asegurados, incluyendo a los no trabajadores como estudiantes y al Seguro de Salud para la Familia, la afiliación al IMSS reporta un aumento de 44.7 por ciento (gráfica II.19).

Si se considera como base julio de 1997, fecha en la que entró en vigor la reforma de pensiones del IMSS, el crecimiento en cobertura es aún más significativo; la población en edad de trabajar aumentó en 33.7 por ciento, los puestos de trabajo en 60 por ciento y los asegurados totales (trabajadores y no trabajadores) en 93.3 por ciento.

Gráfica II.19.
Población en edad de trabajar, asegurados totales y trabajadores, 2004-2013^{1/}
 (índice base 2004)



^{1/}Para asegurados se utiliza el dato de julio de cada año. Población en edad de trabajar a la cifra de mitad de año publicada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).
 Fuente: Consejo Nacional de Población; Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

⁴² Población en edad de trabajar refiere a la cifra de mitad de año publicada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

II.4. Simplificación de trámites y mejora de servicios

Como se ha mencionado en las secciones anteriores, en la presente Administración el IMSS ha implementado un plan de acción integral orientado a: i) mejorar los servicios que otorga a alrededor de la mitad de la población del país, y ii) sanear financieramente al Instituto. Para cumplir con estos dos objetivos, se han desarrollado acciones en el área de incorporación y recaudación que han permitido mejorar la calidad y calidez de los servicios, fomentar la productividad y la formalidad de las empresas del país, y fortalecer los ingresos del Instituto sin incrementar las tasas de las cuotas obrero-patronales.

En particular, en el marco de este plan de acción integral se redujeron de manera significativa los trámites en materia de incorporación y recaudación; se inició la digitalización de los trámites que enfrentan los patrones y trabajadores, para posibilitar su presentación a través de Internet; se implementó un nuevo esquema de pago de las cuotas obrero-patronales, y se creó la Unidad de Servicios Estratégicos. Esta sección, en la que se describen estas acciones, se divide en dos apartados: Simplificación de trámites y Nuevo Modelo de Fiscalización.

II.4.1. Simplificación de trámites

Una vertiente fundamental en la que el Instituto ha trabajado para mejorar sus servicios ha sido la simplificación de sus trámites. Esto permite cumplir con los dos ejes estratégicos de esta Administración: i) al simplificar se mejora el servicio a los derechohabientes y a las empresas del país, al tiempo que, ii) se generan ahorros directos y, sobre todo, indirectos para el Instituto. Más importante aún: se incrementa notoriamente la productividad del país.

Como contexto, baste mencionar que a finales de diciembre de 2012 el IMSS contaba con un extenso número de trámites en materia de incorporación y recaudación que, además de exigir requisitos innecesarios, no podían realizarse de manera digital a través de Internet, sino que requerían forzosamente que el patrón, asegurado, pensionado o sus derechohabientes, tuvieran que presentarse en nuestras oficinas para llevarlos a cabo, en el mejor de los casos, cuando menos, en una ocasión.

Reducción de trámites en materia de incorporación y recaudación de 56 a 25

A fin de lograr que los trámites que tienen que realizar asegurados, pensionados, derechohabientes y patrones sean los estrictamente necesarios y se puedan realizar de manera sencilla y de forma electrónica a través de Internet, el Instituto inició la implementación de un programa de simplificación administrativa sin precedentes, que ha permitido disminuir de manera importante la carga administrativa de los ciudadanos, así como reducir los costos para el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social. En este proceso se ha contado con la colaboración de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER).

El primer paso del proceso de simplificación consistió en revisar la totalidad de los trámites en materia de incorporación y recaudación, así como los requisitos exigidos para su realización y con base en ello evaluar su permanencia. La conclusión de este análisis fue que todos los trámites tenían que realizarse de manera presencial, que existían trámites que podían eliminarse y que existían requisitos innecesarios en prácticamente la totalidad de ellos.

El siguiente paso consistió en la publicación, el 22 de agosto de 2013, en el Diario Oficial de la Federación, de un Acuerdo mediante el

cual se simplificaron y redujeron de 56 a 25 los trámites registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria en materia de incorporación y recaudación. Esta labor de simplificación fue evaluada favorablemente por la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, la cual emitió un dictamen señalando que las medidas implementadas por el Instituto: i) facilitan a los particulares la realización de trámites; ii) dan mayor transparencia; iii) reducen significativamente los costos; iv) complementan el marco normativo; v) brindan un mejor servicio; vi) disminuyen tiempos de espera, y vii) eliminan la discrecionalidad de los servidores públicos al resolver los trámites, entre sus beneficios más importantes⁴³.

Digitalización de trámites

La disminución y simplificación de los trámites de incorporación y recaudación permitió dar paso al inicio de su digitalización, a fin de que puedan realizarse en su totalidad a través de Internet.

Sistema de Pago Referenciado (SIPARE)

Un resultado relevante de simplificación de trámites y mejora del servicio en materia de incorporación y recaudación fue la puesta en marcha del Sistema de Pago Referenciado. Para poner en contexto la problemática resuelta por este Sistema, hasta junio de 2013 el pago de las cuotas obrero-patronales se hacía principalmente en el banco, de manera presencial, con la presentación de un disquete o, en el mejor de los casos, con un USB, en el que se incluía la información de los nombres y salarios de los trabajadores por los cuales se estaban cubriendo las cuotas. Esta forma de pago era sumamente improductiva tanto para los patrones como para el Instituto, por los altos costos generados por traslados a sucursales bancarias, el uso de medios electrónicos obsoletos y el pago de comisiones bancarias.

Con el inicio de la operación del Sistema de Pago Referenciado, en junio de 2013, el pago de las cuotas obrero-patronales se simplificó de forma importante, ya que esta herramienta permite a los patrones obtener una línea de captura, que simplifica el pago de las cuotas obrero-patronales en ventanilla bancaria o bien a través de Internet. Con este nuevo esquema de pago se ha fomentado la productividad en el país, ya que i) se evitan viajes innecesarios al banco; ii) se abaten costos en traslados; iii) se contribuye a mejorar el medio ambiente, y iv) en general, se ahorran costos tanto para los patrones como para el Instituto.

Para poner este avance en perspectiva, el pago de las cuotas obrero-patronales a través de Internet ha permitido que cada mes cerca de 400 mil patrones no tengan que acudir a una sucursal bancaria para hacer el pago de las contribuciones de seguridad social. Si estos patrones utilizaran el coche para ir a la sucursal, se podría hacer una fila del Distrito Federal a la Ciudad de Mérida, Yucatán, cada mes. Esto significa un ahorro de recursos para las empresas de alrededor de 3 millones de horas-hombre por año, recursos que pueden destinarse a actividades productivas y a la generación de más y mejores empleos, sin mencionar otros beneficios como la reducción de las emisiones contaminantes, la disminución del tráfico, etcétera.

La entrada en operación del Sistema de Pago Referenciado y la inhibición de la impresión de la emisión que se describe en el siguiente apartado, significaron para el IMSS una disminución anual en su gasto de aproximadamente 100 millones de pesos por ahorros en consumo e impresión de papel, por envíos postales y por la disminución de las comisiones bancarias.

⁴³ Este dictamen se puede consultar en www.cofemer.gob.mx

Acciones 2014

A principios de 2014 dio inicio el proceso de digitalización de los 10 trámites de más alto impacto en el Instituto, los cuales se realizan más de 1 millón de veces cada mes y se muestran en el cuadro II.6.

Estos trámites de gran impacto por el número de veces que se hacen, se tenían que realizar de manera presencial, lo que requería que los patrones y derechohabientes se tuvieran que trasladar a una subdelegación del Instituto para llevarlos a cabo, y destinar en ocasiones una gran cantidad de tiempo para su concreción. Por ejemplo, el trámite para dar de alta a una persona como asegurada podía llegar a requerir de hasta 4 horas para su realización.

La primera fase de este proceso de digitalización, ya concluida, consideró los siguientes trámites: i) Asignación o Localización del Número de Seguridad Social (NSS); ii) Alta Patronal e inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo para personas físicas; iii) Consulta del Estado de Adeudo; iv) Movimientos Patronales en una primera etapa, y v) Correcciones Patronales. Estos trámites son realizados alrededor de 3.5 millones de veces en el año.

Para poner en perspectiva el impacto de la digitalización de estos trámites, desde la liberación del servicio digital de la Asignación o Localización del Número de Seguridad Social en enero de 2014, se han realizado, a través de Internet, alrededor de 1 millón de trámites de este tipo. Es decir, este número de personas no tuvo que desplazarse a la subdelegación ni ausentarse de su trabajo para realizar dicho trámite, lo que también ha permitido liberar las aglomeraciones en las subdelegaciones y permitir que se agilicen los trámites que se realizan de manera presencial. En el resto de los servicios digitales liberados también se aprecian impactos importantes. Por ejemplo, entre marzo y el 15 de junio de 2014, más de 6 mil personas físicas se dieron de alta como patrones ante el Instituto de forma electrónica, sin tener que acudir a nuestras instalaciones, desde la comodidad de sus casas u oficinas.

Otra medida de simplificación y mejora en la calidad y calidez de los servicios, tendiente a la disminución de costos y mejora del medio ambiente, fue el inicio del proceso de envío digital de la emisión mensual anticipada a patrones que de forma recurrente realizaban modificaciones a las facturas enviadas por el Instituto cada mes.

Cuadro II.6.
Digitalización de trámites de alto impacto, 2014

Trámite	Impacto (número de trámites mensuales) ^{1/}	
Asignación o localización del Número de Seguridad Social	280 mil	} Ya digitalizados
Alta patronal de persona física	10 mil	
Consulta del Estado de Adeudo	3 mil	
Movimientos patronales (primera etapa)	200	
Correcciones patronales	2 mil	
Alta patronal de persona moral	5 mil	} En proceso de digitalización
Consulta de semanas cotizadas	180 mil	
Contratación de seguros voluntarios e incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio	40 mil	
Gestión de derechohabientes	700 mil	
Movimientos patronales (segunda etapa)	5 mil	
Total	1.2 millones	

^{1/} Promedio de trámites realizados cada mes a través de los distintos canales de atención del Instituto.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

A finales de diciembre de 2012, el Instituto imprimía y enviaba por correo a los patrones registrados en su base de datos, más de 500 mil facturas mensualmente. Desde agosto de 2013, el Instituto comenzó a inhibir la impresión física y envió por mensajería algunas de estas facturas, en virtud de que los patrones las modificaban y, por tanto, no las utilizaban para efectuar sus pagos. Con ello, en 2013 se dejaron de imprimir y enviar por mensajería cerca de 100 mil facturas mensuales y a partir de marzo de 2014 se incrementó la inhibición de la factura impresa, llegando a un total de 150 mil cédulas mensuales no emitidas, lo cual se ha traducido en importantes ahorros para el Instituto en gastos de papel, impresión y envío de esos documentos por mensajería, cuya cuantificación se mencionó líneas atrás.

Esta medida, en conjunto con la posibilidad de llevar a cabo la descarga de la emisión vía electrónica a través del portal IMSS Desde su Empresa, ha generado que en el último año alrededor de 3.8 millones de facturas se descarguen de manera digital sin necesidad de tener que enviarlas de manera física a través de paquetería o tener que recogerlas en nuestras instalaciones. Además, los patrones se han beneficiado de esta medida al poder explotar la información de manera digital y calcular de forma sencilla sus contribuciones de seguridad social.

Una segunda fase de este proceso de digitalización, a desarrollar durante este año y los siguientes, considera los siguientes trámites: i) Alta Patronal e inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo de Persona Moral; ii) Consulta de Semanas Cotizadas; iii) Contratación de Seguros Voluntarios e Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio; iv) Gestión de

Derechohabientes⁴⁴, y v) Movimientos Patronales en su segunda etapa. Para contextualizar el impacto de esta medida, baste mencionar que estos trámites, en conjunto con los ya digitalizados, se llegan a realizar alrededor de 1 millón de veces al mes.

Unidad de Servicios Estratégicos

La experiencia internacional muestra que las administraciones tributarias eficientes y modernas cuentan con áreas especializadas en la atención a grupos específicos de contribuyentes. Esto es, debido a que cada tipo de contribuyente se comporta de manera diferente, se requiere de estrategias diferenciadas para mejorar la prestación de servicios y el control del cumplimiento de sus obligaciones fiscales. Bajo este enfoque, resulta importante contar con un mayor nivel de conocimiento de los contribuyentes, considerando sus características específicas: tamaño, tipo de actividad, región geográfica, etcétera. Por ello, a nivel internacional, las administraciones tributarias segmentan a los contribuyentes y establecen estrategias específicas de atención, lo que permite focalizar y especializar los esfuerzos de la autoridad fiscal y mejorar su eficiencia. Estados Unidos, España, Reino Unido, Nueva Zelanda, Chile y México (Servicio de Administración Tributaria [SAT]), entre otros, han adoptado modelos que segmentan la gestión, control y servicio de sus contribuyentes.

⁴⁴ La gestión de derechohabientes considera, entre otros, el registro de los beneficiarios en la Unidad de Medicina Familiar, el cambio de datos de los beneficiarios, la vigencia de derechos, etcétera.

Acciones 2014

Partiendo de lo anterior, y como parte de las acciones de mejora en los servicios otorgados por el IMSS a patrones y en línea con lo comprometido en el pasado Informe al Ejecutivo, el 27 de noviembre de 2013, el Consejo Técnico autorizó la creación de la Unidad de Servicios Estratégicos, con vigencia a partir del 1º de enero de 2014. La creación de esta Unidad generará los siguientes beneficios:

- i) Mejorar los servicios institucionales mediante la implementación de un nuevo modelo operativo que permitirá especializar y mejorar los niveles de atención para patrones y promover con mayor eficacia el cumplimiento voluntario de las obligaciones en materia de seguridad social.
- ii) Contar con una unidad a nivel central dedicada a la atención de los patrones más representativos para el IMSS en materia de recaudación, a fin de brindarles un mejor servicio, con una atención especializada y personalizada.
- iii) Facilitar el cumplimiento de las obligaciones de seguridad social mediante la utilización de herramientas tecnológicas.
- iv) Fomentar la productividad de las empresas a través de una disminución de costos en el cumplimiento de sus obligaciones de seguridad social.
- v) Contar con mecanismos de control más eficientes que permitan detectar conductas irregulares o conductas de evasión, dirigiendo los actos de fiscalización a los patrones que incurren en estas conductas, evitando con ello actos de molestia a aquellos que sí cumplen con sus obligaciones.

La entrada en vigor de la Unidad de Servicios Estratégicos y la implementación del nuevo modelo de atención institucional, permitirán al Instituto adecuar su gestión de conformidad con las mejores prácticas internacionales, en beneficio de los trabajadores y de los patrones del país.

Hacia adelante se consolidará la operación de la Unidad de Servicios Estratégicos, con el objetivo de mejorar y especializar la atención de los patrones cuyas características exigen de una atención especializada, dada la magnitud de sus trabajadores, su ubicación geográfica y los sectores a los que pertenecen. Esta propuesta está alineada con el nuevo modelo de atención institucional, que privilegia el fortalecimiento del cumplimiento voluntario de las obligaciones de seguridad social y se vincula estrechamente con la iniciativa IMSS Digital, que permitirá mejorar la productividad de las empresas, aprovechando el uso de avances tecnológicos.

II.4.2. Nuevo Modelo de Fiscalización

Acorde con el objetivo de la actual Administración de mejorar los servicios que otorga a los ciudadanos y sanear financieramente al Instituto, se han dado pasos importantes para la implementación de un nuevo modelo de fiscalización, elemento fundamental para fortalecer la capacidad de generación de ingresos del Instituto y para promover la formalidad y equidad en el financiamiento de la seguridad social.

A finales de diciembre de 2012, el Instituto operaba un modelo de riesgos para la realización de actos de fiscalización, que contaba con importantes áreas de oportunidad, ya que no se hacían análisis detallados de las características esenciales de los patrones, ni se consideraban sus diferentes características específicas: tamaño, tipo de actividad, región geográfica, sector de actividad, entre otros elementos. Esto generaba la realización de actos de auditoría y cobro sin una debida planeación, sin expectativas de cobro y sin un análisis costo-beneficio de los actos. Además, se carecía de los indicadores y controles de operación adecuados para evaluar los resultados de los actos de fiscalización.

Como se mencionó en el pasado Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS, a mediados de 2013 se inició el desarrollo de un Nuevo Modelo de Fiscalización integral, que tiene como ejes de acción: enfocar la programación de actos de autoridad a empresas con mayor riesgo y presuntiva de evasión; contar con una mayor oportunidad en la ejecución de las auditorías, y ejercer un mayor control del proceso fiscalizador mediante el establecimiento de mayores puntos de control de dicho proceso e indicadores oportunos de resultados.

Acciones 2014

En el marco de este Nuevo Modelo de Fiscalización, en enero de 2014 se liberó un procedimiento único para la generación de propuestas de fiscalización, que administra y prioriza dichas propuestas, a partir de reglas parametrizables y alineadas a las estrategias del Instituto. Además, como parte de la planeación de los actos de fiscalización, se inició el envío de casos para auditoría con montos presuntivos estimados y se han establecido canales de cobro diferenciado de acuerdo con las características de los patrones, tales como llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto, cartas invitación, entre otros elementos, a fin de aprovechar de manera más eficiente los recursos del Instituto.

Estas medidas se complementan con un conjunto de indicadores de operación que miden el proceso de cobro punta a punta, así como la ejecución de todos los actos de fiscalización, con alertas y reportes. En esa línea, se liberaron 12 indicadores de gestión y resultados que permitirán verificar el cumplimiento de la normatividad del proceso fiscalizador.

Este Nuevo Modelo de Fiscalización se continuará fortaleciendo a través del desarrollo de un nuevo modelo de riesgos que permita mejorar la planeación de los actos de fiscalización, el envío de casos para auditoría con montos presuntivos estimados, el establecimiento de canales de cobro diferenciados y la implementación de cobro persuasivo mediante llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto y cartas invitación, entre otros elementos. Lo anterior será acompañado de un esquema de indicadores que permita controlar y medir la operación con base en criterios de análisis costo-beneficio.



Este capítulo analiza la situación financiera que guarda el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT), y presenta el estado de actividades y los resultados de la valuación actuarial del seguro. El estado de actividades contiene dos versiones, con y sin registro total del costo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP). También se detallan las acciones emprendidas para dar mayor viabilidad financiera a este seguro en el corto y largo plazos, atendiendo los dos objetivos estratégicos institucionales: mejorar la calidad y calidez de los servicios al otorgar las prestaciones a los asegurados y a los beneficiarios con derecho a ellas, de forma expedita y transparente, y sanear financieramente al Instituto.

III.1. Introducción

El Seguro de Riesgos de Trabajo protege al trabajador en caso de que sufra algún accidente o enfermedad relacionado con el ejercicio del trabajo, o aquel que pudiera ocurrir al trasladarse de su domicilio al centro de labores o viceversa, y a los beneficiarios del asegurado si el riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte. También beneficia a las empresas al relevarlas del cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley Federal del Trabajo⁴⁵ sobre la responsabilidad por esta clase de riesgos.

El cuadro III.1 y la gráfica III.1 muestran las prestaciones en especie y en dinero que este seguro otorga a los trabajadores y a sus beneficiarios ante la ocurrencia de un riesgo de trabajo.

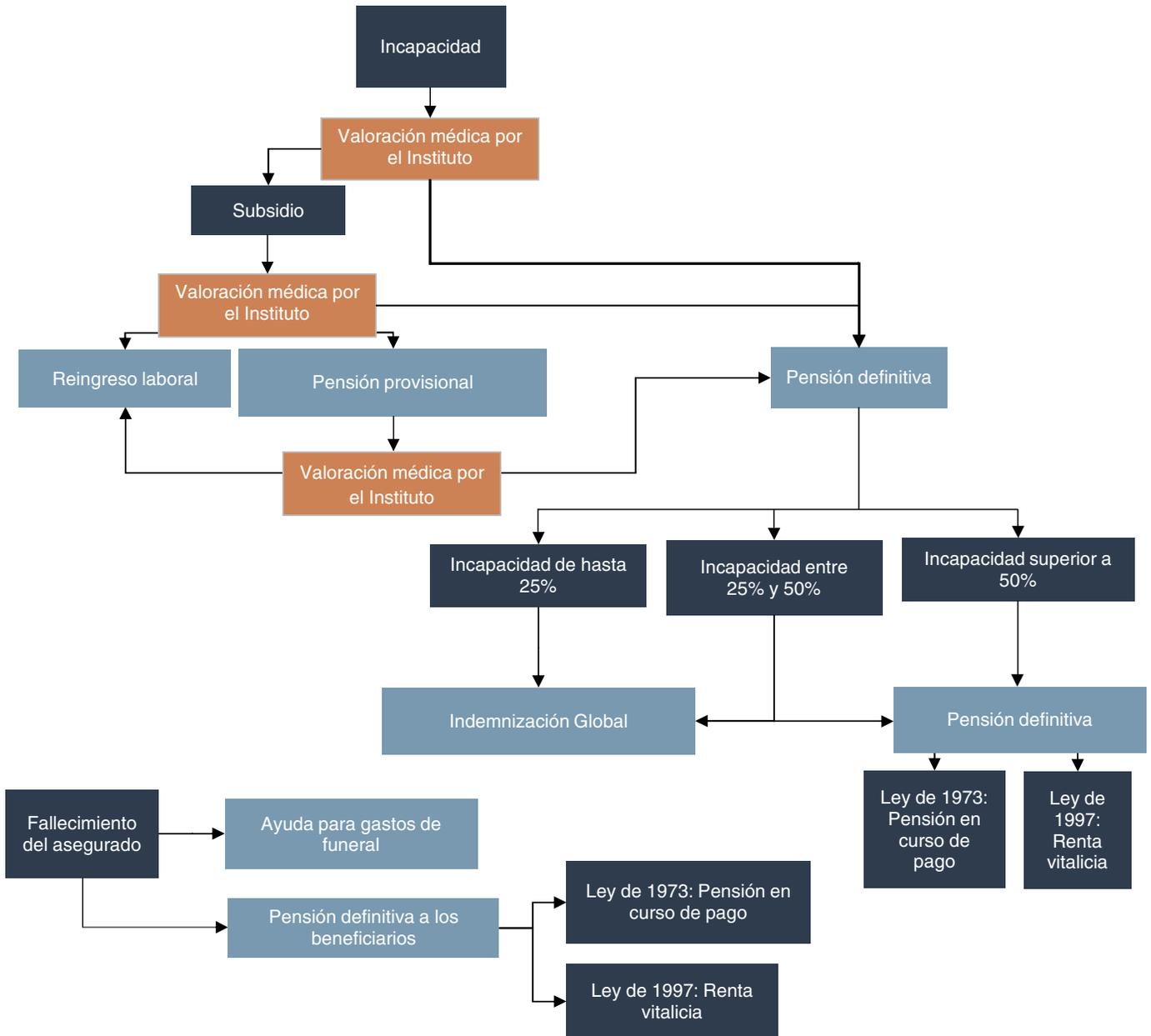
⁴⁵ Artículo 53 de la Ley del Seguro Social.

Cuadro III.1.
Prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo

Tipo de prestación	Concepto y fundamento en la Ley del Seguro Social	Descripción	
El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones:			
En especie	Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica	Artículo 56 Prestaciones con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo	
	Servicio de hospitalización		
	Aparatos de prótesis y ortopedia		
	Rehabilitación		
	Servicios de carácter preventivo		
Asegurados	Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo. Artículo 58, fracción I	En 100 por ciento del salario base de cotización en el momento de ocurrir el riesgo, en tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar, o bien se declare la incapacidad permanente parcial o total, lo que deberá realizarse dentro del término de 52 semanas.	
	Indemnización Global. Artículo 58, fracción III	El equivalente de cinco anualidades de la pensión que hubiese correspondido por incapacidad permanente parcial, cuando la valuación definitiva de ésta, sea hasta 25 por ciento o por elección del asegurado, cuando exceda de 25 por ciento y no rebase 50 por ciento.	
	En dinero (con cargo al SRT)	Pensión por incapacidad permanente parcial. Artículo 58, fracción II y 61	La cantidad que resulte de multiplicar 70 por ciento del salario base de cotización del asegurado en el momento de ocurrir el accidente de trabajo por la valuación de la incapacidad conforme a la tabla contenida en la Ley Federal del Trabajo. Para enfermedad de trabajo se calcula considerando el promedio del salario de las últimas 52 semanas cotizadas o las que tuviere si el lapso de cotización es menor. Tiene carácter de provisional durante un periodo de adaptación de dos años, en el cual el Instituto podrá ordenar o, por su parte, el asegurado solicitar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión. Transcurrido el periodo de adaptación de una pensión provisional, o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, se otorga una pensión definitiva.
		Pensión por incapacidad permanente total. Artículo 58 fracción II, 61	El equivalente a 70 por ciento del salario base de cotización del asegurado en el momento de ocurrir el accidente de trabajo. En el caso de enfermedad de trabajo, el equivalente a 70 por ciento del promedio del salario de las últimas 52 semanas cotizadas o las que tuviere si el lapso de cotización es menor. Tiene carácter de provisional durante un periodo de adaptación de dos años, durante el cual, el IMSS podrá ordenar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión. Transcurrido el periodo de adaptación de una pensión provisional, o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, se otorga una pensión definitiva.
Beneficiarios	En dinero (con cargo al SRT)	Pensión. Artículo 64, fracciones II, III, IV, V y VI; 65 y 66	En caso de fallecimiento del asegurado, se otorgará con base en aquella de incapacidad permanente total que le hubiese correspondido: a) Viudez; equivalente a 40 por ciento. A falta de cónyuge se otorga a las personas que estén en condición de concubinatos. b) Orfandad; equivalente a 20 por ciento. Hasta los 16 años sin limitación o condición alguna, a los mayores de 16 y hasta los 25 años cuando se encuentren estudiando en planteles del sistema educativo nacional y en caso de inhabilitación total para desempeñar un trabajo remunerado por toda la vida o, en su caso, hasta que se les declare aptos. c) Ascendencia; equivalente a 20 por ciento. Es otorgada a falta de viuda(o), huérfanos, concubina o concubinario. Las mismas reglas aplican para los beneficiarios al fallecimiento del pensionado por riesgo de trabajo.
		Ayudas para gastos de funeral. Artículo 64, fracción I	Pago en una sola exhibición de la cantidad equivalente a 60 días del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica III.1.
Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

El Seguro de Riesgos de Trabajo cubre a 16'086,708⁴⁶ trabajadores con las prestaciones en dinero señaladas previamente y es financiado íntegramente por las cuotas que aportan los patrones y demás sujetos obligados⁴⁷. Las cuotas de este seguro se fijan conforme al porcentaje determinado en la Ley del Seguro Social, en relación con la cuantía del salario base de cotización y los riesgos inherentes a la actividad del patrón. Durante 2013, el Instituto otorgó, con cargo a este seguro, prestaciones en dinero por un monto de 6,337 millones de pesos, cifra 3.1 por ciento mayor en términos reales a la de 2012. Del importe señalado, 46 por ciento corresponde a subsidios por incapacidad temporal para el trabajo, 7 por ciento a indemnizaciones globales, 8 por ciento a pensiones provisionales y el restante 39 por ciento a sumas aseguradas por pensiones definitivas conforme a la Ley 1997. En adición a lo anterior, el Gobierno Federal erogó por pensiones definitivas derivadas de la Ley 1973, 5,641 millones de pesos. Con cargo a este seguro, se otorgaron prestaciones en especie por 2,849 millones de pesos durante 2013.

Comparado con el entorno internacional, México tiene una ocurrencia de riesgos de trabajo relativamente alta. El cuadro III.2 muestra que, de acuerdo con datos de la Organización Internacional del Trabajo, en 2008 la tasa de accidentes⁴⁸ por cada 100 trabajadores en México ascendió a 3.6, mientras que en otros países la tasa es inferior: Alemania (2.8), Italia (2.4), República Checa (1.6) e India (0.32)⁴⁹. En el IMSS, dicha tasa de accidentes pasó de 3.32 en 2008 a 3.36 en 2012. Para 2013, la tasa se redujo a 3.11.

⁴⁶ A diciembre de 2013, el IMSS contaba con 16'525,061 trabajadores asegurados. El Seguro de Riesgos de Trabajo no cubre con prestaciones económicas a los trabajadores domésticos (modalidad 34), trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados (modalidad 36), trabajadores al servicio de las administraciones públicas federales, entidades federativas y municipios (modalidad 38), de incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio (modalidad 43) y trabajadores independientes (modalidad 44).

⁴⁷ Las pensiones otorgadas al amparo de la Ley de 1973 son a cargo del Gobierno Federal, de acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero, Undécimo y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1 de julio de 1997.

⁴⁸ Incluye enfermedades profesionales.

⁴⁹ Fuente: Organización Internacional del Trabajo. Base de datos LABORSTA. *Rates of non-fatal injuries*. Última actualización, 2008.

Cuadro III.2.
Tasa de ocurrencia de riesgos de trabajo, 2008
(número de riesgos de trabajo por cada 100 trabajadores)

País	Tasa de accidentes ocupacionales
India	0.32
Canadá	1.52
Hong Kong, China	1.58
República Checa	1.60
Croacia	1.66
Suiza	2.30
Italia	2.40
Alemania	2.80
Estados Unidos ^{1/}	3.40
México	3.60
México, IMSS^{2/}	3.11
Austria	4.10
Francia	4.98
España	5.06
Colombia	5.16
Chile ^{3/}	6.50
Argentina ^{4/}	8.25
Costa Rica	12.97

^{1/} Corresponde a 2012.

^{2/} Corresponde a 2013.

^{3/} Corresponde a 2009.

^{4/} Corresponde a 2007.

Fuente: Organización Internacional del Trabajo. Base de datos LABORSTA. *Rates of non-fatal injuries, 2008. Bureau of Labor Statistics (EEUU)*. Ministerio de Trabajo (Colombia). Para dato de Chile de: Comparación Internacional de Sistemas de Salud y Seguridad Laboral.

Ante el escenario planteado y con el objetivo de ubicar al IMSS dentro de mejores parámetros internacionales de ocurrencia de riesgos relacionados con el trabajo, el Instituto ha tomado medidas para la prevención encaminadas a dar información, asesoría y apoyo técnico a la población asegurada, con el objeto de evitar accidentes y enfermedades de trabajo. Personal multidisciplinario de la institución llevó a cabo campañas preventivas en empresas de alta siniestralidad y con mayor incidencia de riesgos de trabajo.

Por otro lado, durante 2013, la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales llevó a cabo acciones para que las prestaciones sean otorgadas en apego irrestricto a lo previsto por la Ley del Seguro Social, de manera transparente y sin demora. De manera particular, estuvieron encaminadas a la correcta prescripción de incapacidades y el consecuente pago de subsidios, y a la adecuada dictaminación médica de accidentes y enfermedades profesionales para el pago de pensiones. Los objetivos son claros: otorgar la incapacidad y pagar el subsidio o la pensión de manera transparente y ágil, sin mayor trámite, cuando así proceda. Vigilando en todo momento que el otorgamiento de la prestación sea a quien le corresponde y conforme a lo previsto en la Ley del Seguro Social.

III.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo

Ante la ocurrencia de un riesgo de trabajo que provoque pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que lo imposibilite parcial o totalmente para desempeñar sus labores, el IMSS cubre al asegurado un subsidio igual a 100 por ciento del salario base de cotización registrado, que se paga desde el primer día que ampare el certificado de incapacidad y por todo el tiempo que dure dicha imposibilidad, con un límite de 52 semanas posteriores al siniestro⁵⁰.

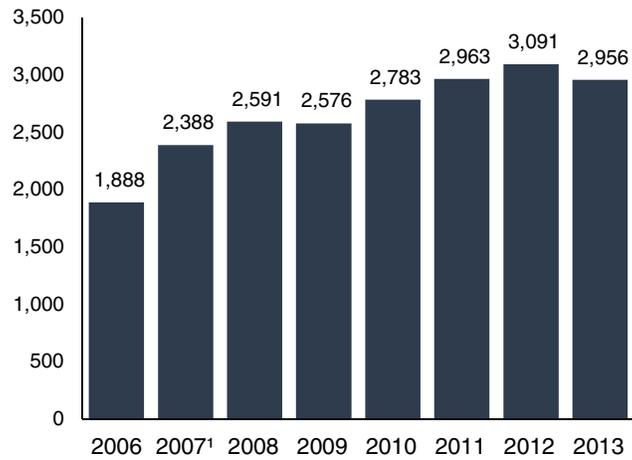
Las gráficas III.2 y III.3 muestran que, en 2013, el gasto por subsidios alcanzó un nivel inferior en términos reales a lo observado en 2011. La valoración médica adecuada y en apego a guías de estándares médicos que consideran la gravedad y características del padecimiento del trabajador, fue fundamental al expedir el número correcto de certificados de incapacidad.

En materia de transparencia en el otorgamiento de subsidios, en 2013 se continuó con la suscripción de convenios con empresas para el pago indirecto y reembolso de subsidios, lo que permite que el Instituto pague estos a los patrones, quienes previamente los cubrieron a sus trabajadores. Estos instrumentos contribuyen a una mayor transparencia al permitir al patrón conocer oportunamente la existencia de un riesgo calificado como de trabajo, el número de días de incapacidad que se otorgan por dicho riesgo y el importe a pagar, reduciendo la posibilidad de pagos indebidos. Para el trabajador se simplifica el cobro del subsidio al recibir el pago directamente del patrón, sin necesidad de acudir a una institución bancaria. Como una mejora del esquema, a partir de 2013, los reembolsos son realizados a través de depósito en cuenta bancaria en sustitución de cheques, lo que significa una mejora en el servicio para el patrón y menores costos por comisiones bancarias para el Instituto.

Como se señaló, el goce de los subsidios por incapacidad temporal tiene un límite de 52 semanas; transcurrido ese plazo, de continuar ésta, se dictaminará como permanente y el trabajador tendrá derecho a acceder a una pensión con carácter provisional, por un periodo de adaptación de dos años. Transcurrido el periodo de adaptación se podrá otorgar una pensión definitiva o, en su caso, una indemnización global. Durante 2013, el Instituto emitió 25,312 dictámenes de incapacidad permanente que derivaron en el otorgamiento de una prestación en

⁵⁰ Artículo 58 de la Ley del Seguro Social.

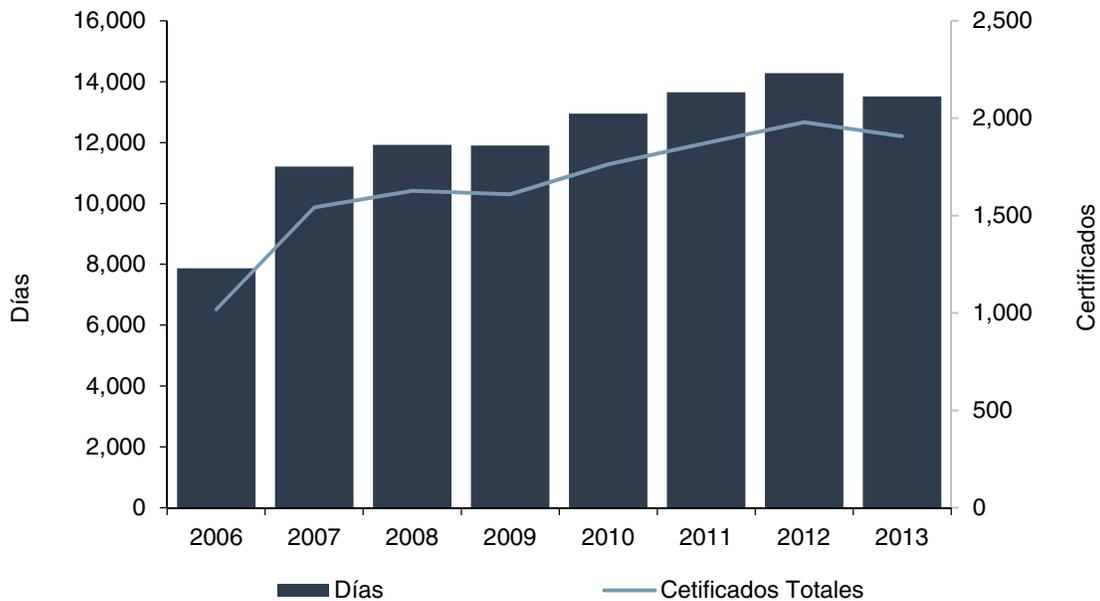
Gráfica III.2.
Gasto en subsidios por riesgos de trabajo, 2006-2013
 (millones de pesos de 2013)



^{1/} El incremento en 2007 se explica por cambios administrativos que llevaron a una clasificación adecuada por rango de aseguramiento, registrándose en el ramo de riesgos de trabajo certificados antes clasificados como enfermedad general.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica III.3.
Certificados y días de incapacidad del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2013
 (millones de casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

dinero (36 por ciento por indemnizaciones globales, 49 por ciento por pensiones provisionales y 15 por ciento por pensiones definitivas).

III.1.2. Indemnizaciones globales

Una indemnización global se otorga al asegurado cuando la valoración médica determina que a consecuencia de un riesgo de trabajo, tiene una incapacidad parcial permanente con un porcentaje de hasta 25 por ciento⁵¹. El importe de esta prestación es el equivalente a cinco anualidades de la pensión que hubiese correspondido por incapacidad permanente parcial.

La gráfica III.4 muestra que en 2013, el número de indemnizaciones globales otorgadas y su gasto asociado disminuyeron a niveles observados en 2007 y 2009, respectivamente.

Durante 2013, la totalidad de los pagos por indemnizaciones globales se realizaron a través de depósito en cuenta bancaria, en contraste con los años precedentes en que eran efectuados a través de cheque; lo anterior se traduce en un mejor servicio y menor gasto para el Instituto por comisiones bancarias.

III.1.3. Pensiones

El cuadro III.1 y la gráfica III.1 muestran que, dependiendo del padecimiento o secuelas de un accidente o enfermedad profesional y acorde con lo que se dictamine a través de la valoración médica que realiza el Instituto, un trabajador puede acceder a una pensión por incapacidad permanente parcial o total con carácter de provisional o definitiva.

⁵¹ En el cuadro III.1 se señala que también es posible acceder a esta prestación en caso de que la valuación de incapacidad definitiva sea mayor a 25 por ciento y hasta 50 por ciento, y que el trabajador opte por una indemnización y no por una pensión definitiva de incapacidad permanente parcial.

Pensiones provisionales

Los asegurados que como resultado de la valoración médica obtienen un dictamen por incapacidad permanente de carácter provisional tendrán derecho a una pensión por un periodo de adaptación máximo de dos años⁵². La gráfica III.5 muestra que el número de pensiones provisionales pasó de 15,558 en 2012 a 17,069 en 2013. Ante esta situación, en 2014 el Instituto lleva a cabo un programa intensivo de revisión y revaloración de las pensiones provisionales vigentes, que permitirá reincorporar al mercado laboral a aquellas personas que hayan logrado una rehabilitación o, en su caso, el otorgamiento de una pensión definitiva. Estas revaloraciones serán hechas con énfasis en una dictaminación médica objetiva, razonada y transparente.

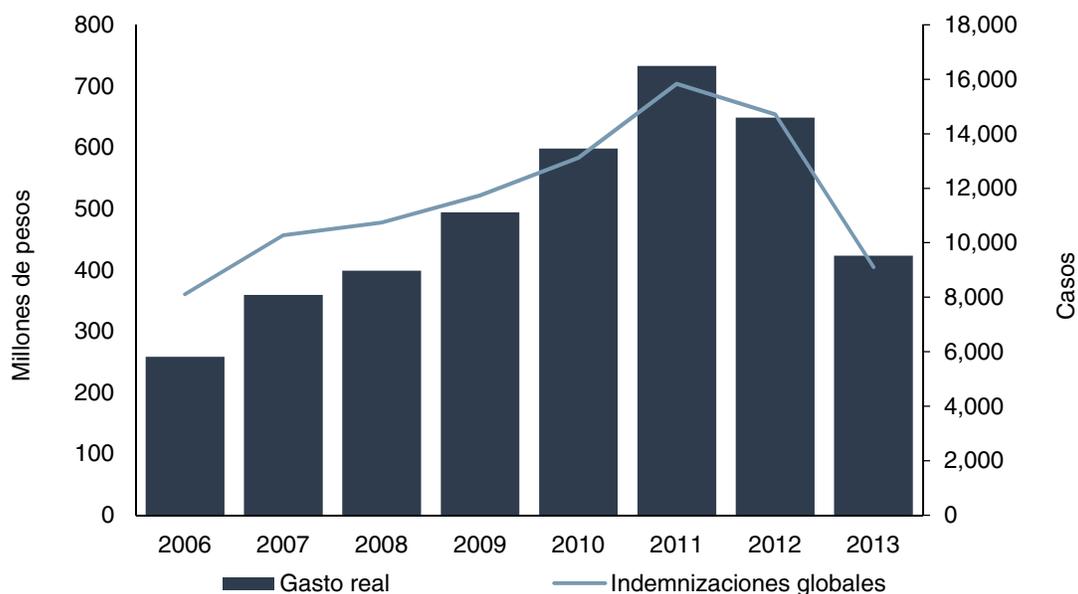
Pensiones definitivas

Transcurrido el periodo de adaptación de una pensión provisional o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca que el riesgo de trabajo dejará secuelas permanentes e irreversibles, se otorga una pensión definitiva. Este tipo de pensiones se conceden bajo el régimen de la Ley de 1973 o el de la Ley de 1997. El trabajador podrá elegir el primero si cuenta con cotizaciones previas a julio de 1997. Las otorgadas bajo el régimen actual se denominan rentas vitalicias y son compradas por el Instituto al sector asegurador, mientras que las pensiones definitivas, otorgadas bajo la Ley de 1973, constituyen un pasivo a cargo del Gobierno Federal y no forman parte de los resultados de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo⁵³. Las pensiones otorgadas a los beneficiarios en caso de fallecimiento del trabajador son también de carácter definitivo. Las gráficas III.6 y III.7 muestran el número de casos y el gasto que observaron estas pensiones bajo cada régimen.

⁵² Artículo 61 de la Ley del Seguro Social.

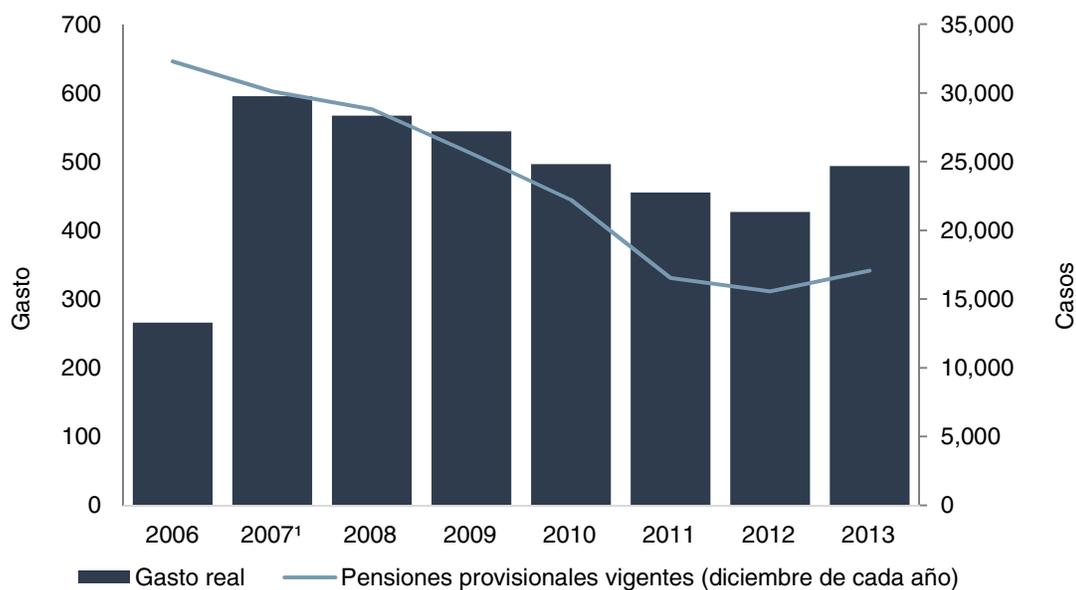
⁵³ De acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero, Undécimo y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1 de julio de 1997.

Gráfica III.4.
Indemnizaciones globales y gasto erogado, 2006-2013
(casos y millones de pesos de 2013)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

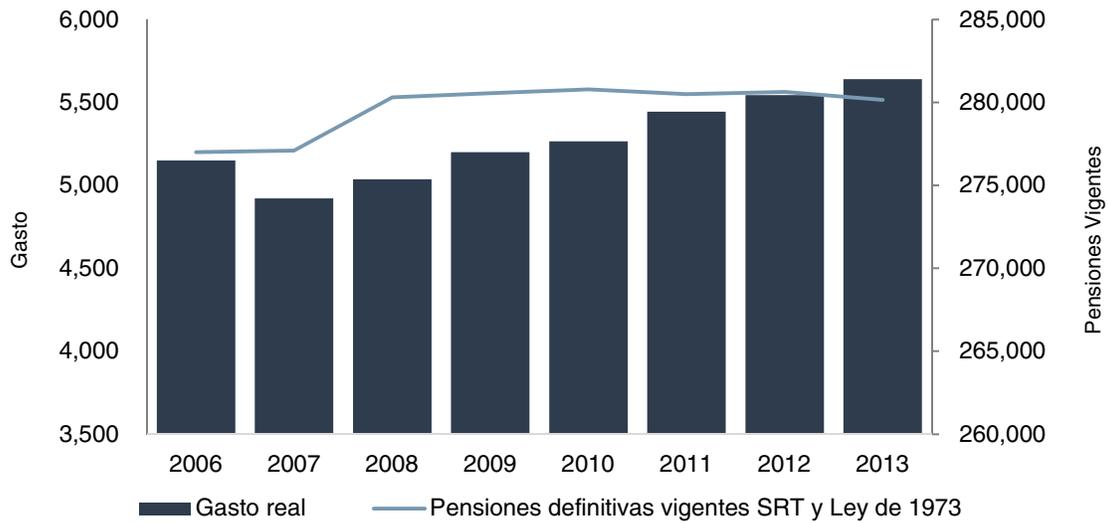
Gráfica III.5.
Pensiones provisionales vigentes y gasto, 2006-2013
(casos y millones de pesos de 2013)



^{1/} El incremento en 2007 se explica por una corrección realizada en la clasificación de un número considerable de pensiones provisionales que erróneamente fueron consideradas en el régimen de la Ley de 1973 con financiamiento a cargo del Estado en lugar del régimen de la Ley de 1997.

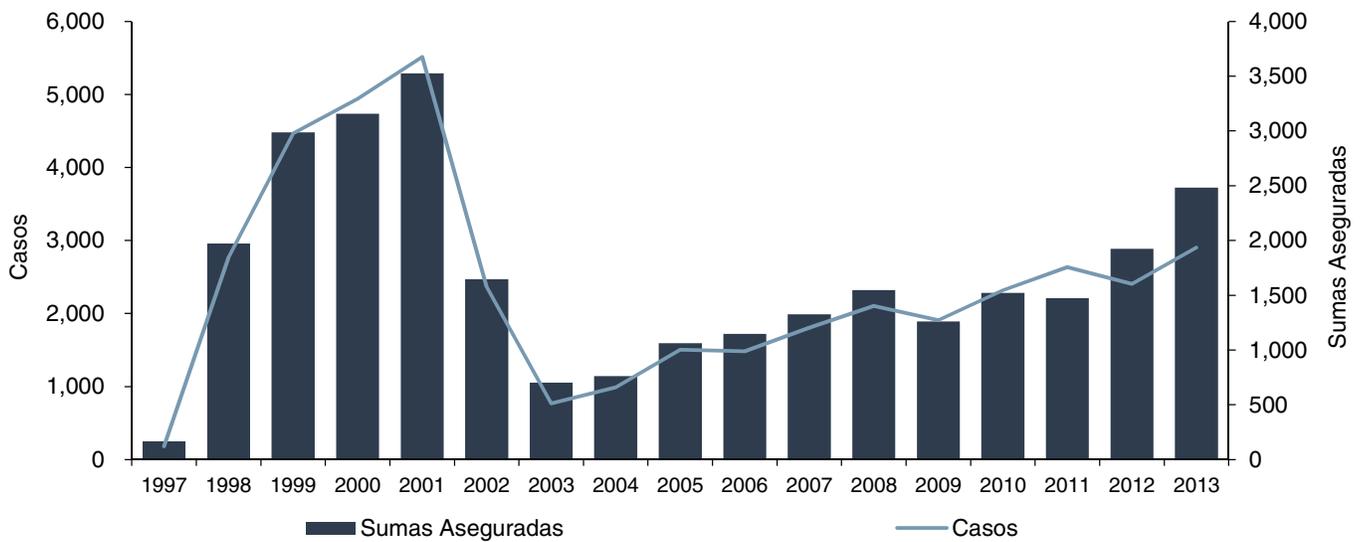
Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica III.6.
Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Riesgos de Trabajo por la Ley de 1973,
2006-2013
 (pensiones y millones de pesos de 2013)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica III.7.
Rentas vitalicias y sumas aseguradas de Seguro de Riesgos de Trabajo, 1997-2007
 (casos y millones de pesos de 2013)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

La gráfica III.6 muestra que, en 2013, el número de pensiones definitivas al amparo de la Ley de 1973 se mantiene relativamente constante en los últimos años. Por su parte, la gráfica III.7 señala que el número de rentas vitalicias otorgadas mostró un aumento de 20.6 por ciento respecto a 2012, lo cual, aunado a una caída de la tasa de interés técnico⁵⁴ para el cálculo del precio de las rentas vitalicias, contribuyó al aumento de 29 por ciento real en el gasto por sumas aseguradas⁵⁵. La proporción de personas que obtienen rentas vitalicias respecto al total de pensiones otorgadas en el Seguro de Riesgos de Trabajo, año con año se ha incrementado (16 por ciento en 2006 y 58 por ciento en 2013). Este factor resulta determinante en el creciente gasto observado y se origina porque cada vez menos trabajadores cotizaron bajo la Ley de 1973.

Previo a enero de 2014, las rentas vitalicias eran adquiridas por el IMSS con una tasa de descuento ofrecida por las compañías de seguros, que podía ser mayor o igual a la tasa de referencia calculada semanalmente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y que reflejaba las condiciones de mercado de largo plazo. Dicho esquema no fomentaba la competencia entre las instituciones de seguros y los beneficios asociados a ésta. Por tal razón, se aprobó un nuevo esquema de adquisición de rentas vitalicias en el que se elimina la tasa de referencia, se incorporan nuevos mecanismos de incentivos para inducir que el trabajador elija la opción de menor precio⁵⁶ y se

incluyen reglas para evitar la colusión⁵⁷. Al mes de mayo de 2014, tras cuatro meses desde su implementación, se han generado ahorros por 88 millones de pesos⁵⁸.

Como parte de la mejora del servicio, durante 2013, mediante la optimización del sistema informático que realiza el alta de la solicitud de pensión y de la certificación de derechos en línea⁵⁹, el tiempo para la obtención de respuesta en el trámite de solicitud de cualquier tipo de pensión se redujo de 15 a 8 días, en promedio. Se redujo en 8 el número de trámites (pasaron de 40 a 32) relacionados con prestaciones en dinero del Seguro de Riesgos de Trabajo. Los 32 restantes⁶⁰ consideran criterios de simplificación administrativa, lenguaje ciudadano y certeza jurídica. Se disminuyó el tiempo para la resolución del trámite, y se aclararon y definieron los datos a proporcionar y documentos a presentar por los solicitantes en formularios, solicitudes y listado de requisitos.

Durante 2013, 97.8 por ciento de los pagos de pensiones del Seguro de Riesgos de Trabajo fueron realizados a través de depósito en cuenta bancaria; lo anterior se traduce en un mejor servicio y menor gasto para el Instituto por comisiones bancarias.

⁵⁴ La tasa de interés técnico se publicaba semanalmente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la Circular Única de Seguros hasta el mes de enero de 2014. En promedio, la tasa utilizada para el cálculo de los montos constitutivos registró un decremento de 1 por ciento respecto a la de 2012 (al pasar de 2.48 por ciento a 2.45 por ciento). Fue en 2013 cuando se registró el valor mínimo histórico de 1.29 por ciento, registrado en el mes de mayo.

⁵⁵ Los recursos que transfiere el IMSS a las aseguradoras para la compra de las rentas vitalicias se conocen como sumas aseguradas y se calculan restando al monto constitutivo (precio de la renta vitalicia) los recursos que cada trabajador tiene en su cuenta individual, la cual es manejada por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE).

⁵⁶ El esquema anterior incluía un incremento adicional en la cuantía de la pensión en caso de que la tasa de descuento utilizada por la aseguradora fuera superior a la de referencia, ahora los cambios incorporan un Beneficio Adicional Único (BAU), a favor de la persona cuando eligiera la opción de menor precio.

⁵⁷ Metodología aprobada en el seno del Comité del Artículo 81 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y publicada en la Circular Modificatoria 63/13 de la Circular Única de Seguros.

Artículo 81 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro: Los procedimientos relativos al cálculo del monto constitutivo para la contratación de las rentas vitalicias y de los seguros de sobrevivencia estarán a cargo de un comité integrado por once miembros de la siguiente forma: tres por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, quien lo presidirá, dos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), dos por el IMSS, dos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y dos por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

⁵⁸ Este ahorro comprende las rentas vitalicias otorgadas por el Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro de Invalidez y Vida.

⁵⁹ Se eliminó el proceso de tres días, mediante el cual se obtenía la certificación de derechos para la pensión, el documento que determina si un asegurado tiene derecho a pensión y, de ser así, bajo qué régimen. A través de un enlace informático, el día de hoy se obtiene en línea dicha certificación, reduciendo el tiempo de trámite al convertirlo en un proceso instantáneo.

⁶⁰ Acuerdo 294 del H. Consejo Técnico publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 12 de diciembre de 2013.

III.2. Estado de actividades

Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro III.3 presenta el estado de actividades del Seguro de Riesgos de Trabajo para el ejercicio 2013, considerando dos escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: con registro parcial y con registro total⁶¹. El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un superávit de 15,496 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto y un déficit de 15,586 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de estas obligaciones.

Con registro parcial en los últimos 10 años, el Seguro de Riesgos de Trabajo ha mostrado excedentes de operación, como se muestra en la gráfica III.8.

III.3. Resultados de la valuación actuarial

La valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo tiene por objeto determinar si los ingresos por cuotas estimados en el corto, mediano y largo plazos serán suficientes para cubrir el pago de las prestaciones en dinero y en especie que se otorgan a los asegurados y a sus beneficiarios, así como los gastos de administración, y determinar la prima nivelada que permita un equilibrio entre los ingresos con los gastos esperados dentro de un periodo determinado⁶².

Las prestaciones en dinero que se valúan para este seguro son las pensiones con carácter provisionales y definitivas, los subsidios, las ayudas para gastos de funeral y las indemnizaciones globales. Se valúa tanto el gasto correspondiente a los servicios médicos que se proporcionan a los trabajadores activos que llegan a sufrir un accidente o enfermedad laboral, como el gasto de administración, incluyendo para este último la parte proporcional del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, a cargo del IMSS en su carácter de patrón que se asigna al mismo seguro⁶³.

La elaboración de las valuaciones actuariales requiere utilizar hipótesis demográficas y financieras supuestos demográficos y financieros. Los principales elementos técnicos consideran⁶⁴:

- i) La población asegurada con derecho a las prestaciones en dinero y en especie cubiertas por el Seguro de Riesgos de Trabajo.
- ii) Los beneficios establecidos en la Ley del Seguro Social.
- iii) Las hipótesis demográficas y financieras.

Se obtienen los resultados para el escenario base, que es el que se considera refleja mejor la situación financiera del Seguro de Riesgos de Trabajo en el corto, mediano y largo plazos, y para los escenarios de sensibilidad.

⁶¹ El costo neto del periodo (con cargo a resultados del ejercicio 2013) 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.

⁶² La prima de ingreso es la contribución que establece la Ley del Seguro Social 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 Seguro de Riesgos de Trabajo, la Ley 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 y además es cubierta en su totalidad por el patrón. 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 para este seguro, que se reportan en los Estados Financieros del Instituto.

⁶³ La estimación del gasto médico y de los gastos administrativos, sin considerar el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, se determina como porcentaje del volumen de salarios (masa salarial) y corresponden en promedio a 0.15 por ciento y a 0.70 por ciento, respectivamente. En lo que respecta al gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, se considera, con base en los estados financieros del IMSS para el periodo de 1997 a 2013, 5.01 por ciento del gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones por pensiones complementarias (a cargo del IMSS patrón). Respecto al gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, éste se obtiene de la valuación actuarial de dicho Régimen al 31 de diciembre de 2013, realizada por el despacho Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

⁶⁴ En el Anexo C se describen las hipótesis de valuación.

Cuadro III.3.
Estado de actividades del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2013
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro total ^{1/}
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	30,547	30,547
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	77	77
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	801	801
Otros ingresos y beneficios varios	4,781	4,781
Total de ingresos	36,206	36,206
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{2/}	6,823	6,604
Materiales y suministros	2,050	2,050
Servicios generales y subrogación de servicios	784	784
Subsidios, sumas aseguradas y pensiones temporales	6,337	6,337
Otros gastos y pérdidas		
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	984	984
Otros gastos	803	803
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{3/}	2,435	2,654
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{3/}	494	31,576
Total de gastos	20,710	51,792
Resultado del ejercicio	15,496	-15,586

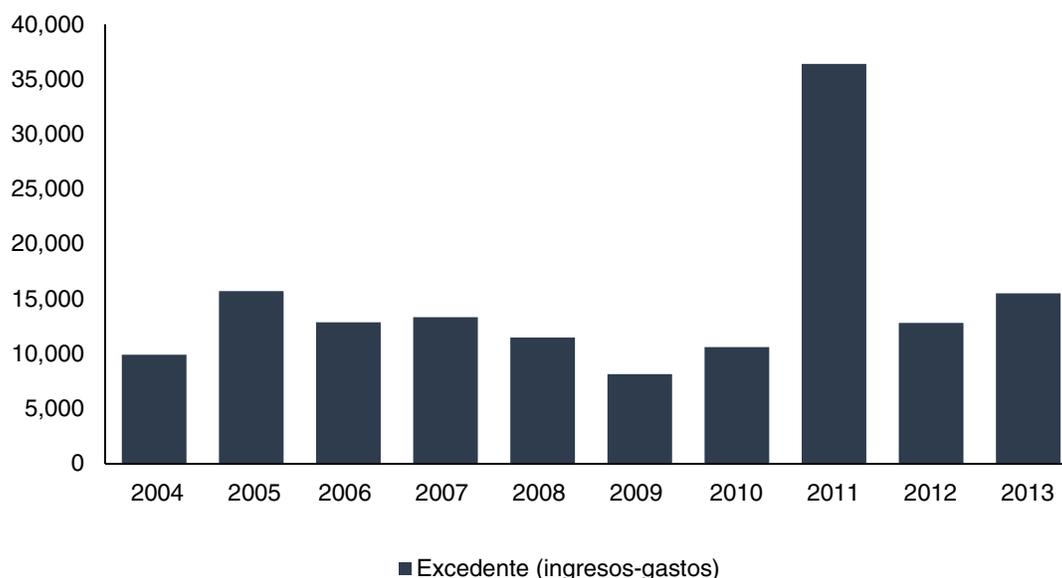
^{1/} En Informes pasados se denominó registro pleno.

^{2/} En el rubro de servicios de personal con registro total no se consideran 219 millones de pesos en 2013, por los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{3/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., por 34,230 millones de pesos en 2013, se integra por los rubros de pagos a pensionados y jubilados IMSS y costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2013 y 2012, 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 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2013 y Proyecciones para 2014.

Gráfica III.8.
Excedentes de ingresos sobre gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2004-2013
(millones de pesos de 2013)



Nota: La magnitud del excedente en 2011 refleja la transferencia aprobada por el Consejo Técnico de los recursos excedentes de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad y el registro de dicha transferencia en la contabilidad.

Fuente: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de cada año.

III.3.1. Proyecciones demográficas y financieras

Para realizar las proyecciones demográficas, la valuación actuarial toma como base a los asegurados expuestos a las contingencias cubiertas por el Seguro de Riesgos de Trabajo y que al 31 de diciembre de 2013 ascienden a 16'086,708⁶⁵. Dicha cifra contempla tanto a los trabajadores propios del IMSS como a los trabajadores que laboran en las empresas afiliadas al IMSS. Las proyecciones demográficas que se obtienen en la valuación actuarial son las que enlistan a continuación y se muestran en el cuadro III.4:

- i) El comportamiento probable del número de asegurados IMSS y no IMSS para el periodo 2014-2113, estimado conforme a las hipótesis utilizadas (columna a).
- ii) El número de los nuevos pensionados de viudez, orfandad y ascendencia, derivados del fallecimiento de asegurados y/o pensionados por incapacidad permanente con carácter provisional (columna b).
- iii) El número de nuevas pensiones por incapacidad permanente con carácter definitivo o provisional que se otorgan a los asegurados que llegan a sufrir un accidente de trabajo o enfermedad profesional (columna c).

⁶⁵ El número de asegurados está conformado por los afiliados en las siguientes modalidades de aseguramiento según el régimen: Régimen Obligatorio: Modalidad 10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad; Modalidad 13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo; Modalidad 14: Trabajadores eventuales del campo cañero; Modalidad 17: Reversión de cuotas por subrogación de servicios, y Modalidad 30: Productores de caña de azúcar. Régimen Voluntario: Modalidad 35: Patrones personas físicas con trabajadores a su servicio y Modalidad 42: Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados.

Cuadro III.4.
Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo

Año de proyección	Asegurados^{1/}	Pensionados derivados de fallecimiento^{2/}	Pensionados por incapacidad permanente^{3/}	Total de pensionados	Número de pensiones por cada 1,000 asegurados
	(a)	(b)	(c)	(d)=(b)+(c)	(e)=(d/a)*1000
2013 ^{4/}	16,086,708	1,669	12,000	13,669	0.85
2014	16,496,393	1,986	12,579	14,564	0.88
2015	16,800,696	2,105	12,881	14,986	0.89
2020	18,720,992	2,878	15,024	17,902	0.96
2025	20,347,338	3,548	17,140	20,688	1.02
2030	21,049,807	3,949	18,527	22,476	1.07
2035	21,483,088	4,187	20,483	24,669	1.15
2040	21,682,168	4,331	22,102	26,434	1.22
2045	21,711,032	4,396	22,500	26,896	1.24
2050	21,730,976	4,505	21,911	26,416	1.22
2055	21,750,937	4,713	20,997	25,710	1.18
2060	21,770,917	4,993	20,918	25,911	1.19
2065	21,790,915	5,335	21,089	26,424	1.21
2070	21,810,931	5,742	21,598	27,341	1.25
2075	21,830,966	6,147	22,176	28,323	1.30
2080	21,851,019	6,344	22,434	28,777	1.32
2085	21,871,090	6,298	22,408	28,705	1.31
2090	21,891,179	6,160	21,982	28,143	1.29
2095	21,911,287	6,139	21,418	27,558	1.26
2100	21,931,413	6,191	21,211	27,402	1.25
2105	21,951,557	6,277	21,420	27,698	1.26
2110	21,971,720	6,366	21,744	28,110	1.28
2113	21,983,826	6,398	21,970	28,368	1.29

^{1/} El número de asegurados del Seguro de Riesgos de Trabajo no coincide con el Seguro de Invalidez y Vida y el Seguro de Enfermedades y Maternidad, debido a que no todos los asegurados tienen las mismas prestaciones.

^{2/} En este grupo se consideran las pensiones de viudez, orfandad y ascendencia que se generan por el fallecimiento de asegurados y/o pensionados por incapacidad permanente tanto de carácter definitivo como de carácter provisional.

^{3/} 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.

^{4/} Información observada al cierre de 2013.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

El cuadro III.4 muestra una tendencia creciente en el número de pensionados sobre cada 1,000 asegurados (columna e), debido a que inicialmente existen dos grupos poblacionales de manera simultánea: i) el grupo de transición que corresponde a los asegurados cuya afiliación es anterior al 1 de julio de 1997 y que pueden elegir entre el esquema de pensiones de la Ley de 1997 y la Ley de 1973, y ii) el grupo cuya afiliación es posterior a esta fecha y obtendrá su pensión bajo el régimen de pensiones de la Ley vigente. Al ser la primera población un grupo cerrado, se irá extinguiendo y será reemplazada por asegurados de las nuevas generaciones que se pensionarán bajo la Ley de 1997, incrementando el número de pensionados sobre el total de asegurados.

Después del año 2050, se observan ligeras variaciones en el índice de pensionados por 1,000 asegurados. Esto se debe a un efecto cíclico en la dinámica demográfica de asegurados, por el reemplazo de generaciones de trabajadores de edades avanzadas por trabajadores más jóvenes en el largo plazo.

Los resultados de las proyecciones financieras del Seguro de Riesgos de Trabajo se obtienen a partir de las hipótesis y criterios del escenario base, descritos en el Anexo C. Para la estimación de los montos constitutivos y, en consecuencia, para la determinación de las sumas aseguradas, se utilizan las bases biométricas establecidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)⁶⁶. El cuadro III.5 muestra los resultados de las proyecciones financieras que se señalan a continuación:

- i) Volumen anual de salarios de los asegurados del Seguro de Riesgos de Trabajo (columna a)⁶⁷. La determinación de los salarios en cada año permite, además de calcular el volumen de salarios, estimar el monto de las pensiones, el costo de las rentas vitalicias (montos constitutivos), el de las sumas aseguradas, así como el de los saldos acumulados en las cuentas individuales.
- ii) Flujos de gasto anual por sumas aseguradas (columna b).
- iii) Flujo de gasto anual por pensiones provisionales (columna c).
- iv) Flujos anuales de gasto de las prestaciones en dinero correspondientes a indemnizaciones globales, subsidios y ayudas para gastos de funeral por riesgos de trabajo (columna d).
- v) Flujos anuales de gasto derivados del otorgamiento de las prestaciones en especie, las cuales incluyen asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación (columna e).
- vi) Flujos anuales de gasto administrativo, incluyendo los que corresponde al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (columna f)⁶⁸.
- vii) Prima de gasto anual (columna h)⁶⁹.
- viii) Valor presente a 50 y 100 años de proyección de los conceptos de gasto descritos anteriormente, así como la prima nivelada requerida para hacer frente a los gastos que se generan en este seguro⁷⁰. La estimación de la prima nivelada resulta de dividir el valor presente del gasto total entre el valor presente del volumen de salarios.

⁶⁶ Las bases biométricas aprobadas para el cálculo de los montos constitutivos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas son: i) las bases demográficas de mortalidad de activos de capital mínimo de garantía (CMG), emitidas el 19 de noviembre de 2009, y ii) bases demográficas de mortalidad para incapacitados de capital mínimo de garantía, emitidas en abril de 2012. Las bases demográficas se dan a conocer a través de la Circular S-22.2.

⁶⁷ 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.

⁶⁸ Incluye el flujo de gasto anual por pensiones complementarias derivadas del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón.

⁶⁹ Es la relación del gasto anual por prestaciones económicas, prestaciones en especie y gasto administrativo respecto al volumen anual de salarios.

⁷⁰ La prima nivelada es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del Seguro de Riesgos de Trabajo al 31 de diciembre de 2013 que permite captar los recursos suficientes para hacer frente al gasto por todas las prestaciones otorgadas bajo este seguro.

Cuadro III.5.
Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo
(millones de pesos de 2013)

Año de proyección	Gasto							Prima de gasto anual (%)
	Volumen de salarios	Sumas aseguradas	Pensiones por incapacidad permanente con caracter provisional	Prestaciones económicas ^{1/}	Prestación en especie ^{2/}	Administrativo ^{3/}	Total	
	(a)		(c)					
2013 ^{4/}	1,628,395	2,414	489	3,436	2,849	11,457	20,646	1.27
2014	1,657,012	3,685	530	4,011	2,878	11,916	23,020	1.39
2015	1,703,445	4,289	643	4,106	2,940	12,321	24,298	1.43
2020	1,933,882	5,662	705	4,636	3,536	14,363	28,902	1.49
2025	2,188,322	8,694	929	5,238	3,851	16,502	35,214	1.61
2030	2,363,292	11,512	1,102	5,654	4,016	18,791	41,075	1.74
2035	2,515,608	13,920	1,213	6,018	4,077	20,892	46,121	1.83
2040	2,651,891	16,030	1,299	6,337	4,107	22,849	50,622	1.91
2045	2,761,622	17,386	1,345	6,585	4,115	24,889	54,320	1.97
2050	2,874,380	18,077	1,341	6,825	4,135	27,123	57,502	2.00
2055	3,017,666	18,520	1,309	7,126	4,341	27,581	58,877	1.95
2060	3,207,016	19,511	1,311	7,554	4,613	28,391	61,380	1.91
2065	3,398,704	21,054	1,341	8,002	4,889	29,296	64,582	1.90
2070	3,597,298	22,971	1,394	8,472	5,175	30,409	68,422	1.90
2075	3,782,387	24,889	1,472	8,917	5,441	31,606	72,325	1.91
2080	3,957,618	26,428	1,544	9,338	5,693	32,903	75,906	1.92
2085	4,137,428	27,569	1,609	9,765	5,952	34,350	79,245	1.92
2090	4,325,748	28,304	1,658	10,207	6,223	35,907	82,299	1.90
2095	4,547,865	29,176	1,700	10,720	6,542	37,750	85,889	1.89
2100	4,812,667	30,638	1,766	11,331	6,923	39,948	90,607	1.88
2105	5,091,707	32,719	1,874	11,985	7,325	42,265	96,167	1.89
2110	5,371,364	34,947	1,997	12,647	7,727	44,586	101,904	1.90
2113	5,538,272	36,275	2,077	13,044	7,967	45,971	105,334	1.90
Prima nivelada								
50 años								
Valor presente	54,854,407	261,929	23,740	131,023	89,203	448,464	954,359	1.74
100 años								
Valor presente	74,505,843	393,468	31,538	177,295	117,473	612,823	1,332,596	1.79

^{1/} 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.

^{2/} Incluye el gasto por asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación.

^{3/} Incluye la proporción del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se asigna al Seguro de Riesgos de Trabajo.

^{4/} Información observada al cierre de 2013.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

En el periodo de 50 años, se requiere una prima nivelada de 1.74 por ciento de los salarios de cotización y en el periodo de 100 años, de 1.79 por ciento. Al comparar dichas primas niveladas con las obtenidas al corte de diciembre de 2012, la prima nivelada para el periodo de 50 años y 100 años tiene un aumento de 0.014 puntos porcentuales y de 0.031 puntos porcentuales, respectivamente. Las variaciones en la prima media nivelada se deben a cambios en las siguientes variables:

- Se reduce la tasa de interés para el cálculo de los montos constitutivos de 3.5 por ciento a 3 por ciento, con base en la experiencia en la oferta de rentas vitalicias observada en 2013.
- La hipótesis de crecimiento real de salarios utilizada en la valuación a diciembre de 2013 pasó de 1 por ciento a 0.9 por ciento; esto se debe a que en el mediano plazo se utilizaron supuestos más conservadores de incremento real de salario (2014-2029) y para el largo plazo (a partir de 2030) se utiliza un crecimiento real de 1 por ciento.
- El supuesto para las nuevas pensiones por incapacidad con carácter provisional y que después de dos años pasan a definitivas, provenientes de los asegurados en transición afiliados antes del 1 de Julio de 1997 y con derecho a elegir entre las pensiones bajo la Ley de 1973 y la Ley de 1997, se modificó de 54 por ciento empleado en la valuación actuarial, con base en la tendencia observada, a diciembre de 2012, a 49 por ciento para la valuación actuarial a diciembre de 2013.

La gráfica III.9 muestra la prima de gasto en comparación con la prima media nivelada a 100 años.

Las obligaciones a cargo del IMSS por el Seguro de Riesgos de Trabajo por las sumas aseguradas, se determinan por la resta de los montos constitutivos menos los saldos en las cuentas individuales manejadas por las Administradoras de Fondos para el Retiro⁷¹ al momento de ocurrir un accidente de trabajo o enfermedad profesional que cause el fallecimiento o la incapacidad del asegurado. Es por esto que para el IMSS los futuros saldos de las cuentas individuales del Sistema de Ahorro para el Retiro son relevantes. Se estima que para el Seguro de Riesgos de Trabajo significan en promedio 13.9 por ciento de los montos constitutivos (gráfica III.10).

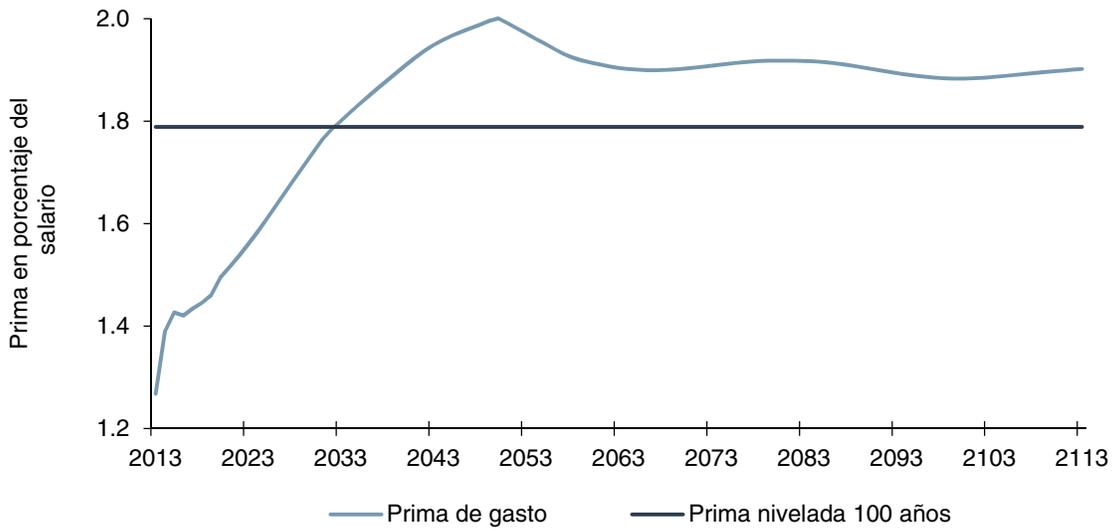
III.3.2. Balance actuarial

El cuadro III.6 muestra el balance actuarial al 31 de diciembre de 2013. En este balance se determina si el activo, formado por las reservas más los ingresos por cuotas futuras, es suficiente para cubrir las obligaciones (pasivo), formado por el pago de pensiones provisionales en curso de pago y futuras, sumas aseguradas futuras, indemnizaciones globales, subsidios y ayudas para gastos de funeral, gasto por prestaciones en especie y el gasto de administración.

Si se compara la prima de ingreso del Seguro de Riesgos de Trabajo de 1.86 por ciento, que en promedio han pagado las empresas en los últimos tres años, con la prima nivelada del gasto total de 1.79 por ciento de los salarios, se confirma que la prima de ingreso es suficiente en el largo plazo.

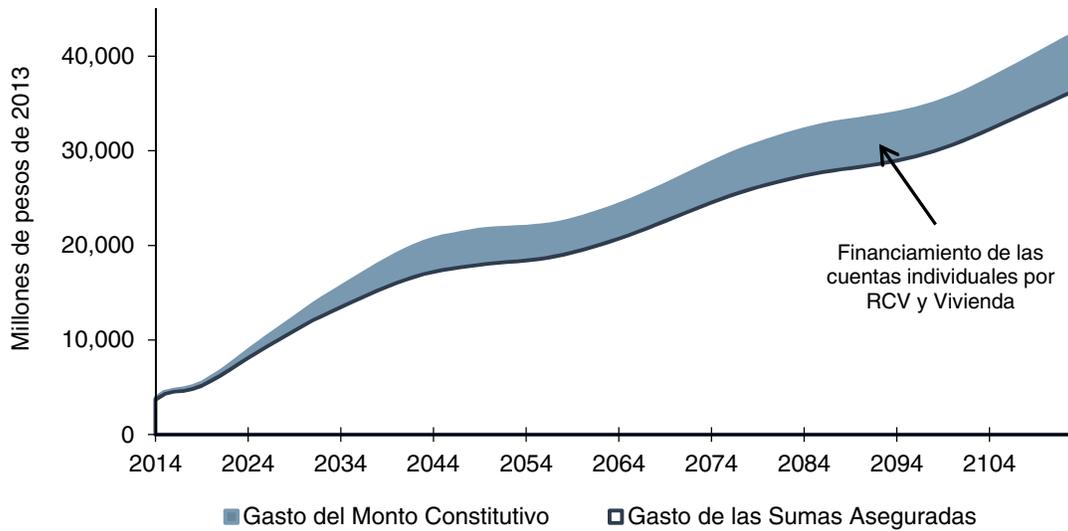
⁷¹ Los saldos de las cuentas individuales al 31 de diciembre de 2013 fueron proporcionados por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR).

Gráfica III.9.
Prima de gasto y prima media nivelada del Seguro de Riesgos de Trabajo a 100 años como porcentaje del salario base de cotización



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gráfica III.10.
Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Riesgos de Trabajo



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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro III.6.
Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2013^{1/}
(millones de pesos de 2013)

Activo			Pasivo		
		VPSF ^{2/} (%)			VPSF ^{2/} (%)
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2013 (1) ^{3/}	9,682	0.01	Sumas aseguradas (6) ^{5/}	393,468	0.53
			Pensiones provisionales (7) ^{6/}	31,538	0.04
			Indemnizaciones y laudos (8)	20,832	0.03
Aportaciones futuras (2) ^{4/}			Subsidios y ayudas para gastos de funeral (9)	156,462	0.21
Cuotas obrero, patrón y Gobierno Federal	1,385,809	1.86	Subtotal (10)=(6)+(7)+(8)+(9)	602,300	0.81
Subtotal (3)=(1)+(2)	1,395,490	1.87	Prestaciones en especie (11)	117,473	0.16
(Superávit)/Déficit (4)=(13)-(3)	-62,894	-0.08	Gasto administrativo (12)	612,823	0.82
Total (5)=(3)+(4)	1,332,596	1.79	Total (13)=(10)+(11)+(12)	1,332,596	1.79

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

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

^{3/} Reserva del Seguro de Riesgos de Trabajo registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2013.

^{4/} La prima utilizada para la estimación de los ingresos por cuotas es de 1.86 por ciento de los salarios y corresponde a la prima promedio obtenida en los últimos tres años.

^{5/} Pasivo que se genera por el otorgamiento de rentas vitalicias y determinar al descontar al monto constitutivo el saldo de las cuentas individuales por retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y por vivienda.

^{6/} El gasto por pensiones provisionales corresponde al valor presente de los flujos de gasto anual.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

III.3.3. Escenarios de sensibilidad

El propósito de esta sección es medir el impacto financiero que tiene en los resultados de las valuaciones actuariales al 31 de diciembre de 2013 la modificación en el escenario base de la tasa de descuento para el cálculo del valor presente y la tasa de interés para el cálculo de los montos constitutivos. Para ello se calcularon dos escenarios de sensibilidad denominados escenario de riesgo 1 (moderado) y escenario de riesgo 2 (catastrófico). El cuadro III.7 muestra las hipótesis utilizadas para el escenario base y para los escenarios de riesgo.

Para los escenarios de riesgo 1 y riesgo 2 se modifican dos hipótesis. La primera es la tasa de descuento para el cálculo del valor presente, la cual se modificó de 3.5 por ciento para el escenario base a 3 por ciento para el escenario de riesgo 1, y para el

escenario de riesgo 2 pasa a 2.5 por ciento. La segunda se refiere a la tasa de interés real anual para el cálculo de los montos constitutivos, la cual se modifica de 3 por ciento del escenario base a 2.5 por ciento en el escenario de riesgo 1 y a 2 por ciento para el escenario de riesgo 2.

Los resultados de los dos escenarios de riesgo planteados anteriormente se resumen en el cuadro III.8, en el cual se muestran los pasivos a 50 y a 100 años de proyección, así como las primas niveladas correspondientes a dichos periodos.

Para el escenario de riesgo 1, la prima nivelada correspondiente al gasto total asciende a 1.80 por ciento para el periodo de 50 años (frente a 1.74 por ciento en el escenario base) y a 1.86 por ciento para el de 100 años (frente a 1.79 por ciento en el escenario base). Para el escenario de riesgo 2, la prima nivelada

Cuadro III.7.
Hipótesis del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2
para el periodo de 100 años

Hipótesis	Base (%)	Riesgo 1 (%)	Riesgo 2 (%)
Financieras			
Tasa anual de incremento real de los salarios	0.89	0.89	0.89
Tasa anual de incremento real de los salarios mínimos	0.45	0.45	0.45
Tasa de descuento	3.50	3.00	2.50
Tasa de incremento real anual de los salarios de los trabajadores IMSS y de pensionados IMSS	1.00	1.00	1.00
Tasa de rendimiento real anual de la subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	3.50	3.50	3.50
Tasa de rendimiento real anual de la subcuenta de Vivienda	3.00	3.00	3.00
Tasa de interés real anual para el cálculo de las anualidades	3.00	2.50	2.00
Porcentaje promedio de asegurados que aportan a la subcuenta de Infonavit, es decir, que no cuentan con un crédito hipotecario	50.00	50.00	50.00
Demográficas			
Incremento promedio anual de asegurados	0.32	0.32	0.32
Incremento promedio anual de trabajadores IMSS	0.06	0.06	0.06

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro III.8.
Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad
de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo
(millones de pesos de 2013)

Escenario	Valor presente del gasto							Prima nivelada^{5/} (%)
	Valor presente de volumen de salarios^{1/}	Sumas aseguradas	Pensiones por incapacidad permanente con caracter provisional	Prestaciones económicas^{2/}	Prestación en especie^{3/}	Administrativo^{4/}	Total	
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)=(b)+(c)+(d)+(e)+(f)	
Resultados a 50 años								
Base	54,854,407	261,929	23,740	131,023	89,203	448,464	954,359	1.74
Riesgo 1	60,918,314	326,157	26,506	145,449	98,566	500,787	1,097,465	1.80
Riesgo 2	67,998,880	409,703	29,735	162,288	109,452	562,092	1,273,270	1.87
Resultados a 100 años^{6/}								
Base	74,505,843	393,468	31,538	177,295	117,473	612,823	1,332,596	1.79
Riesgo 1	89,437,248	537,254	37,898	212,590	139,592	739,131	1,666,465	1.86
Riesgo 2	109,852,509	753,984	46,594	260,804	169,660	911,621	2,142,663	1.95

^{1/} El valor presente del volumen de salarios varía por la tasa de descuento empleada en cada escenario (ver cuadro III.7).

^{2/} El gasto corresponde al otorgamiento de los subsidios, ayudas de gastos de funeral por riesgos de trabajo y las indemnizaciones.

^{3/} El gasto por prestaciones en especie incluye la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación.

^{4/} El gasto administrativo incluye el gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo.

^{5/} Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del Seguro de Riesgos de Trabajo a diciembre de 2013, que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos por prestaciones en dinero.

^{6/} Los resultados consideran la extinción de las obligaciones por prestaciones en dinero de los asegurados que se encuentran vigentes en el año 100 de proyección.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

asciende a 1.87 por ciento para el periodo de 50 años (frente a 1.74 por ciento en el escenario base) y a 1.95 por ciento para el de 100 años (frente a 1.79 por ciento en el escenario base).

El análisis de los resultados de los escenarios de sensibilidad indica que bajo los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2, se reconoce que la prima de ingreso promedio de 1.86 por ciento no es suficiente para hacer frente a los gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo.

III.4. Opciones de política

En 2014, para contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos de mejorar la calidad y calidez de los servicios y de sanear financieramente al Instituto, evitando malas prácticas, el Instituto realizará las siguientes acciones:

- i) Reducir la ocurrencia de riesgos de trabajo a través de una política que impulse la prevención. Se continuará con las medidas encaminadas a dar información, asesoría y apoyo técnico a la población asegurada con el objeto de evitar accidentes y enfermedades de trabajo, realizando campañas en empresas de alta siniestralidad y con mayor incidencia de riesgos, en coordinación con las instancias de Salud en el Trabajo dentro de las administraciones públicas federales, estatales y municipales, así como con las cámaras y otros organismos de la sociedad civil y las propias empresas. Estas acciones podrán incidir en la disminución de las primas que pagan los patrones por el Seguro de Riesgos de Trabajo.
- ii) Hacer más objetiva y precisa la prescripción de incapacidades para el pago de subsidios y la dictaminación médica de accidentes y enfermedades profesionales para el pago de pensiones. Se incrementarán los esfuerzos para el uso de criterios objetivos que reconozcan la naturaleza y gravedad de los padecimientos,

garantizando el otorgamiento de la prestación a quien tiene derecho y en la proporción que le corresponde, con el empleo de guías de estándares médicos. Adicionalmente, se dará continuidad a las estrategias de vigilancia y supervisión en la prescripción de incapacidades y dictaminación de pensiones, y se reforzará el monitoreo del comportamiento del gasto a través del uso de reportes con información detallada (unidad médica, médico, consultorio y diagnóstico) para identificar desviaciones y comportamientos atípicos en el otorgamiento de prestaciones con cargo al Seguro de Riesgos de Trabajo.

- iii) Reducir esperas prolongadas para el diagnóstico y tratamiento de los riesgos de trabajo. Se implementarán medidas que permitan disminuir los plazos de espera de los asegurados para recibir diagnóstico médico, tratamientos y rehabilitación. Al disminuirse el tiempo de espera se reducirá el número de días que se subsidian y, por consecuencia, el gasto asociado. Lo anterior permitirá que los trabajadores se reincorporen a la vida laboral en menor tiempo.
- iv) Simplificar la normatividad y reducir el número de trámites relacionados con el Seguro de Riesgos de Trabajo. Dentro de las acciones encaminadas a la mejora del servicio, se dará mayor alcance a esta estrategia, identificando nuevas áreas de oportunidad a partir de las peticiones y quejas de los asegurados. Adicionalmente, se capacitará al personal sobre los trámites y servicios, así como en el trato digno a los asegurados. Se ampliarán los canales de comunicación para que los beneficiarios de las prestaciones de este seguro cuenten con información precisa sobre los trámites y sus requisitos.
- v) Reducir los tiempos de respuesta en los trámites relacionados con prestaciones en dinero. A lo largo de 2014, se continuará avanzando con la estrategia IMSS Digital que abre canales de comunicación entre el Instituto y los asegurados

para realizar el trámite de pensión vía Internet. Se implementará la digitalización completa del trámite para que se lleve a cabo en menor tiempo y de forma sencilla para los solicitantes.

- vi) Reforzar la seguridad en el otorgamiento de las prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo mediante la implementación de tres medidas: un código de seguridad adicional en los certificados de incapacidad temporal para el trabajo, que es validado por las instituciones bancarias; la verificación de la procedencia del pago de subsidios y pensiones con importes altos, y el establecimiento de alertas de seguridad que permitan tener un mayor control sobre los pagos a los asegurados y la comprobación con la empresa de que el trabajador efectivamente se encuentra incapacitado.
- vii) Obtener mejores términos en la adquisición de rentas vitalicias. Se dará seguimiento a los resultados del esquema de liberalización de la tasa de interés técnico para el cálculo de los montos constitutivos para, en su caso, realizar los ajustes necesarios en el marco del mecanismo previsto por el Comité del Artículo 81 de la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro.
- viii) Disminuir los gastos administrativos del Seguro de Riesgos de Trabajo. Continuar con la estrategia de acreditamiento de pago en cuenta bancaria de todos los pagos derivados de prestaciones de este seguro.



Este capítulo analiza la situación financiera que guarda el Seguro de Invalidez y Vida (SIV), presenta el estado de actividades y los resultados de la valuación actuarial del seguro. El estado de actividades contiene dos versiones, con y sin registro total del costo laboral del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP). Este capítulo también detalla las acciones emprendidas para dar mayor viabilidad financiera al Seguro de Invalidez y Vida en el corto y largo plazos, atendiendo a los dos objetivos estratégicos institucionales: mejorar la calidad y calidez de los servicios, al otorgar las prestaciones a los asegurados y los beneficiarios con derecho a ellas, de forma expedita y transparente, y sanear financieramente al Instituto.

IV.1. Introducción

El Seguro de Invalidez y Vida protege los medios de subsistencia de los asegurados y sus familias, garantizando el derecho a la salud y a la asistencia médica, en caso de accidente o enfermedad que ocurra fuera del entorno laboral y que tenga como consecuencia un estado de invalidez o, incluso, la muerte. Este seguro se divide en dos ramos: Invalidez y Vida. El ramo de Invalidez protege al asegurado de la contingencia de quedar imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, 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 profesionales⁷². El ramo de Vida cubre la contingencia del fallecimiento del asegurado o del pensionado de

⁷² Artículo 119 de la Ley del Seguro Social.

invalidez, otorgando a sus beneficiarios pensiones de viudez, orfandad y ascendencia. Adicionalmente, cuentan con asistencia médica a cargo del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM)⁷³.

El cuadro IV.1 y la gráfica IV.1 muestran las prestaciones en especie y en dinero que el Seguro de Invalidez y Vida otorga a los trabajadores y a sus familias ante la ocurrencia de una enfermedad o accidente que resulte en estado de invalidez.

El Seguro de Invalidez y Vida cubre a 16'220,140⁷⁴ trabajadores con las prestaciones en dinero señaladas previamente y es financiado con 2.5 por ciento del salario base de cotización para cada trabajador. La cuota se integra de manera tripartita⁷⁵, a los patrones, a los trabajadores y al Gobierno Federal, les corresponde cubrir 1.75 por ciento, 0.625 por ciento y 0.125 por ciento⁷⁶, sobre el salario base de cotización, respectivamente. Durante 2013, el Instituto otorgó, con cargo a este seguro, pensiones temporales y definitivas por un monto de 8,174 millones de pesos, cifra 2.7 por ciento mayor en términos reales a la de 2012. Por su parte, con cargo al Seguro de Enfermedades y Maternidad, se pagaron subsidios por un importe total de 4,590 millones de pesos.

El capítulo III, correspondiente al Seguro de Riesgos de Trabajo, mostró que México, en términos internacionales, cuenta con un número de dictámenes por accidentes y enfermedades incapacitantes para el trabajo relativamente alto. De igual forma, el número de casos de invalidez en relación con su población asegurada se considera relativamente alto. En este Instituto, la tasa de pensionados por el Seguro de

Invalidez y Vida por cada 1,000 asegurados ascendió a 1.56 en 2013⁷⁷.

El Instituto ha tomado medidas para la prevención de enfermedades y accidentes no profesionales, para proteger la salud y prevenir la discapacidad, a través de los servicios de medicina preventiva y programas específicos de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad.

En adición a lo anterior, durante 2013, la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, instrumentó acciones dirigidas a mejorar la calidad y calidez de los servicios. De manera particular, dichas acciones estuvieron dirigidas a la correcta prescripción de incapacidades y el consecuente pago de subsidios y a la adecuada dictaminación médica del estado de invalidez para el pago de pensiones. Los objetivos son claros: otorgar la incapacidad y pagar el subsidio o la pensión de manera transparente y ágil, sin mayor trámite, cuando así proceda. Vigilando que el otorgamiento de la prestación sea a quien le corresponde y conforme a lo previsto en la Ley del Seguro Social.

IV.1.1. Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo

Como consecuencia de un accidente o enfermedad no profesional, que ocasione pérdida de facultades o aptitudes de una persona que lo imposibilite para desempeñar su trabajo, el IMSS cubrirá al asegurado un subsidio igual a 60 por ciento de su salario base de cotización, con cargo al Seguro de Enfermedades y Maternidad. Dicho subsidio se pagará a partir del

⁷³ Artículo 127 de la Ley del Seguro Social.

⁷⁴ De los 16'525,061 trabajadores asegurados a diciembre de 2013 en el IMSS, el Seguro de Invalidez y Vida cubre a 16'220,140 asegurados; no cuentan con cobertura por el seguro: a) los trabajadores al servicio de gobiernos estatales, municipales y organismos descentralizados (modalidad 36), y b) los trabajadores al servicio de las administraciones pública federal, entidades federativas y municipios (modalidad 38).

⁷⁵ Artículos 146, 147 y 148 de la Ley del Seguro Social, el financiamiento del Seguro de Invalidez y Vida.

⁷⁶ Equivalente a 7.143 por ciento de la aportación patronal.

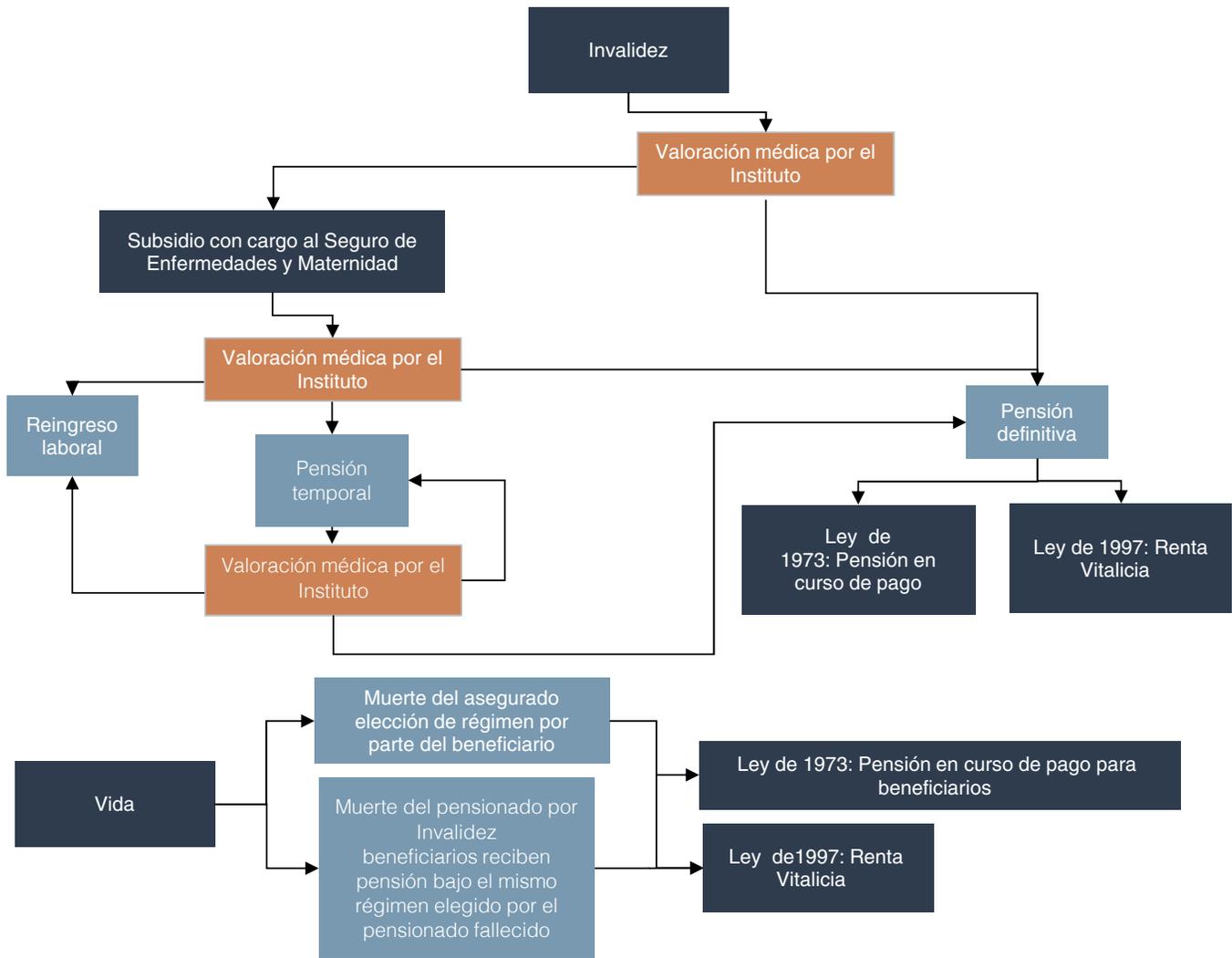
⁷⁷ Fuente, Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro IV.1.
Prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida

Tipo de prestación	Concepto y fundamento en la Ley del Seguro Social	Descripción	
El asegurado que sufra un accidente o enfermedad no profesional, que resulte en estado de invalidez tiene derecho a las siguientes prestaciones:			
Asegurados	En especie	Asistencia médico quirúrgica Asistencia farmacéutica Asistencia hospitalaria	Artículo 120, fracción III En los términos del Seguro de Enfermedades y Maternidad y con cargo a éste.
	En dinero (con cargo al SEM)	Subsidio por incapacidad temporal para el trabajo. Artículos 96 y 98	En 60 por ciento del último salario base de cotización, a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad por enfermedad no profesional, mientras dure ésta y hasta por el término de 52 semanas, prorrogables, previo dictamen, hasta por 26 semanas más.
	En dinero (con cargo al SIV)	Pensión temporal por invalidez. Artículo 120, fracción I, 121 y 141	En 35 por ciento del promedio de los salarios correspondientes a las últimas 500 semanas de cotización, o a las que tuviere siempre que sean suficientes para ejercer el derecho. Otorgada 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 y la enfermedad persista. Se requiere de un mínimo de 250 semanas cotizadas. En caso de invalidez superior a 75 por ciento, se requiere de 150 semanas de cotización.
	En dinero (con cargo al SIV)	Pensión definitiva por invalidez. Artículo 120, fracción II, 121, 122 y 141	En 35 por ciento del promedio de los salarios correspondientes a las últimas 500 semanas de cotización, o a las que tuviere siempre que sean suficientes para ejercer el derecho. Otorgada cuando el estado de invalidez se dictamina de naturaleza permanente o cuando derivado de la valoración médica inicial se establezca como tal. Se requiere de un mínimo de 250 semanas cotizadas. En caso de invalidez superior a 75 por ciento, se requiere de 150 semanas de cotización.
Al fallecimiento del asegurado o pensionado, los beneficiarios tienen derecho a las siguientes prestaciones:			
Beneficiarios	En especie	Asistencia médico quirúrgica Asistencia farmacéutica Asistencia hospitalaria	Artículo 127, fracción V En los términos del Seguro de Enfermedades y Maternidad y con cargo a éste.
	En dinero	Pensiones. Artículos 127 al 137	Con base en la pensión de invalidez aquella que hubiera correspondido al asegurado o pensionado. a) Viudez; equivalente a 90 por ciento. b) Orfandad; equivalente a 20 por ciento. Hasta los 16 años sin limitación o condición alguna, a los mayores de 16 y hasta los 25 años cuando se encuentren estudiando en planteles del sistema educativo nacional. El huérfano mayor de 16 años que desempeñe un trabajo remunerado no tiene derecho a percibir esta pensión; salvo que no pueda mantenerse por su propio trabajo, debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, en tanto no desaparezca la incapacidad que padece. c) Ascendencia; equivalente a 20 por ciento. Es otorgada a falta de viuda(o), huérfanos, concubina o concubinario.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica IV.1.
Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Invalidez y Vida



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

cuarto día que ampare el certificado de incapacidad y por todo el tiempo que dure la imposibilidad para laborar, con un límite de 52 semanas posteriores al siniestro⁷⁸, prorrogables por 26 semanas más. En caso de continuar la incapacidad, se dictaminará la pensión temporal o definitiva.

Las gráficas IV.2 y IV.3 muestran que durante 2013, el gasto por subsidios alcanzó un nivel similar, en términos reales, a lo observado en 2011. La valoración médica adecuada y en apego a guías de estándares médicos que consideran la gravedad y características del padecimiento del trabajador, fue fundamental en expedir el correcto número de certificados de incapacidad.

Al igual que en el Seguro de Riesgos de Trabajo, en materia de transparencia en el otorgamiento de subsidios, en 2013 se continuó con la suscripción de convenios con empresas para el pago indirecto y reembolso de subsidios, que permiten que el Instituto pague estos a los patrones, quienes previamente los cubrieron a sus trabajadores. Estos instrumentos contribuyen a una mayor transparencia al permitir al patrón conocer oportunamente el número de trabajadores incapacitados y los correspondientes días de incapacidad que se otorgan, así como el importe a pagar por subsidios, reduciendo la posibilidad de pagos indebidos. Para el trabajador se simplifica el cobro del subsidio al recibir el pago directamente del patrón, sin necesidad de acudir a una institución bancaria. Como una mejora del esquema, a partir de 2013, los reembolsos son realizados a través de depósito en cuenta bancaria en sustitución de cheques, lo que significa una mejora en el servicio para el patrón y menores costos por comisiones bancarias para el Instituto.

IV.1.2. Pensiones

Como se señaló, el goce de los subsidios por incapacidad temporal tiene un límite de 52 semanas, prorrogables por 26 más. Transcurrido ese plazo, de continuar el padecimiento se dictaminará la invalidez y el trabajador tendrá derecho a acceder a una pensión con carácter de temporal o definitiva.

Pensiones temporales

Los asegurados que, como resultado de la valoración médica, obtienen un dictamen de invalidez temporal acceden a una pensión de la misma naturaleza por periodos renovables, en los casos en que existe la posibilidad de recuperación para el trabajo. La gráfica IV.4 muestra que el número de pensiones temporales vigentes, pasó de 16,125 en 2012 a 22,977 en 2013.

Ante esta situación, en 2014, el Instituto lleva a cabo un programa intensivo de revisión y revaloración de las pensiones temporales vigentes, que permitirá generar altas del estado de invalidez a quienes se hayan recuperado o, en su caso, el otorgamiento de una pensión definitiva. Estas revaloraciones serán hechas con énfasis en una dictaminación médica objetiva, razonada y transparente.

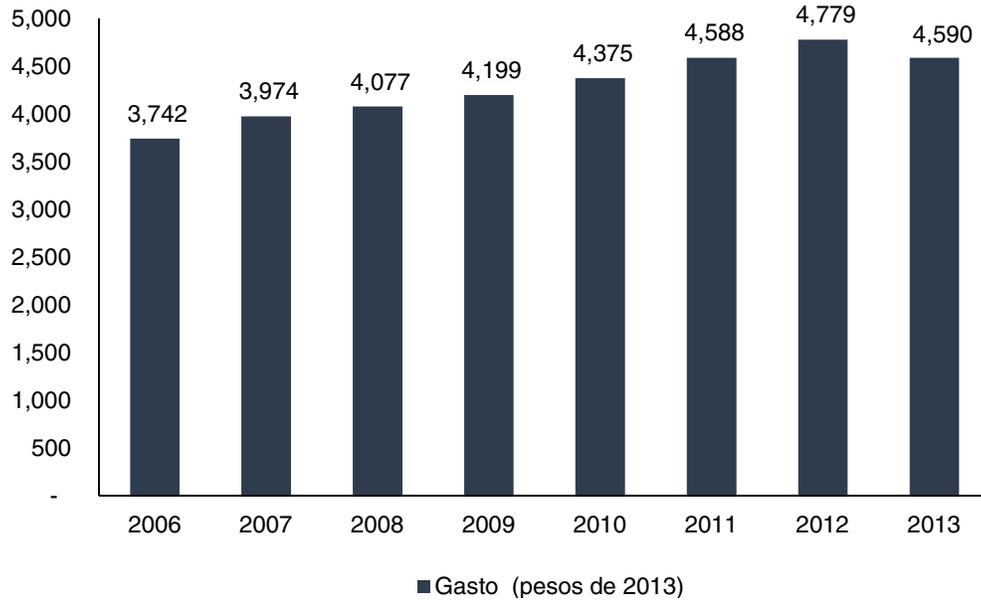
Pensiones definitivas

Si de una valoración médica se determina el estado la invalidez de naturaleza permanente para un asegurado, se otorgará a éste una pensión definitiva⁷⁹, que puede ser concedida bajo la Ley del Seguro Social de 1973 o por la Ley del Seguro Social de 1997. El trabajador podrá elegir acceder al régimen de aquélla, si cuenta con cotizaciones previas a julio de 1997. Una pensión de esta naturaleza constituye un pasivo a cargo del Gobierno Federal, por lo que no forman parte de los resultados de la valuación actuarial del Seguro de

⁷⁸ Artículo 58 de la Ley del Seguro Social.

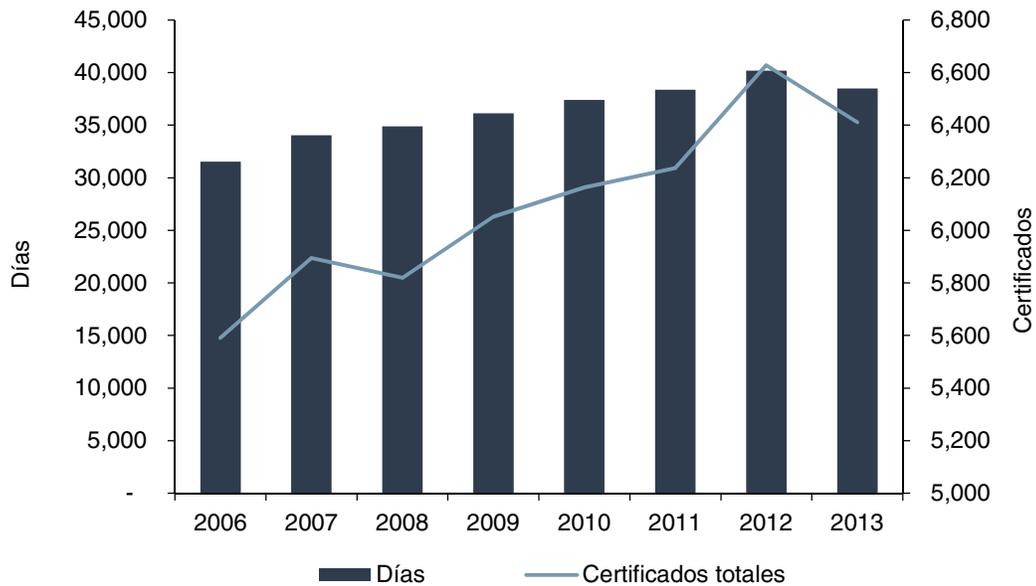
⁷⁹ Artículo 121 de la Ley del Seguro Social.

Gráfica IV.2.
Gasto en subsidios por enfermedad general, 2006-2013
 (millones de pesos de 2013)



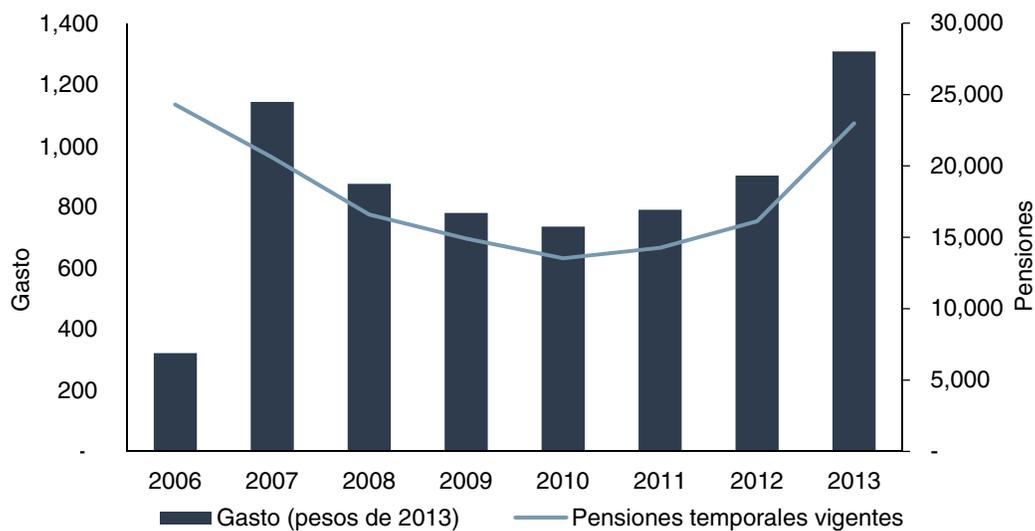
Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica IV.3.
Certificados y días de incapacidad del Seguro de Enfermedad General, 2006-2013
 (miles de casos)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica IV.4.
Pensiones temporales vigentes y gasto, 2006-2013
(casos y millones de pesos de 2013)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Invalidez y Vida⁸⁰. Las otorgadas en el régimen de la Ley de 1997 se denominan rentas vitalicias y son compradas por el Instituto al sector asegurador. Las pensiones otorgadas a los beneficiarios en caso de fallecimiento del trabajador o del pensionado por invalidez son también de carácter definitivo. Las gráficas IV.5 y IV.6 muestran el número de casos y el gasto que observaron las pensiones definitivas: por Ley de 1973 y por Ley de 1997, respectivamente. Se incluyen tanto pensiones directas por invalidez, como aquellas derivadas, es decir, otorgadas a los beneficiarios.

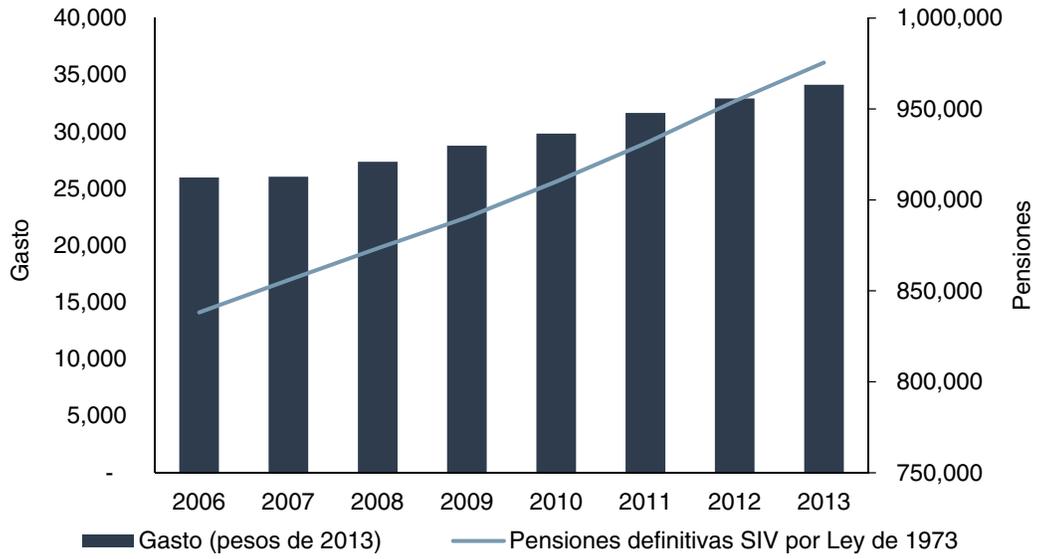
La gráfica IV.5 muestra que durante 2013 las pensiones definitivas otorgadas por la Ley de 1973, observaron un aumento de 2.2 por ciento. Por su parte, la gráfica IV.6 muestra que el número de rentas vitalicias presentó un aumento de 2.4 por ciento respecto a 2012, lo cual aunado a una caída de la tasa de interés técnico⁸¹ para el cálculo del precio de las rentas vitalicias contribuyeron al crecimiento de 4.6 por ciento real en el gasto por sumas aseguradas⁸². La proporción de personas que obtienen rentas vitalicias, respecto al total de pensiones otorgadas por el Seguro de Invalidez y Vida, se incrementa año con año –16 por ciento en 2006 a 20 por ciento en 2013–. Este factor resulta determinante en el creciente gasto observado y se origina porque cada vez menos trabajadores cotizaron bajo la Ley de 1973.

⁸⁰ De acuerdo con lo establecido en los Artículos Tercero, Undécimo y Duodécimo Transitorios de la reforma a la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y vigente a partir del 1° de julio de 1997.

⁸¹ La tasa de interés técnico se publicaba por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la Circular Única de Seguros hasta el mes de enero de 2014. Aun cuando en promedio la tasa utilizada para el cálculo de los montos constitutivos registró un decremento de 1 por ciento respecto a la de 2012 (al pasar de 2.48 por ciento a 2.45 por ciento), fue en 2013 cuando se registró el valor mínimo histórico de 1.29 por ciento, valor registrado en el mes de mayo.

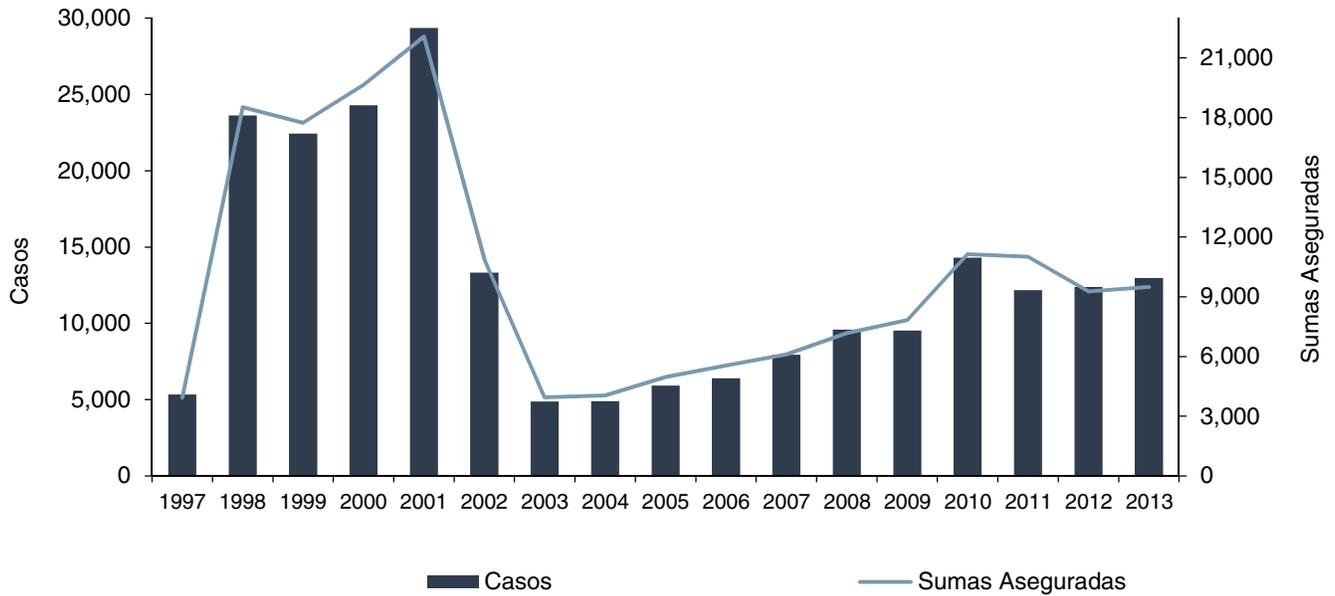
⁸² Los recursos que transfiere el IMSS a las aseguradoras para la compra de las rentas vitalicias se conocen como sumas aseguradas y se calculan restando al monto constitutivo (precio de la renta vitalicia) los recursos que cada trabajador tiene en su cuenta individual, la cual es manejada por una Administradora de Fondos para el Retiro (AFORE).

Gráfica IV.5.
Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Invalidez y Vida
por Ley del Seguro Social de 1973, 2006-2013
(casos y millones de pesos de 2013)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica IV.6.
Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Invalidez y Vida, 1997-2013
(casos y millones de pesos de 2013)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Como se mencionó en el capítulo anterior, previo a enero de 2014, las rentas vitalicias eran adquiridas por el IMSS con una tasa de descuento ofrecida por las compañías de seguros, que podía ser mayor o igual a la tasa de referencia calculada semanalmente por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que reflejaba las condiciones de mercado de largo plazo. Dicho esquema no fomentaba la competencia entre las instituciones de seguros y los beneficios asociados a ésta. Por tal razón, se aprobó un nuevo esquema de adquisición de rentas vitalicias, en el que se elimina la tasa de referencia, se incorporan nuevos mecanismos de incentivos para inducir que el trabajador elija la opción de menor precio⁸³ y se incluyen reglas para evitar la colusión⁸⁴. Al mes de mayo de 2014, tras cuatro meses desde su implementación, se han generado ahorros por 88 millones de pesos⁸⁵.

Como parte de la mejora del servicio, durante 2013, mediante la optimización del sistema informático que realiza el alta de la solicitud de pensión y de la certificación de derechos en línea⁸⁶, el tiempo para la obtención de respuesta en el trámite de solicitud de cualquier tipo de pensión se redujo de 15 a 8 días en promedio. Se redujo en 8 el número de trámites (pasaron de 39 a 31) relacionados con prestaciones en dinero del Seguro de Invalidez y Vida. Los 31

restantes⁸⁷, consideran criterios de simplificación administrativa, lenguaje ciudadano y certeza jurídica. Se disminuyó el tiempo para la resolución del trámite, y se aclararon y definieron los datos a proporcionar y documentos a presentar por los solicitantes en formularios, solicitudes y listado de requisitos.

Durante 2013, 98.3 por ciento de los pagos de pensiones del Seguro de Invalidez y Vida fueron realizados a través de depósito en cuenta bancaria, lo anterior se traduce en un mejor servicio y menor gasto para el Instituto por comisiones bancarias.

IV.2. Estado de actividades

Con base en el Artículo 277 E de la Ley del Seguro Social, el cuadro IV.2 presenta el estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida para el ejercicio 2013, considerando dos escenarios para el reconocimiento del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones: con registro parcial y con registro total⁸⁸. El resultado del ejercicio de este seguro fue equivalente a un superávit de 37,448 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto y de 33,705 millones de pesos con el registro total.

⁸³ El esquema anterior incluía un incremento adicional en la cuantía de la pensión en caso de que la tasa de descuento utilizada por la aseguradora fuera superior a la de referencia, ahora los cambios incorporan un Beneficio Adicional Único (BAU), a favor de la persona cuando eligiera la opción de menor precio.

⁸⁴ Metodología aprobada en el seno del Comité del Artículo 81 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y publicada en la Circular Modificatoria 63/13 de la Circular Única de Seguros.

Artículo 81 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro: Los procedimientos relativos al cálculo del monto constitutivo para la contratación de las rentas vitalicias y de los seguros de sobrevivencia estarán a cargo de un comité integrado por once miembros de la siguiente forma: tres por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, quien lo presidirá; dos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP); dos por el IMSS; dos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y dos por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

⁸⁵ Este ahorro comprende las rentas vitalicias otorgadas por el Seguro de Riesgos de Trabajo y el Seguro de Invalidez y Vida.

⁸⁶ Se eliminó el proceso de tres días, mediante el cual se obtenía la certificación de derechos para la pensión, el documento que determina si un asegurado tiene derecho a pensión y, de ser así, bajo qué régimen. A través de un enlace informático, el día de hoy, se obtiene en línea dicha certificación reduciendo el tiempo de trámite al convertirlo en un proceso instantáneo.

⁸⁷ Acuerdo 294 del H. Consejo Técnico publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 12 de diciembre de 2013.

⁸⁸ El costo neto del periodo (con cargo a resultados del ejercicio 2013) 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.

Cuadro IV.2.
Estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2013
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro total^{1/}
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	40,893	40,893
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	890	890
Otros ingresos y beneficios varios	6,569	6,569
Total de ingresos	48,352	48,352
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal	825	825
Materiales y suministros	15	15
Servicios generales y subrogación de servicios	117	117
Subsidios (pensiones temporales y sumas aseguradas)	8,174	8,174
Otros gastos y pérdidas		
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	256	256
Otros gastos	1,121	1,121
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	300	300
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{2/}	96	3,839
Total de gastos	10,904	14,647
Resultado del ejercicio	37,448	33,705

^{1/} En informes anteriores se denominó registro pleno.

^{2/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., por 4,139 millones de pesos en 2013, se integra por los rubros de pagos a pensionados IMSS y el costo por beneficios a empleados (Régimen de Jubilaciones y Pensiones).

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2013 y 2012, 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 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2013 y Proyecciones para 2014.

Con registro parcial, en los últimos 10 años el Seguro de Invalidez y Vida ha mostrado excedentes de operación, como se aprecia en la gráfica IV.7.

IV.3. Resultados de la valuación actuarial

El objetivo de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida es determinar si los ingresos por cuotas estimados para el corto, mediano y largo plazos serán suficientes para cubrir el pago de las prestaciones en dinero que se otorgan a los asegurados y a sus beneficiarios, así como determinar la prima nivelada que permita un equilibrio entre los ingresos y los gastos esperados, dentro de un periodo determinado. La comparación de la prima nivelada del Seguro de Invalidez y Vida y la prima establecida en la Ley del Seguro Social (prima de ingreso) permite determinar si el seguro es financieramente sostenible.

Las prestaciones que otorga el Seguro de Invalidez y Vida y que se evalúan en este ejercicio son las pensiones temporales y definitivas bajo la Ley del Seguro Social vigente, las cuales incluyen las asignaciones familiares y ayudas asistenciales. Asimismo, se evalúan los gastos de administración considerando la parte proporcional del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón que se asigna al Seguro de Invalidez y Vida como parte de dichos gastos de administración⁸⁹. A diferencia del Seguro de Riesgos de Trabajo, los subsidios, ayudas de funeral y los gastos médicos asociados a un accidente o enfermedad no laboral, que eventualmente causen una invalidez o el fallecimiento del trabajador son a cargo del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

La valuación actuarial de este seguro, al igual que la del Seguro de Riesgos de Trabajo, utiliza hipótesis demográficas y financieras. Los principales elementos técnicos que se consideraron son⁹⁰:

- i) La población asegurada con derecho a las prestaciones cubiertas por el Seguro de Invalidez y Vida.
- ii) Los beneficios establecidos en la Ley del Seguro Social.
- iii) Las hipótesis demográficas y financieras.

Los resultados se elaboran para el escenario base, el cual se considera como el que mejor refleja la situación financiera del Seguro de Invalidez y Vida en el corto, mediano y largo plazos; y para los escenarios de sensibilidad.

IV.3.1. Proyecciones demográficas y financieras

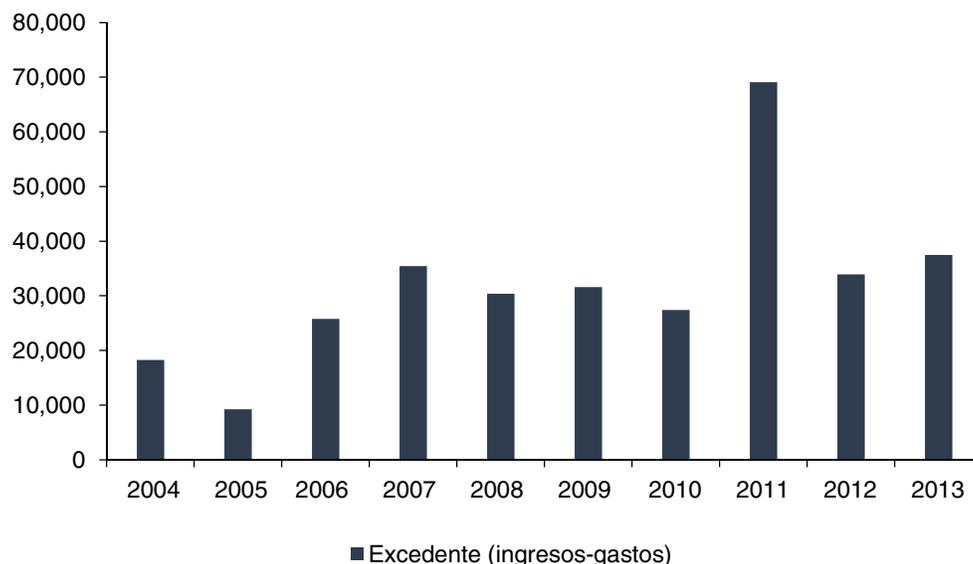
La estimación de los futuros asegurados que estarán expuestos a las contingencias por invalidez y fallecimiento por una enfermedad o riesgo no laboral parte de los asegurados vigentes al 31 de diciembre de 2013, que son 16'220,140⁹¹. Esta cifra contempla a los trabajadores propios del IMSS y a los trabajadores que laboran en las empresas afiliadas al IMSS. Las proyecciones demográficas que se obtienen en la valuación actuarial son las que se enlistan a continuación y se muestran en el cuadro IV.3.

⁸⁹ La estimación del gasto administrativo, sin considerar el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, corresponde a una prima promedio de 0.18 por ciento de los salarios de cotización. En lo que respecta al gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se asigna al Seguro de Invalidez y Vida, a partir de la información que se reporta en los Estados Financieros para el periodo de 1997 a 2012, se calcula la proporción del gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones por pensiones complementarias (a cargo del IMSS-Patrón) que se asigna al Seguro de Invalidez y Vida respecto al total, siendo ésta de 2.16 por ciento. Respecto a la estimación futura del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones utilizado, ésta se obtiene de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones al 31 de diciembre de 2013 realizada por el despacho Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

⁹⁰ En el anexo C se describen las hipótesis de valuación.

⁹¹ Para el Seguro de Invalidez y Vida el número de asegurados está conformado por los afiliados en las siguientes modalidades de aseguramiento según régimen: Régimen Obligatorio: Modalidad 10: Trabajadores permanentes y eventuales de la ciudad; Modalidad 13: Trabajadores permanentes y eventuales del campo; Modalidad 14: Trabajadores eventuales del campo cañero; Modalidad 17: Reversión de cuotas por subrogación de servicios; y, Modalidad 30: Productores de caña de azúcar; y, Régimen voluntario: Modalidad 35: Patronos personas físicas con trabajadores a su servicio; Modalidad 40: Continuación voluntaria en el Régimen Obligatorio; Modalidad 42: Trabajadores al servicio de los gobiernos de los estados; Modalidad 43: Incorporación voluntaria del campo al Régimen Obligatorio, y Modalidad 44: Trabajadores independientes.

Gráfica IV.7.
Excedentes de ingresos sobre gastos del Seguro de Invalidez y Vida, 2004-2013
(millones de pesos de 2013)



Nota: La magnitud del excedente en 2011, refleja la transferencia aprobada por el H. Consejo Técnico, de los recursos excedentes de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Invalidez y Vida a la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad y el registro de dicha transferencia en la contabilidad.
Fuente: Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de cada año.

- i) El comportamiento probable del número de asegurados para el periodo 2014-2113, estimado conforme a las hipótesis utilizadas (columna a).
- ii) El número de los nuevos pensionados de viudez, orfandad y ascendencia, derivados del fallecimiento de asegurados y/o pensionados por invalidez temporal (columna b).
- iii) El número de los nuevos pensionados directos por concepto de invalidez, incluyendo los pensionados temporales (columna c).

El cuadro IV.3 denota una tendencia creciente en el número de pensionados sobre cada 1,000 asegurados (columna e), debido a que actualmente existen, de manera simultánea, dos grupos poblacionales: i) los asegurados de la generación en transición cuya afiliación es anterior al 1º de julio de 1997 y que pueden elegir entre el esquema de pensiones de la Ley de 1997 y la Ley de 1973, y ii) el grupo de asegurados cuya afiliación es a partir del 1º de julio de 1997 y obtendrán su pensión bajo la Ley de 1997. El primer grupo es una población cerrada y en la medida en que

estos asegurados vayan saliendo de la vida activa y sean reemplazados por asegurados de las nuevas generaciones, se tendrá un incremento en el número de pensionados bajo la Ley de 1997 sobre el total de asegurados, hasta el año 2050.

Posteriormente, se observa que el índice de pensionados por cada 1,000 asegurados presenta ligera variación. Este efecto cíclico se explica por la dinámica demográfica de los asegurados. En la medida en que las generaciones de asegurados van envejeciendo y se van pensionando o falleciendo, son sustituidos por asegurados más jóvenes con menor probabilidad de muerte e invalidez.

Las proyecciones financieras de la valuación actuarial se obtuvieron considerando las hipótesis y criterios del escenario base, descritos en el anexo C. Además, para la estimación de los montos constitutivos y en consecuencia para la determinación de las sumas aseguradas, al igual que para el Seguro de Riesgos de Trabajo, se utilizan las bases biométricas establecidas

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

Año de proyección	Asegurados^{1/}	Pensionados derivados de fallecimiento^{2/}	Pensionados por invalidez^{3/}	Total de pensionados	Número de pensionados por cada 1,000 asegurados
	(a)	(b)	(c)	(d)=(b)+(c)	(e)=(d/a)*1000
2013 ^{4/}	16,220,140	13,615	11,691	25,306	1.56
2014	16,633,320	14,958	13,352	28,311	1.70
2015	16,940,218	15,341	13,608	28,948	1.71
2020	18,876,891	24,045	16,178	40,223	2.13
2025	20,517,069	35,916	21,700	57,616	2.81
2030	21,225,434	47,282	28,127	75,409	3.55
2035	21,662,363	56,291	34,910	91,201	4.21
2040	21,863,125	63,453	41,261	104,714	4.79
2045	21,892,232	64,993	43,212	108,205	4.94
2050	21,912,344	62,962	41,389	104,350	4.76
2055	21,932,475	60,648	38,336	98,984	4.51
2060	21,952,623	61,573	37,805	99,379	4.53
2065	21,972,790	63,072	37,472	100,544	4.58
2070	21,992,975	65,484	38,786	104,270	4.74
2075	22,013,179	67,715	40,486	108,201	4.92
2080	22,033,401	68,341	41,607	109,947	4.99
2085	22,053,642	67,708	42,056	109,764	4.98
2090	22,073,901	65,997	40,959	106,956	4.85
2095	22,094,179	64,491	39,205	103,697	4.69
2100	22,114,475	64,378	38,519	102,896	4.65
2105	22,134,789	65,446	38,766	104,212	4.71
2110	22,155,122	66,583	39,503	106,086	4.79
2113	22,167,331	67,217	40,183	107,400	4.84

^{1/} El número de asegurados del Seguro de Invalidez y Vida no coincide con el del Seguro de Riesgos de Trabajo y Seguro de Enfermedades y Maternidad, debido a que no todos los asegurados tienen derecho a las mismas prestaciones.

^{2/} Estos pensionados incluyen a los de viudez, orfandad y ascendencia que se generan del fallecimiento de asegurados y pensionados por invalidez con carácter temporal.

^{3/} A efecto de no contar dos veces a los pensionados, únicamente se consideran las pensiones iniciales de invalidez otorgadas bajo la Ley de 1997.

^{4/} Información observada al cierre de 2013.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas⁹². El cuadro IV.4 muestra los resultados de las proyecciones financieras que se señalan a continuación:

- i) Volumen anual de salarios de los asegurados afiliados al Seguro de Invalidez y Vida (columna a). La determinación de los salarios en cada año permite además de calcular el volumen de salarios, estimar el monto de las pensiones, el costo de las rentas vitalicias (montos constitutivos), el de las sumas aseguradas, así como de los saldos acumulados en las cuentas individuales.
- ii) Flujos de gasto anual por sumas aseguradas (columna b).
- iii) Flujos de gasto anual por pensiones temporales (columna c).
- iv) Flujos anuales de gasto administrativo (columna d).
- v) Prima de gasto anual del seguro (columna f). Esta prima resulta de dividir el flujo de gasto anual entre el volumen anual de salarios.
- vi) Valor presente a 50 y 100 años de proyección de las obligaciones antes descritas, así como su correspondiente prima nivelada, la que resulta de dividir el valor presente del gasto total entre el valor presente del volumen de salarios.

Las primas niveladas mostradas en el cuadro anterior corresponden a las prestaciones en dinero y gastos administrativos asociados. Se excluyen, los gastos por subsidios por enfermedad general y ayudas de gastos de funeral. Asimismo, los gastos médicos derivados de un accidente o enfermedad no laboral, que causen una invalidez o el fallecimiento del trabajador, están incorporados en las primas determinadas para el Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Para el periodo de 50 años, la prima nivelada es de 1.41 por ciento de los salarios de cotización, mientras que para el periodo de 100 años es de 1.55 por ciento de los mismos. Estas primas tienen descontado el costo fiscal que se genera por el otorgamiento de pensiones garantizadas.

Las primas niveladas para los periodos de 50 y de 100 años respecto a la obtenida con corte a diciembre de 2012 tienen una disminución de 0.03 puntos porcentuales y de -0.005 puntos porcentuales, respectivamente, para cada periodo de proyección. Este cambio se debe a la modificación de las siguientes hipótesis de valuación:

- La reducción de tasa de interés para el cálculo de los montos constitutivos de 3.5 por ciento a 3 por ciento anual, con base en la experiencia de tasas de las ofertas de seguros de rentas vitalicias en el ejercicio 2013.
- La hipótesis de crecimiento real de salarios utilizada en la valuación a diciembre de 2013 pasó de 1 a 0.9 por ciento, esto se debe a que en el mediano plazo se utilizaron supuestos más conservadores de incremento real de salario (2014-2029); para el largo plazo (a partir de 2030) se utiliza un crecimiento real de 1 por ciento.
- El supuesto para las nuevas pensiones por invalidez con carácter temporal y que pasan a definitivas, provenientes de los asegurados en transición afiliados antes del 1º de julio de 1997 y con derecho a elegir entre las pensiones bajo la Ley de 1973 y la Ley de 1997, se modificó de 49 por ciento empleado en la valuación actuarial a diciembre de 2012, a 39 por ciento para la valuación actuarial

⁹² Las bases biométricas aprobadas para el cálculo de los montos constitutivos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas son: i) las bases demográficas de mortalidad de activos de capital mínimo de garantía (CMG), emitidas el 19 de noviembre de 2009, y ii) bases demográficas de mortalidad para inválidos de capital mínimo de garantía, emitidas en abril de 2012. Las bases demográficas se dan a conocer a través de la Circular S-22.2.

Cuadro IV.4.
Resumen de las proyecciones financieras de la valuación
actuarial del Seguro de Invalidez y Vida
(millones de pesos de 2013)

Año de proyección	Volumen de salarios	Gasto				Prima de gasto anual (%)
		Sumas aseguradas ^{1/}	Pensiones por invalidez con caracter provisional	Administrativo ^{2/}	Total	
		(a)	(b)	(c)	(d)	
2013 ^{3/}	1,646,143	6,869	1,277	2,757	10,904	0.66
2014	1,675,000	6,385	1,109	3,653	11,147	0.67
2015	1,721,962	6,690	1,170	3,790	11,650	0.68
2020	1,955,018	11,799	1,099	4,484	17,383	0.89
2025	2,212,308	18,840	1,422	5,064	25,326	1.14
2030	2,389,148	26,370	1,810	5,622	33,801	1.41
2035	2,543,086	33,620	2,204	6,061	41,884	1.65
2040	2,680,811	40,255	2,602	6,349	49,206	1.84
2045	2,791,734	43,520	2,870	6,607	52,998	1.90
2050	2,905,738	44,181	2,906	6,859	53,946	1.86
2055	3,050,637	43,906	2,814	6,815	53,535	1.75
2060	3,242,066	46,440	2,900	6,846	56,186	1.73
2065	3,435,820	50,427	3,028	6,914	60,369	1.76
2070	3,636,566	56,004	3,263	7,059	66,326	1.82
2075	3,823,676	61,609	3,588	7,264	72,461	1.90
2080	4,000,824	65,915	3,883	7,528	77,327	1.93
2085	4,182,604	68,860	4,139	7,850	80,849	1.93
2090	4,373,019	69,834	4,269	8,204	82,308	1.88
2095	4,597,561	70,854	4,296	8,625	83,775	1.82
2100	4,865,222	74,187	4,396	9,128	87,711	1.80
2105	5,147,281	79,736	4,637	9,657	94,030	1.83
2110	5,429,997	85,980	4,951	10,187	101,119	1.86
2113	5,598,740	89,851	5,187	10,504	105,542	1.89
						Prima nivelada
50 años						
Valor presente	55,453,483	607,764	43,814	127,562	779,140	1.41
100 años						
Valor presente	75,319,677	935,272	63,380	165,367	1,164,019	1.55

^{1/} El gasto por sumas aseguradas tiene descontado el costo fiscal derivado del otorgamiento de las pensiones garantizadas.

^{2/} El gasto administrativo incluye la proporción del gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se asigna al Seguro de Invalidez y Vida.

^{3/} Información observada al cierre de 2013.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

a diciembre de 2013, con base en la tendencia observada en el ejercicio 2013. La modificación se debe a que para los asegurados de la generación en transición, a mayor antigüedad en el sistema, el beneficio definido bajo la Ley de 1973 es mayor que el beneficio de la Ley de 1997.

La gráfica IV.8 muestra la prima de gasto en comparación con la prima media nivelada a 100 años para el Seguro de Invalidez y Vida.

Por otra parte, las obligaciones por sumas aseguradas que se generan al momento en que ocurra el fallecimiento o se determine la invalidez de un trabajador, están determinadas por los montos constitutivos menos el importe en las cuentas individuales de los trabajadores que manejan las Administradoras de Fondos para el Retiro⁹³. Por ello, para el IMSS los saldos futuros de las cuentas individuales son de gran importancia. Se estima que en el periodo de valuación de 100 años, los saldos en el Sistema de Ahorro para el Retiro significarán 28.9 por ciento del total de los montos constitutivos (gráfica IV.9).

IV.3.2. Balance actuarial

El cuadro IV.5 muestra el balance actuarial al 31 de diciembre de 2013. En este balance se determina si el activo, formado por las reservas, más los futuros ingresos por cuotas, y las aportaciones del Gobierno Federal por pensiones garantizadas son suficientes para cubrir las obligaciones (pasivo) formado por el pago de pensiones temporales en curso de pago y futuras sumas aseguradas y gastos de administración.

Si se compara la prima definida en la Ley del Seguro Social de 2.5 por ciento de los salarios de cotización con la prima nivelada de gasto total de 2 por ciento de los salarios, se confirma que la prima de ingreso es suficiente en el largo plazo. Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, este seguro no contempla las prestaciones en dinero por gastos de funeral, subsidios, ni los gastos médicos derivados de enfermedades y accidentes no laborales que eventualmente generen el fallecimiento o la invalidez del trabajador.

IV.3.3. Escenarios de sensibilidad

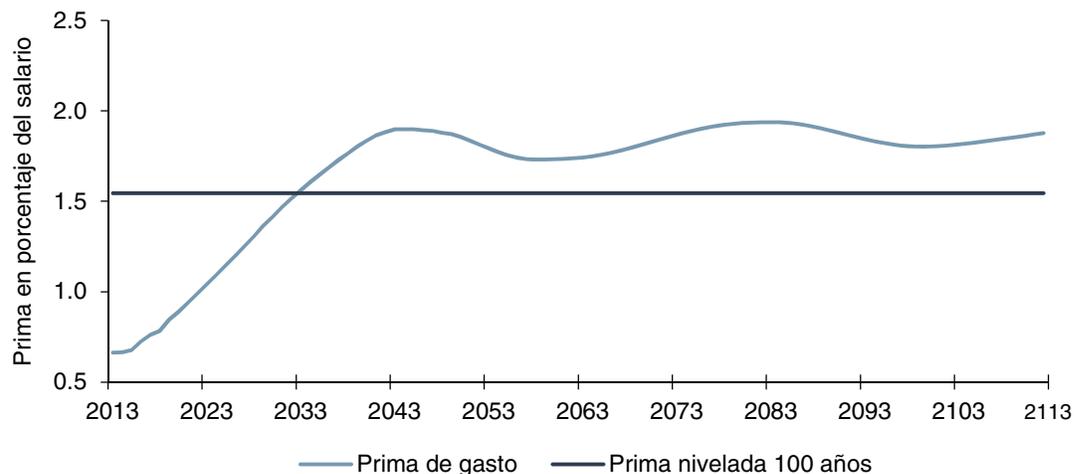
Para cubrir los efectos derivados de cambios en la situación económica del país, que pudieran incidir en la prima nivelada del Seguro de Invalidez y Vida, obtenida con las hipótesis del escenario base, se calculan dos escenarios de sensibilidad denominados escenario de riesgo 1 (moderado) y escenario de riesgo 2 (catastrófico), mismos que se muestran en el cuadro IV.6.

El cuadro IV.7 muestra los resultados de los escenarios antes descritos en las proyecciones a 50 y a 100 años del pasivo por pensiones y por el gasto administrativo, al igual que las primas niveladas correspondientes a dichos periodos.

En el escenario de riesgo 1 la prima nivelada total (incluyendo gastos administrativos) aumenta en el periodo de 50 años, pasando de 1.41 por ciento en el escenario base a 1.58 por ciento en este escenario, y para el periodo de 100 años pasa de 1.55 por ciento en el escenario base a 1.77 por ciento en este escenario (columna e). El aumento en la prima representa 12.1

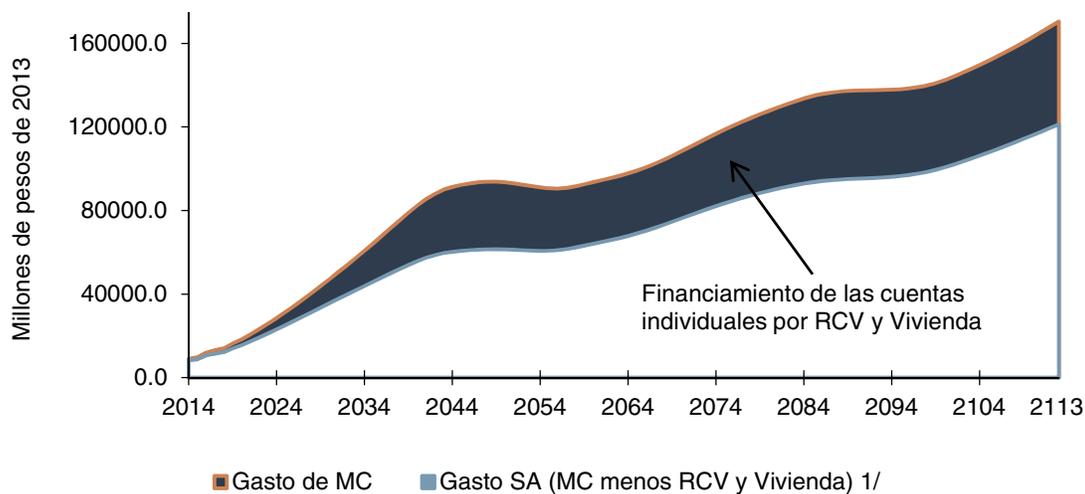
⁹³ Los saldos de las cuentas individuales al 31 de diciembre de 2013 fueron proporcionados por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR).

Gráfica IV.8.
Prima de gasto y prima media nivelada del Seguro de Invalidez y Vida a 100 años
como porcentaje del salario base de cotización



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Gráfica IV.9.
Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las
cuentas individuales, Seguro de Invalidez y Vida



^{1/} Las sumas aseguradas no tienen descontado las aportaciones que realiza el Gobierno Federal por pensiones garantizadas.
 MC = Monto constitutivo; SA = Suma asegurada; RCV = Subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez; Vivienda = Subcuenta de Vivienda.
 Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro IV.5.
Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2013^{1/}
(millones de pesos de 2013)

Activo			Pasivo		
		VPSF ^{2/} (%)			VPSF ^{2/} (%)
Saldo de la reserva al 31 de diciembre de 2013 (1) ^{3/}	12,762	0.02	Sumas aseguradas ^{5/} (7)	1,275,160	1.67
			Pensiones temporales ^{6/} (8)	63,380	0.08
			Subtotal (9)=(7)+(8)	1,338,540	1.78
Aportaciones futuras de ingresos por cuotas (2)	1,882,992	2.50			
Aportaciones futuras del Gobierno Federal por PG ^{4/} (3)	339,888	0.45	Gasto administrativo (10)	165,367	0.22
Subtotal (4)=(1)+(2)+(3)	2,235,641	2.97			
(Superávit) / Déficit (5)=(11)-(4)	-731,734	-0.97			
Total (6)=(4)+(5)	1,503,907	2.00	Total^{7/} (11)=(9)+(10)	1,503,907	2.00

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

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

^{3/} Reserva del Seguro de Invalidez y Vida registrada en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2013.

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

^{5/} El gasto por sumas aseguradas no tiene descontado las aportaciones que realiza el Gobierno Federal por pensiones garantizadas.

^{6/} El gasto por pensiones temporales corresponde al valor presente de los flujos de gasto anual.

^{7/} Si a la prima nivelada total de 2 por ciento se le descuenta la prima nivelada de las aportaciones futuras del Gobierno Federal por pensiones garantizadas (0.45 por ciento) se obtiene la prima nivelada para el periodo de 100 años que es de 1.55 por ciento de los salarios.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro IV.6.
Hipótesis del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2 para el periodo de 100 años

Hipótesis	Base (%)	Riesgo 1 (%)	Riesgo 2 (%)
Financieras			
Tasa anual de incremento real de los salarios	0.89	0.89	0.89
Tasa anual de incremento real de los salarios mínimos	0.45	0.45	0.45
Tasa de descuento	3.50	3.00	2.50
Tasa de incremento real anual de los salarios de los trabajadores IMSS y de pensionados IMSS	1.00	1.00	1.00
Tasa de rendimiento real anual de la subcuenta de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	3.50	3.50	3.50
Tasa de rendimiento real anual de la subcuenta de Vivienda	3.00	3.00	3.00
Tasa de interés real anual para el cálculo de las anualidades	3.00	2.50	2.00
Porcentaje promedio de asegurados que aportan a la subcuenta de vivienda, es decir, que no cuentan con un crédito hipotecario	50.00	50.00	50.00
Demográficas			
Incremento promedio anual de asegurados	0.32	0.32	0.32
Incremento promedio anual de trabajadores IMSS	0.06	0.06	0.06

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro IV.7.
Resultados de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida
(millones de pesos de 2013)

Escenario	Valor presente de volumen de salarios ^{1/}	Valor presente del gasto			Prima nivelada ^{4/} (%)	
	(a)	Sumas aseguradas ^{2/} (b)	Pensiones temporales	Administrativo ^{3/} (c)		Total (d)=(b)+(c)
Resultados a 50 años						
Base	55,453,483	607,764	43,814	127,562	779,140	1.41
Riesgo 1	61,583,618	779,319	49,244	141,626	970,189	1.58
Riesgo 2	68,741,515	1,005,925	55,621	158,021	1,219,568	1.77
Resultados a 100 años^{5/}						
Base	75,319,677	935,272	63,380	165,367	1,164,019	1.55
Riesgo 1	90,414,281	1,322,365	78,030	196,412	1,596,808	1.77
Riesgo 2	111,052,738	1,919,539	98,548	238,313	2,256,400	2.03

^{1/} El valor presente del volumen de salarios varía por la tasa de descuento empleada en cada escenario (ver cuadro IV.6).

^{2/} El gasto por sumas aseguradas es neto de costo fiscal e incluye el correspondiente a las pensiones temporales.

^{3/} El gasto administrativo incluye el gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones con cargo al Seguro de Invalidez y Vida.

^{4/} Es la prima constante en el periodo de proyección sin considerar la reserva del Seguro de Invalidez y Vida a diciembre de 2013, que permite captar los recursos suficientes para hacer frente a los gastos por prestaciones en dinero.

^{5/} Estos resultados consideran la proyección hasta la extinción de las obligaciones de los asegurados vigentes en el año 100 de proyección.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

por ciento y 14.3 por ciento, respectivamente, para cada periodo.

Para el escenario de riesgo 2 se tiene que la prima nivelada para el periodo de 50 años es de 1.77 por ciento y para el de 100 años es de 2.3 por ciento (columna e), las cuales al ser comparadas con las primas del escenario base se tiene un incremento de 26.3 por ciento a 50 años y de 31.5 por ciento a 100 años.

Este análisis permite concluir que bajo los escenarios de sensibilidad estudiados prevalece la suficiencia actuarial de la prima definida en la Ley del Seguro Social vigente para el Seguro de Invalidez y Vida.

IV.4. Opciones de política

En 2014, para contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos de mejorar la calidad y calidez de los servicios y de sanear financieramente al IMSS, el Instituto realizará las acciones descritas en este apartado. En virtud de que la mecánica de otorgamiento de las prestaciones en dinero del Seguro de Invalidez y Vida y del Seguro de Riesgos de Trabajo comparte procedimientos, sistemas informáticos y personal operativo, las acciones enunciadas son similares a las del capítulo correspondiente al Seguro de Riesgos de Trabajo:

- i) Fortalecer la política de prevención de enfermedades y la discapacidad en la población derechohabiente. Se continuarán las acciones encaminadas a la protección de la salud y prevención de enfermedades y la discapacidad, a través de los servicios de medicina preventiva del Instituto y los programas específicos de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad, como se señala en el capítulo XII de este Informe.
- ii) Hacer más objetiva y precisa la prescripción de incapacidades para el pago de subsidios y la dictaminación médica de accidentes y enfermedades no profesionales para el pago de pensiones. Se incrementarán los esfuerzos para el uso de criterios objetivos que reconozcan la naturaleza y gravedad de los padecimientos, garantizando el otorgamiento de la prestación a quien tiene derecho y en la proporción que le corresponde, con el empleo de guías de estándares médicos. Adicionalmente, se dará continuidad a las estrategias de vigilancia y supervisión en la prescripción de incapacidades y dictaminación de pensiones y se reforzará el monitoreo del comportamiento del gasto a través del uso de reportes con información detallada (unidad médica, médico, consultorio y diagnóstico) para identificar desviaciones y comportamientos atípicos en el otorgamiento de prestaciones con cargo al Seguro de Invalidez y Vida.
- iii) Reducir esperas prolongadas para el diagnóstico y tratamiento de los accidentes y enfermedades no profesionales. Se implementarán medidas que permitan disminuir los plazos de espera de los asegurados para recibir diagnóstico médico y tratamientos. Al disminuirse el tiempo de espera, se reducirá el número de días que se subsidian y, por consecuencia, el gasto asociado. Lo anterior permitirá que los trabajadores se reincorporen a la vida laboral en menor tiempo.
- iv) Simplificar la normatividad y reducir el número de trámites relacionados con el Seguro de Invalidez y Vida. Dentro de las acciones encaminadas a la mejora del servicio, se dará mayor alcance a esta estrategia identificando nuevas áreas de oportunidad a partir de las peticiones y quejas de los asegurados. Adicionalmente, se capacitará al personal sobre los trámites y servicios, así como en el trato digno a los asegurados. Se ampliarán los canales de comunicación para que los beneficiarios de las prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida cuenten con información precisa sobre los trámites y sus requisitos.
- v) Reducir los tiempos de respuesta en los trámites relacionados con prestaciones en dinero. A lo largo de 2014, se continuará avanzando en la estrategia IMSS Digital que abre canales de comunicación entre el Instituto y los asegurados para realizar el trámite de pensión vía Internet. Se implementará la digitalización completa del trámite para que se lleve a cabo en menor tiempo y de forma sencilla para los solicitantes.
- vi) Reforzar la seguridad en el otorgamiento de las prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida. Mediante la implementación de tres medidas: un código de seguridad adicional en los certificados de incapacidad temporal para el trabajo, que es validado por las instituciones bancarias; la verificación de la procedencia del pago de subsidios y pensiones con importes altos, y el establecimiento de alertas de seguridad que permitan tener un mayor control sobre los pagos a los asegurados y la comprobación con la empresa que el trabajador efectivamente se encuentra incapacitado.

- vii) Obtener mejores términos en la adquisición de rentas vitalicias. Se dará seguimiento a los resultados del esquema de liberalización de la tasa de interés técnico para el cálculo de los montos constitutivos, para, en su caso, realizar los ajustes necesarios en el marco del mecanismo previsto por el Comité del Artículo 81 de la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro.
- viii) Disminuir los gastos administrativos del Seguro de Invalidez y Vida. Continuar con la estrategia de acreditamiento de pago en cuenta bancaria de todos los pagos derivados de prestaciones de este seguro.



Este capítulo analiza la situación del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) que, de acuerdo con la propia Ley, otorga prestaciones en especie y en dinero a trabajadores afiliados, pensionados y sus familiares, en caso de enfermedad no profesional o maternidad⁹⁴.

La sección V.1 analiza la situación financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2013, a través del estado de actividades. La sección V.2 muestra los resultados de las proyecciones de ingresos y gastos de este Seguro para el periodo 2014-2050, tanto de la parte que cubre a los asegurados como del ramo de Gastos Médicos de Pensionados, así como las primas de equilibrio.

Para comprender la situación de este seguro, la sección V.3 presenta una evaluación de las necesidades en salud de la población afiliada a través de dos métodos: i) los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), y ii) los principales motivos de demanda de atención médica. El resultado es que las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles representan la mayor carga de enfermedad, medida por Años de Vida Saludables Perdidos, mientras que las infecciones respiratorias, las diarreas y los accidentes continúan siendo el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de primera vez en Medicina Familiar. Como se mencionó en el Capítulo I, esta situación

⁹⁴ Ley del Seguro Social, Artículo 84.

es el resultado típico de la transición epidemiológica de una economía emergente, donde persisten las enfermedades del rezago a la vez que se presentan los problemas de una población envejecida. Por lo anterior, el Instituto enfrenta el doble reto de tratar una población con enfermedades crónico-degenerativas y con las enfermedades infecciosas que compiten por los recursos de atención en los servicios de salud. Así, el IMSS tiene dos grandes objetivos: i) mejorar la atención sobre todo en el primer nivel para poder atender los enfermos agudos, y ii) tener una estrategia frontal contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

La sección V.4 analiza el primero de estos retos, que es cómo mejorar la gestión de la atención médica para satisfacer la creciente demanda de los servicios de salud. En el primer nivel son tres las estrategias de mejora: i) fortalecer la prevención; ii) incrementar el acceso a la consulta médica, y iii) mejorar la capacidad resolutive. Con estas estrategias se busca mejorar los tiempos de espera y la calidad de la atención, principales motivos de insatisfacción de los derechohabientes. Al incrementar la capacidad resolutive de este nivel, se espera también disminuir la afluencia de pacientes a los servicios de Urgencias del segundo nivel, así como la hospitalización de pacientes crónicos, al evitar complicaciones que requieran internamiento.

En el segundo y tercer niveles de atención existen dos “cuellos de botella”: el servicio de Urgencias y la Atención Hospitalaria. Las causas que los provocan están interrelacionadas y son tres principalmente: i) la insuficiente capacidad resolutive del primer nivel; ii) los problemas de gestión, y iii) problemas asociados al flujo y disponibilidad de camas. Para resolver estos últimos se reorganizará la atención médica, así como la homologación en la calidad y seguridad de la prestación del servicio mediante el uso de guías y protocolos de atención.

La sección V.5 se enfoca en el segundo gran reto del IMSS que son las enfermedades crónicas no transmisibles. Se presentan estimaciones del gasto que ejerce el Instituto con motivo de la atención a seis padecimientos que concentran cerca de 28 por ciento del gasto total del Seguro de Enfermedades y Maternidad: diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/SIDA. El panorama por estas enfermedades crónicas es de alta presión. Sin embargo, la reducción de la mortalidad por estas causas en los últimos años, con una tendencia decreciente mayor a la de la población general, muestra una tendencia favorable. Pese a esto, el modelo de atención de enfermos crónicos tiene áreas de oportunidad que se presentan al final de esta sección.

La sección V.6 presenta un plan integral para consolidar la excelencia médica en el Instituto, tomando como base la capacitación, la formación de recursos humanos y la investigación médica. Está bien definido que entre la investigación, la educación, la asistencia médica y la prevención puede establecerse un círculo virtuoso. En donde la asistencia abre nuevos caminos a la investigación, ésta incrementa la vitalidad de la educación y la educación eleva la calidad de la asistencia. Como respuesta a esta necesidad, el Instituto cuenta con una estructura sólida y gran tradición en los campos de educación e investigación.

La sección V.7 presenta las contribuciones del IMSS a la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal, tal como lo establece el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. En este sentido, los resultados del Convenio Específico de Intercambio de Servicios en Baja California Sur entre el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud Estatal, muestran beneficios significativos en términos de mejora de la calidad y la oportunidad de la atención a los derechohabientes, al tiempo que se fortalecen

las finanzas del Instituto. Estos beneficios subrayan la importancia de impulsar la celebración de convenios específicos a nivel nacional y ampliar la cartera de servicios, adicionando nuevas intervenciones a intercambiar.

V.1. Estado de actividades

El cuadro V.1 muestra las prestaciones que otorga el Seguro de Enfermedades y Maternidad. A diferencia de otras instituciones de salud, el IMSS ofrece prestaciones médicas sin restricción a los problemas de salud a su población derechohabiente.

El cuadro V.2 presenta el estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad para el ejercicio 2013. Considera dos escenarios: i) con registro parcial, y ii) con registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

El cuadro V.2 presenta que el resultado del ejercicio del Seguro de Enfermedades y Maternidad fue equivalente a un déficit de operación de 48,046 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto, y de 628,429 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de las obligaciones.

V.2. Proyecciones financieras de largo plazo

Las proyecciones financieras de los ingresos y los gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad que se comentan en este apartado se refieren al periodo 2014-2050 y resultan de la interacción de diversas variables financieras, económicas y demográficas, tanto internas como externas al Instituto, iguales a las del resto de este reporte.

Cuadro V.1.
Prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad

Tipo de prestación	Artículos en la Ley del Seguro Social	Concepto	Descripción
En especie	91, 92, 93 y 94	Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria	En caso de enfermedad no profesional se otorga asistencia al asegurado, pensionado y sus beneficiarios. En maternidad entregan las prestaciones siguientes: I. Asistencia obstétrica. II. Ayuda en especie por seis meses para lactancia. III. Una canastilla al nacer el hijo.
Prestaciones en dinero	96, 97, 98, 100, 101, 104	Subsidios	Subsidio en dinero de 60% del salario base de cotización al asegurado por enfermedad incapacitante para el trabajo, pagado a partir del 4º día de inicio de la enfermedad y hasta por el término de 52 semanas, con prórroga de hasta por 26 semanas más. En embarazo subsidio de 100% del último salario, 42 días antes y 42 días después del parto. Ayuda de gastos de funeral, consistente en dos meses del salario mínimo general que rija en el Distrito Federal en la fecha del fallecimiento.

Fuente: Ley del Seguro Social.

Cuadro V.2.
Estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2013
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro total
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	195,590	195,590
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	1,592	1,592
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	6,992	6,992
Otros ingresos y beneficios varios	12,073	12,073
Total de ingresos	216,247	216,247
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de Personal ^{1/}	127,329	122,918
Materiales y suministros	43,037	43,037
Servicios generales y subrogación de servicios	16,597	16,597
Subsidios	9,551	9,551
Otros gastos y pérdidas		
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	8,347	8,347
Otros gastos	5,430	5,430
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	45,372	49,783
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{2/}	8,630	589,013
Total de gastos	264,293	844,676
Resultado del ejercicio	-48,046	-628,429

^{1/} En el rubro de servicios de Personal con registro total no se consideran 4,411 millones de pesos correspondientes a los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidos en el rubro de pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{2/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., por 638,796 millones de pesos en 2013, se integra por los rubros de pagos a pensionados y jubilados IMSS y el costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2013 y 2012, 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 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2013 y Proyecciones para 2014.

Los ingresos que se proyectan son:

- i) Cuotas obrero-patronales.
- ii) Aportaciones a cargo del Gobierno Federal.
- iii) Otros ingresos.

Los gastos 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 incorporan los gastos del Régimen de Jubilaciones y Pensiones asignables al Seguro de Enfermedades y Maternidad, en sus dos coberturas (Asegurados y Gastos Médicos Pensionados), así como los subsidios por enfermedad general y por maternidad que se contemplan en la cobertura de Asegurados.
- iii) Inversión física.
- iv) Otros gastos.

Las variables básicas que determinan la capacidad de financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad para hacer frente a los gastos de ese seguro son el número de trabajadores y el crecimiento del salario base de cotización (SBC). Por tal razón, en este apartado se realiza un análisis orientado a determinar el nivel que deberían tener las primas y contribuciones tripartitas que establece la Ley del Seguro Social para poder cubrir los gastos proyectados.

En las secciones V.2.1, V.2.2 y V.2.3 se presentan los resultados de las proyecciones de ingresos y gastos del Seguro de Enfermedades y Maternidad, de los asegurados activos y de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, así como las primas de equilibrio⁹⁵ correspondientes.

V.2.1. Seguro de Enfermedades y Maternidad

De acuerdo con las cifras del cierre estimado para 2014, se espera que para este seguro, en el presente ejercicio, los ingresos por cuotas obrero-patronales, aportaciones del Gobierno Federal y otros ingresos asciendan a 211.7 miles de millones de pesos y representen 80 por ciento de los gastos previstos⁹⁶ (cuadro V.3). El déficit del Seguro de Enfermedades y Maternidad se proyecta en 52,507 millones de pesos, cantidad superior en 437 millones de pesos al estimado en el Informe anterior de 52,071 millones de pesos⁹⁷ para el mismo año.

En el cuadro V.3 se muestra que el nivel de ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal del Seguro de Enfermedades y Maternidad con respecto a los gastos va disminuyendo en el transcurso del periodo proyectado, de manera que de representar 77 por ciento en 2014, en el año 2050 se estima que constituirán sólo 61 por ciento de los gastos.

⁹⁵ Las primas de equilibrio se refieren a las aportaciones tripartitas expresadas en porcentaje del salario base de cotización que permitirían equilibrar los ingresos y los gastos del seguro en el periodo de proyección analizado.

⁹⁶ Las cifras estimadas para el cierre del ejercicio constituyen el punto de partida de las proyecciones de corto y largo plazos.

⁹⁷ Esta cifra corresponde a 50,132 millones de pesos "reexpresados" en pesos de 2014 con una inflación estimada de 3.81 por ciento.

Cuadro V.3.
Presupuesto 2014, cierre estimado 2014 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado
del Seguro de Enfermedades y Maternidad
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2014		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	138,660	138,433	142,862	165,885	183,337	195,817	209,290	221,554	233,071	245,187
Aportación del Gobierno Federal	65,337	65,845	68,008	78,833	84,741	87,406	89,013	89,656	89,739	89,822
Otros ^{1/}	7,625	7,384	6,997	4,762	4,983	5,124	5,519	6,188	7,001	8,008
Ingresos totales	211,621	211,662	217,867	249,480	273,061	288,347	303,823	317,398	329,810	343,017
Gastos										
Corriente ^{2/}	198,263	198,692	204,149	239,824	268,476	299,330	333,693	372,719	417,536	469,533
Prestaciones económicas ^{3/}	60,524	60,919	65,888	83,923	91,003	97,657	99,411	93,033	84,595	73,363
Inversión física	4,705	4,559	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705
Gastos totales	263,491	264,170	274,742	328,452	364,184	401,692	437,809	470,458	506,836	547,601
Resultado financiero	-51,870	-52,507	-56,875	-78,972	-91,124	-113,345	-133,987	-153,060	-177,026	-204,584
Primas (% del salario base de cotización)										
De contribución (PC)	12.3	12.3	12.3	12.3	12.2	12.1	11.9	11.7	11.6	11.4
De reparto (PR)	15.9	15.9	16.1	16.5	16.6	17.1	17.5	17.7	18.2	18.6
Media nivelada (PMN)	17.0	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1
Diferencia (PMN-PC)	4.7	4.7	4.7	4.7	4.9	5.0	5.2	5.3	5.5	5.7

^{1/} Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

^{2/} Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye el gasto en subsidios y ayudas y el gasto de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Nota: PC = Prima de contribución, es la aportación que hacen para el financiamiento del Seguro de Enfermedades y Maternidad en cada una de sus dos coberturas los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal, expresada como porcentaje del salario base de cotización; PR = Prima de reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos del seguro en cada año del periodo de proyección considerado; PMN = Prima media nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero del seguro durante todo el periodo de proyección evaluado. El equilibrio financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad, como el de los otros seguros que administra el IMSS, se define como la igualdad entre el valor presente de los ingresos futuros totales más las reservas constituidas, y el valor presente de los gastos futuros totales.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

El cuadro V.3 denota que la prima de contribución actual del Seguro de Enfermedades y Maternidad equivale a 12.3 por ciento del salario base de cotización⁹⁸; sin embargo, esta prima disminuirá en el periodo proyectado, de manera que en el año 2030 se ubicará en 12.1 por ciento y en el 2050 descenderá a 11.4 por ciento (gráfica V.1). Este efecto decreciente se debe a la composición de los ingresos por cuotas correspondientes a las prestaciones en especie de los asegurados activos, situación que se explicará con mayor detalle en la sección referente a esa cobertura.

Con base en el comportamiento esperado de la prima del Seguro de Enfermedades y Maternidad, se estima que para que este seguro registre equilibrio financiero durante el periodo de proyección, se requeriría que la Prima de Reparto estuviera en un rango de entre

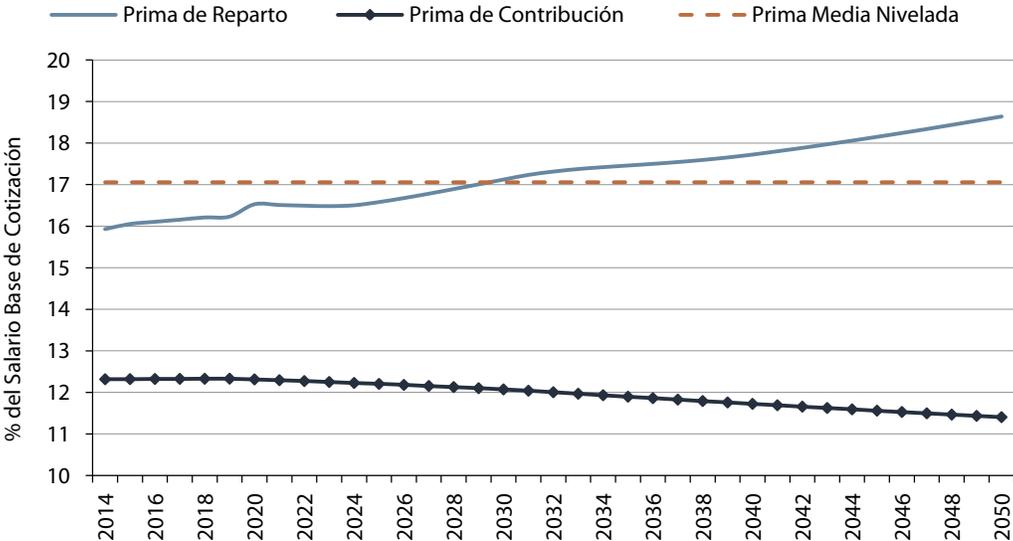
15.9 y 18.6 por ciento del salario base de cotización o bien, que se mantuviera en un promedio de 17.1 por ciento durante dicho periodo.

V.2.2. Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados

Este apartado analiza la parte del Seguro de Enfermedades y Maternidad que cubre a los asegurados activos sin incluir a los pensionados. El cuadro V.4 muestra que para el cierre de 2014 se espera un déficit financiero en esta cobertura de poco más de 16 mil millones de pesos.

Los ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal estimados para el cierre del año para cubrir a los trabajadores activos

Gráfica V.1.
Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2014-2050



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

⁹⁸ La prima de 12.3 por ciento del salario base de cotización es una prima inferida, ya que si bien en la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados las cuotas que pagan los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal dependen de una prima indexada al salario base de cotización, no sucede así con la cobertura de Asegurados, cuyo esquema de aportaciones está integrado con varios componentes, de acuerdo con los Artículos 105 al 108 de la Ley del Seguro Social.

Cuadro V.4.
Presupuesto 2014, cierre estimado 2014 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de
Enfermedades y Maternidad, Trabajadores Activos
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2014		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	114,558	114,371	118,030	137,051	151,470	161,781	172,912	183,044	192,559	202,569
Aportación del Gobierno Federal	64,008	64,506	66,625	77,230	83,017	85,628	87,203	87,832	87,913	87,995
Otros ^{1/}	6,569	6,359	5,934	3,733	3,917	4,037	4,356	4,887	5,531	6,330
Ingresos totales	185,135	185,236	190,589	218,014	238,403	251,447	264,471	275,763	286,004	296,894
Gastos										
Corriente ^{2/}	150,703	148,637	151,819	176,457	194,534	212,281	230,480	252,679	277,543	308,618
Prestaciones económicas ^{3/}	48,768	48,201	52,592	67,822	72,215	75,539	73,186	62,533	49,025	32,477
Inversión física	4,705	4,559	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705	4,705
Gastos totales	204,177	201,396	209,116	248,984	271,455	292,525	308,372	319,918	331,273	345,800
Resultado financiero	-19,041	-16,160	-18,527	-30,970	-33,051	-41,079	-43,901	-44,155	-45,270	-48,906
Primas (% del salario base de cotización)										
De contribución (PC)	10.7	10.8	10.8	10.8	10.7	10.5	10.4	10.2	10.0	9.9
De reparto (PR)	12.3	12.1	12.2	12.5	12.4	12.5	12.3	12.1	11.9	11.8
Media nivelada (PMN)	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	12.2
Diferencia (PMN-PC)	1.5	1.5	1.4	1.5	1.6	1.7	1.9	2.0	2.2	2.3

^{1/} Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

^{2/} Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye el gasto en subsidios y ayudas y el gasto de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Nota: PC = Prima de contribución, es la aportación que hacen para el financiamiento de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal, expresada como porcentaje del salario base de cotización; PR = Prima de reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos de esta cobertura en cada año del periodo de proyección considerado; PMN = Prima media nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero de la cobertura durante todo el periodo de proyección evaluado.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

equivalen a una prima de contribución de 10.8 por ciento con respecto al salario base de cotización⁹⁹, la cual se espera que vaya disminuyendo paulatinamente durante el periodo de proyección, hasta alcanzar un nivel de 9.9 por ciento en 2050. Esta disminución obedece a la forma como está estructurado el esquema de financiamiento de este ramo de aseguramiento, 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 salario mínimo general vigente en el Distrito Federal de 0.4 por ciento en promedio, y ii) crecimiento real del salario base de cotización de 0.7 por ciento.

Para todo el periodo de proyección, la prima media nivelada requerida es de 12.2 por ciento con respecto al salario base de cotización, mientras que la prima de reparto se estima en 12.1 por ciento (2014) respecto al salario base de cotización, mismas que comparadas con la prima de contribución actual de 10.8 por ciento distan en 1.5 y 1.4 puntos porcentuales, respectivamente (gráfica V.2).

⁹⁹ El Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados tiene establecido en la Ley del Seguro Social un esquema de financiamiento para las prestaciones en especie y en dinero integrado por varios componentes, que son los siguientes: i) una cuota fija patronal de 20.4 por ciento de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal; ii) una cuota obrero-patronal de 1.5 por ciento aplicable a la diferencia del salario base de cotización menos tres salarios mínimos generales vigentes en el Distrito Federal, y iii) una cuota fija a cargo del Gobierno Federal de 13.9 por ciento de un salario mínimo general vigente en el Distrito Federal en julio de 1997, la cual, desde esa fecha, se ha ido indexando trimestralmente con la inflación.

Por su parte, los componentes del esquema de financiamiento de las prestaciones en dinero son: una prima de 1 por ciento del salario base de cotización, 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 Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, en la parte de prestaciones en especie, que es la de mayor peso en esta cobertura, no está basado en una prima de contribución en porcentaje del salario base de cotización como sucede con el Seguro de Invalidez y Vida, el Seguro de Riesgos de Trabajo, el Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales y la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados. Por ello, para poder determinar la prima de contribución del Seguro de Enfermedades y Maternidad-Asegurados, sus cuotas obrero-patronales se expresan en porcentaje del salario base de cotización, dividiéndolas entre las cuotas obrero-patronales del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, que representan 1 por ciento de la masa salarial.

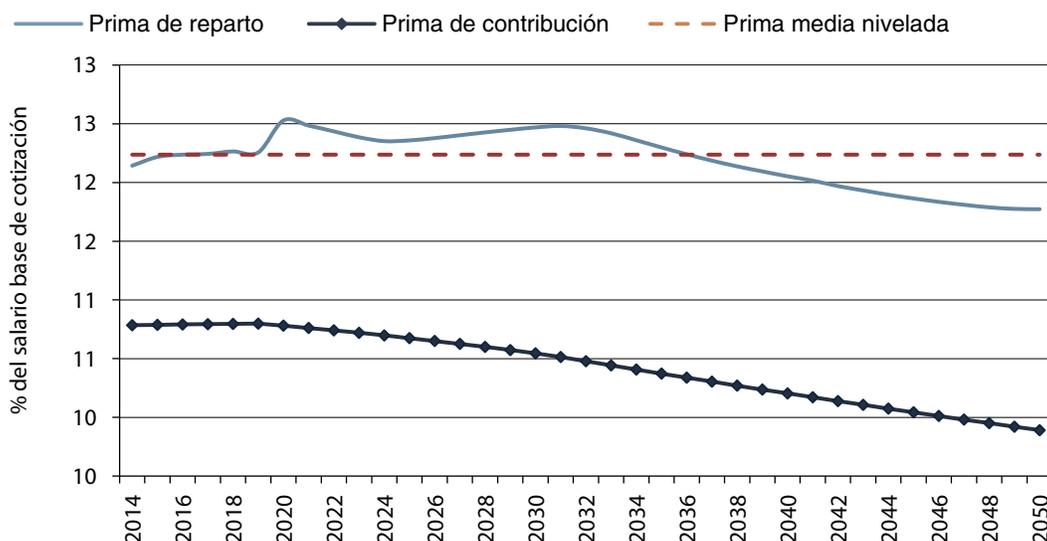
V.2.3. Gastos Médicos de Pensionados

Esta sección analiza la trayectoria financiera del ramo de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, que se encuentra estrechamente ligada a la transición demográfica y epidemiológica expuesta en el Capítulo I: i) una población derechohabiente más envejecida demanda servicios de salud en mayor cantidad y de mayor complejidad y costo, y ii) la población en edad de cotizar disminuye con relación a los pensionados¹⁰⁰.

De acuerdo con cifras del cierre estimado, y considerando el registro parcial del pasivo derivado del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, en 2014 la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados registrará un déficit de 36,349 millones de pesos, el cual representará 143 por ciento de sus ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal. Las proyecciones realizadas en el cuadro V.5 indican que en el año 2050 el déficit de Gastos Médicos de Pensionados podría llegar a representar 350 por ciento de los ingresos por cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno Federal.

¹⁰⁰ Este ramo toma los ingresos de los trabajadores actuales para financiar los Gastos Médicos de Pensionados actuales.

Gráfica V.2.
Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2014-2050



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro V.5.
Presupuesto 2014, cierre estimado 2014 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2014		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	24,101	24,062	24,832	28,834	31,867	34,036	36,378	38,510	40,512	42,618
Aportación del Gobierno Federal	1,329	1,339	1,383	1,603	1,724	1,778	1,810	1,824	1,825	1,827
Otros ^{1/}	1,055	1,025	1,063	1,028	1,066	1,087	1,163	1,302	1,470	1,678
Ingresos totales	26,486	26,426	27,278	31,466	34,657	36,901	39,352	41,635	43,807	46,123
Gastos										
Corriente ^{2/}	47,559	50,055	52,330	63,367	73,942	87,049	103,213	120,040	139,993	160,915
Prestaciones económicas ^{3/}	11,755	12,718	13,296	16,101	18,787	22,118	26,225	30,500	35,570	40,886
Inversión física	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastos totales	59,314	62,773	65,626	79,468	92,729	109,167	129,438	150,540	175,563	201,801
Resultado financiero	-32,829	-36,347	-38,348	-48,002	-58,072	-72,266	-90,086	-108,905	-131,756	-155,678
Primas (% del salario base de cotización)										
De contribución (PC)	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
De reparto (PR)	3.6	3.8	3.8	4.0	4.2	4.7	5.2	5.7	6.3	6.9
Media nivelada (PMN)	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8
Diferencia (PMN-PC)	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3

^{1/} Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

^{2/} Incluye el gasto en: servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye el gasto de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Notas: PC = Prima de contribución, es la aportación que hacen para el financiamiento de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad los patrones, los trabajadores y el Gobierno Federal, expresada como porcentaje del salario base de cotización; PR = Prima de reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos de esta cobertura en cada año del periodo de proyección considerado; PMN = Prima media nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero de la cobertura durante todo el periodo de proyección evaluado.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Estos porcentajes son mayores a los que se estimaron en el Informe anterior debido a que se prevé que los egresos de esta cobertura crecerán más del doble que los ingresos por concepto de cuotas obrero-patronales y aportaciones del Gobierno.

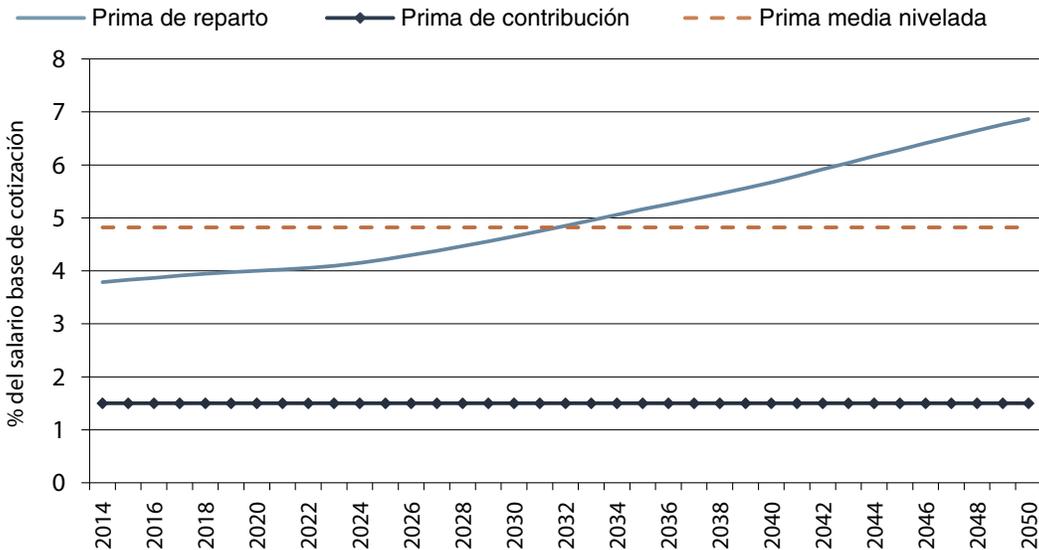
Las proyecciones ponen de manifiesto que la prima de contribución de 1.5 por ciento del salario base de cotización que establece la Ley del Seguro Social para el financiamiento de Gastos Médicos de Pensionados es insuficiente para respaldar los gastos de esta cobertura. En este sentido, se calcula que su equilibrio financiero podría lograrse en el periodo 2014-2050 con una prima media nivelada de 4.8 por ciento del salario base de cotización, o con una prima de reparto que tendría que ir aumentando año con año hasta llegar a 6.9 por ciento del salario base de cotización en el 2050 (gráfica V.3).

V.2.4. Resumen

El cuadro V.6 muestra el déficit financiero que se podría registrar al 2050 en el Seguro de Enfermedades y Maternidad en cada una de sus dos coberturas (Asegurados Activos y Gastos Médicos de Pensionados). Se calcula que el déficit medido en flujo anual crecería en términos reales a un ritmo promedio de 4 por ciento por año, hasta llegar en 2050 a 204,584 millones de pesos. En valor presente de dicho déficit ascendería a 2.2 billones de pesos en el periodo de proyección 2014-2050.

Para que el Seguro de Enfermedades y Maternidad en sus dos coberturas pudiera registrar equilibrio financiero durante el lapso analizado, se requeriría que la prima de contribución se incrementara para alcanzar los niveles que se indican en el cuadro V.7.

Gráfica V.3.
Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2014-2050



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro V.6.
Cierre 2014 y proyección 2015-2050 del déficit
financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad y
de sus coberturas
(millones de pesos de 2014)

Año	Asegurados	Gastos	
		Médicos de Pensionados	Total
2014	12,876	35,112	47,988
2015	16,026	37,057	53,083
2017	20,337	40,859	61,197
2018	21,920	42,745	64,665
2020	29,693	46,438	76,132
2025	32,586	56,247	88,833
2030	41,746	70,118	111,864
2035	45,476	87,539	133,014
2040	46,563	105,943	152,506
2045	48,612	128,301	176,913
2050	52,877	151,707	204,584
Valor presente^{1/}			
10 años	188,728	357,816	546,544
20 años	414,385	743,249	1,157,635
30 años	607,442	1,159,629	1,767,071
37 años	716,402	1,458,266	2,174,668

^{1/} Calculado con una tasa de descuento de 3.5 por ciento real.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro V.7.
Incremento necesario en la prima de contribución para
obtener equilibrio financiero en el Seguro de
Enfermedades y Maternidad y en sus coberturas

Seguro-Cobertura	Prima de contribución	
	Actual (2014)	Media nivelada
Asegurados activos	10.8	12.2
Gastos Médicos de Pensionados	1.5	4.8
Total	12.3	17.1

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

V.3. Necesidades de salud de la población derechohabiente

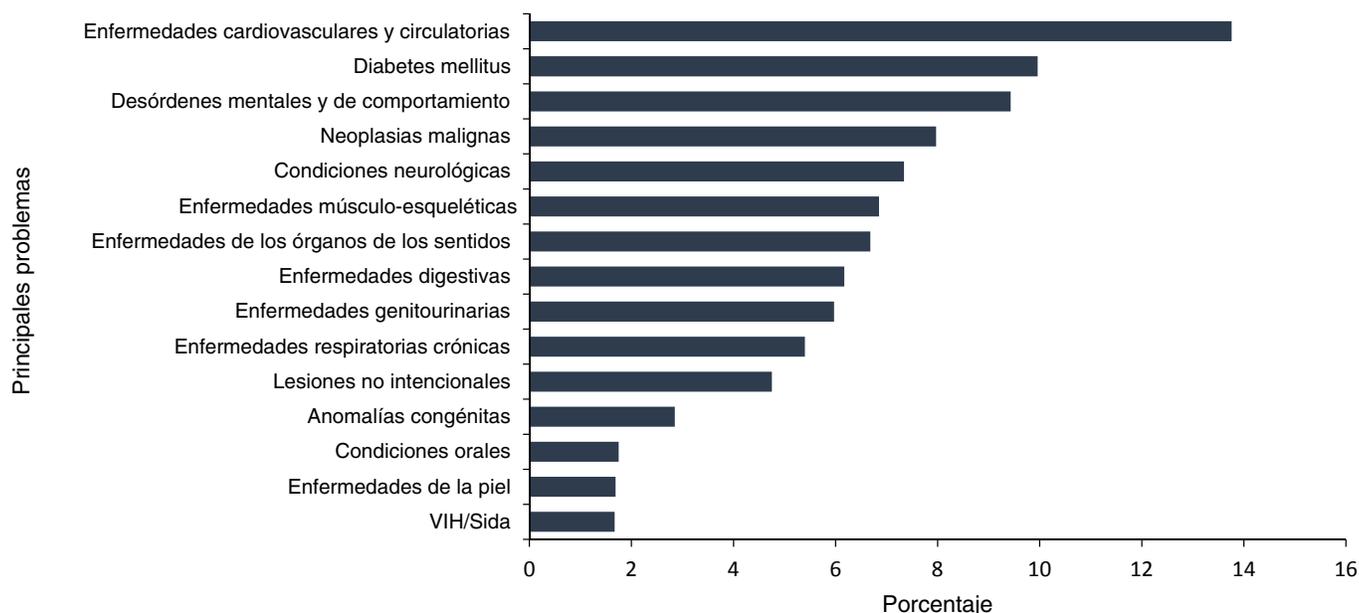
Para medir las necesidades de salud de la población, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la utilización del indicador de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVISA)¹⁰¹. Este indicador compuesto es una medida que sintetiza tres dimensiones de salud que afectan la vida de la población: la frecuencia con la que ésta se enferma, la gravedad de la enfermedad (medida como discapacidad) y la edad de la muerte, es decir, integra los años vividos con discapacidad y los años perdidos debido a la muerte prematura. De esta manera, permite reorganizar las prioridades de salud.

La gráfica V.4 muestra la carga de la enfermedad medida por este indicador en el IMSS en el año 2010 (último año disponible en el acervo de información hasta el momento). Las enfermedades cardiovasculares y circulatorias, diabetes mellitus, desórdenes mentales y del comportamiento, cáncer, problemas neurológicos y enfermedades músculo-esqueléticas contribuyeron con cerca de la mitad de los 13 millones de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad. Llama la atención la emergencia de los desórdenes mentales y del comportamiento, los problemas neurológicos y las enfermedades músculo-esqueléticas que, a pesar de no representar las principales causas de mortalidad, sí son causa de discapacidad por periodos prolongados. La infección por VIH es la única enfermedad infecciosa que aparece dentro de estas 15 principales enfermedades para el IMSS, bajo esta metodología.

¹⁰¹ Los Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad son la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura más los años vividos con la discapacidad ocasionada por la enfermedad en el periodo que ésta dure. Por ejemplo, si un individuo, cuya esperanza de vida al nacer era de 80 años, falleciera por diabetes a los 60 años, perdería 20 años por su muerte prematura. Si el mismo individuo adquirió la enfermedad a los 45 años y desarrolló insuficiencia renal a los 50, lo que le produjo una discapacidad de 33 por ciento, entre los 50 y 60 años, entonces vivió 10 años con reducción de 0.33 por ciento de su capacidad funcional, lo que equivaldría a 3.3 años perdidos adicionales a los 20 ocasionados por la muerte, es decir, en total se perdieron 23.3 Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad.

Gráfica V.4.
Principales problemas de salud, según Años de Vida Saludable Perdidos Ajustados por Discapacidad en derechohabientes del IMSS, 2010

(porcentaje de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad. Total: 12'728,130 años)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

La otra manera de evaluar las necesidades de salud de la población derechohabiente, y de gran relevancia para la gestión de los servicios, es por la demanda de atención médica, expresada como consulta externa, uso de servicios de Urgencias y Hospitalización, como lo muestran los cuadros V.8 al V.11. En el 2013, el IMSS otorgó 129.5 millones de consultas. De éstas, 77 por ciento se otorgaron en el primer nivel; 20 por ciento en el segundo nivel, y 3 por ciento en el tercer nivel de atención. Las infecciones respiratorias, los traumatismos y envenenamientos, así como las infecciones intestinales son los principales motivos de consulta de primera vez en las Unidades de Medicina Familiar y Urgencias. Adicionalmente, las enfermedades crónicas no transmisibles son los primeros motivos de consulta de especialidad y de hospitalización en segundo y tercer niveles.

Esta mezcla de padecimientos tiene implicaciones importantes en la atención médica. Las enfermedades infecciosas y accidentes son eventos agudos que requieren de consulta de manera inmediata, buscan la atención sin cita previa y compiten en la consulta de Medicina Familiar con la atención de enfermos crónicos que ocupan la mayor parte de la agenda con cita previa.

En conclusión, al ser México un país emergente, enfrenta un doble reto: el primero, las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, de cada vez mayor complejidad, que representan la mayor carga de enfermedad medida por Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad; el segundo, las infecciones respiratorias, las diarreas y los accidentes, que son el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de

Cuadro V.8.
10 Principales motivos de consultas de Medicina Familiar en el IMSS, 2013

Primera vez		Subsecuente			
1	Infecciones respiratorias agudas	5,255,480	1	Enfermedades del corazón (incluye hipertensión)	16,455,116
2	Control de embarazo y niño sano	2,315,152	2	Diabetes mellitus	13,058,205
3	Traumatismos y envenenamientos	1,102,466	3	Control de embarazo y niño sano	5,302,490
4	Enfermedades Infecciosas Intestinales	919,511	4	Traumatismos y envenenamientos	2,445,032
5	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	702,714	5	Artropatías	1,953,009
6	Infección de las vías urinarias	596,714	6	Trastornos mentales y del comportamiento	1,802,979
7	Dorsopatías	588,450	7	Infecciones respiratorias agudas	1,728,639
8	Embarazo, parto y postparto	532,099	8	Trastornos de los lípidos	1,189,397
9	Trastornos de la piel y músculo	432,987	9	Dorsopatías	1,084,536
10	Artropatías	408,936	10	Embarazo, parto y postparto	986,194
Suma de las 10 principales causas		12,854,509	Suma de las 10 principales causas		46,005,597
Total		20,457,420	Total		62,831,446

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro V.9.
10 Principales motivos de consultas de Urgencias en el IMSS, 2013

	TOTAL	
1	Infecciones respiratorias agudas	4,044,791
2	Traumatismos y envenenamientos	3,186,442
3	Enfermedades infecciosas intestinales	1,862,087
4	Enfermedades del corazón (incluye hipertensión arterial)	765,409
5	Infección de las vías urinarias	613,791
6	Dorsopatías	603,100
7	Embarazo, parto y postparto	529,128
8	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	517,843
9	Personas sanas que acuden a los servicios por otros motivos	487,578
10	Diabetes mellitus	396,678
Suma de las 10 principales causas		13,006,847
Total general		21,251,490

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro V.10.
10 Principales motivos de consultas de Especialidades en el IMSS, 2013

	TOTAL	
1	Traumatismos y envenenamientos	1,636,477
2	Tumores malignos	1,077,879
3	Control de embarazo y niño sano	930,960
4	Artropatías	911,461
5	Enfermedades del corazón (incluye hipertensión arterial)	850,155
6	Dorsopatías	677,610
7	Diabetes mellitus	677,084
8	Trastornos mentales y del comportamiento	657,727
9	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	521,222
10	Insuficiencia renal	509,113
Suma de las 10 principales causas		8,449,688
Total general		20,039,950

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro V.11.
10 Principales motivos de egresos hospitalarios en camas censables en el IMSS, 2013

	TOTAL
1 Embarazo, parto y postparto	448,708
2 Traumatismos y envenenamientos.	143,192
3 Enfermedades del corazón (incluye hipertensión arterial)	105,165
4 Colelitiasis y colecistitis	85,051
5 Tumores malignos	83,514
6 Insuficiencia renal	77,134
7 Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	75,624
8 Diabetes mellitus	68,366
9 Enfermedades del apéndice	52,123
10 Neumonía e influenza	38,111
Suma de las 10 principales causas	1,176,988
Total general	2,049,351

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

primera vez en Medicina Familiar. Esta situación es el resultado de una transición epidemiológica retardada donde persisten las enfermedades del rezago, a la vez que se presentan los problemas de una población envejecida. Por lo anterior, el Instituto enfrenta el doble reto de mejorar la atención en el primer nivel para poder atender a los enfermos agudos y tener una estrategia frontal contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

V.4. Gestión médica

Para atender estas necesidades de salud, el IMSS cuenta con 1,502 Unidades de Medicina Familiar, 246 Hospitales de segundo nivel y 36 Unidades Médicas de tercer nivel (25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y 11 Unidades complementarias como son Bancos de Sangre, Unidades de Rehabilitación y Hospital de Infectología). Asimismo, cuenta con una amplia oferta de servicios que van desde la prevención y la atención médico-quirúrgica, hasta la rehabilitación. A continuación se presentan los retos que representan el envejecimiento de la población y la transición epidemiológica retardada.

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al sistema de salud y es, al mismo tiempo, el punto de inicio de la atención y filtro para acceder a los servicios especializados; de su desempeño eficiente dependen el segundo y tercer niveles de atención. Tradicionalmente, el primer nivel debe resolver 85 por ciento de los problemas de salud. Sin embargo, en el IMSS, por diversos problemas que disminuyen la capacidad resolutoria, este nivel atiende 77 por ciento del total de consultas otorgadas en los tres niveles de atención.

En el primer nivel son tres las estrategias de mejora: fortalecer la prevención, incrementar el acceso a la consulta médica y mejorar la capacidad resolutoria. Con estas estrategias se busca mejorar los tiempos de espera y la calidad de la atención, principales motivos de insatisfacción de los derechohabientes. Al incrementar la capacidad resolutoria de este nivel, se espera también disminuir la afluencia de pacientes a los servicios de Urgencias del segundo nivel, así como la hospitalización de pacientes crónicos, al evitar complicaciones que requieran internamiento.

V.4.1. Prevención

Las intervenciones en salud pública, incluidas en PREVENIMSS, contemplan acciones para esta gama de enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles. Por un lado, el programa de vacunación permanente mantiene bajo control las enfermedades del rezago para evitar su reemergencia y, por el otro, se promueven cambios de estilos de vida saludables, con el objeto de disminuir los factores de riesgo relacionados con desarrollo de enfermedades crónicas. Un estudio reciente reveló que el control del sobrepeso y la obesidad, de la inactividad física, del consumo de alcohol y tabaco, riesgos laborales, así como de factores fisiológicos elevados como la glucosa, la tensión arterial y el colesterol, podría evitar la pérdida de 5.2 millones de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad, es decir,

41 por ciento de los Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad perdidos en el IMSS¹⁰². Adicionalmente, la detección y tratamiento oportunos de la tuberculosis, la infección por VIH, diabetes, hipertensión y algunos cánceres permiten modificar favorablemente la historia natural de la enfermedad, iniciar tratamiento oportuno y adecuado, y evitar muerte prematura, así como complicaciones que afectan la calidad de vida de los derechohabientes e incrementan los costos de la atención médica. Este último tema de enfermedades crónicas será cubierto con mayor amplitud en la sección V.5.

Vacunación

El país cuenta con un exitoso programa de vacunación, moderno y de amplia cobertura. Para contribuir a la vacunación universal, el IMSS vacunó en 2013 a 7.1 millones de niños, un millón más de niños vacunados que el año anterior (6.1 millones), que representan 43 por ciento de la población menor de ocho años del país. De esta manera, la acción conjunta del Sector Salud ha sido primordial en la erradicación de la poliomielitis, la eliminación

del sarampión y la difteria, así como en el control de tétanos, rubéola congénita y enfermedades invasivas por *Haemophilus Influenzae b*. Las importantes coberturas de vacunación han evitado la reintroducción de sarampión o poliomielitis, a pesar de que personas enfermas provenientes de otros países han visitado México en años recientes.

El IMSS fue la primera institución en introducir la vacuna pentavalente acelular (difteria, pertusis, tétanos acelular, antipoliomielitis inactivada y *Haemophilus influenzae*) junto con la vacuna antineumocócica 13 valente y contra rotavirus en el esquema del niño menor de un año. También ofrece la vacuna contra hepatitis A en los niños del Sistema de Guarderías, manteniéndose a la vanguardia con las mejores prácticas internacionales.

El cuadro V.12 presenta los esquemas de vacunación para los diferentes grupos de edad. El menor de ocho años recibe 10 vacunas y se protege contra 15 enfermedades. Este esquema está integrado por vacunas que tienen un gran historial, como la BCG (tuberculosis), difteria, pertusis, tétanos,

Cuadro V.12.
Esquema de vacunación por grupo de edad (año de introducción^{1/})

Esquema de vacunación en el niño	Esquema de vacunación en el adolescente	Esquema de vacunación en la mujer y en el hombre	Esquema de vacunación en el adulto mayor
Tuberculosis (1970)			
Difteria, Pertusis y Tétanos (1970)	Tétanos y Difteria (1997)	Tétanos y Difteria (1997)	Neumocócica 23 valente (1993)
Antipoliomielítica* (1970)	Hepatitis B (1997)	Influenza (2010)	Influenza (1993)
Influenza (1993)	Sarampión y Rubéola (2000)	Tétanos, Difteria y Pertusis Acelular **** (2013)	Tétanos y Difteria (1997)
Hepatitis B (1997)	Virus del Papiloma Humano*** (2009)		
Sarampión, Rubéola y Parotiditis (1998)			
Pentavalente Acelular (2007)			
Rotavirus (2007)			
Neumocócica conjugada (2007)			
Hepatitis A** (2011)			

^{1/} Año de incorporación al esquema de vacunación del IMSS.

* En Semanas Nacionales. ** En guarderías IMSS. *** Sólo en niñas de quinto año de primaria. **** Sólo en embarazadas.

Nota: La vacuna pentavalente acelular contiene los siguientes antígenos: difteria, tétanos, pertusis acelular, antipoliomielítica inactivada y *Haemophilus influenzae* de tipo b.

Fuente: Consejo Nacional de Vacunación.

¹⁰² Quezada C. Riesgo atribuible a los principales factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad en el IMSS. Tesis de especialidad de Epidemiología. México, D. F., 2014.

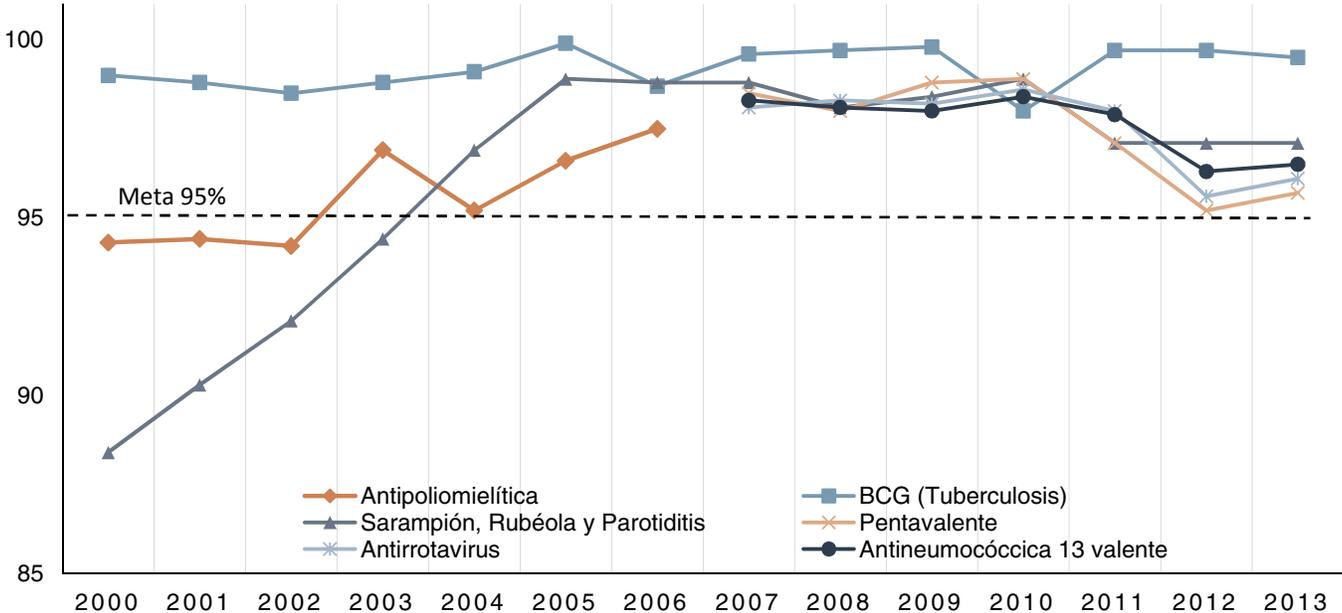
antipoliomielítica y antisarampión, así como por vacunas recientes como la pentavalente acelular, antineumocócica conjugada y antirrotavirus. A partir de 2013, se adicionó al esquema la vacuna antihepatitis A para niños de guarderías, que constituyen un universo de riesgo al convivir en espacios cerrados; de esta manera, se garantiza una vez más la seguridad de los niños en estas instalaciones. Además, se agregó la vacuna contra el virus del papiloma humano a todas las niñas de quinto año de primaria. Otro aspecto relevante es el haber agregado la vacuna del tétanos, difteria, pertusis acelular al esquema de las mujeres embarazadas, para prevenir casos de tos ferina en los recién nacidos, patología que afecta en número importante a este grupo de edad y que, gracias a la vacunación, se espera que disminuya en los próximos años. La vacuna contra la influenza es otra de reciente incorporación y de cobertura creciente a los distintos grupos de edad.

Desde 2004, el IMSS ha mantenido coberturas del esquema básico de inmunizaciones por arriba del valor de referencia de 95 por ciento, que permite mantener protegida a la población (gráfica V.5).

Revisión anual PREVENIMSS

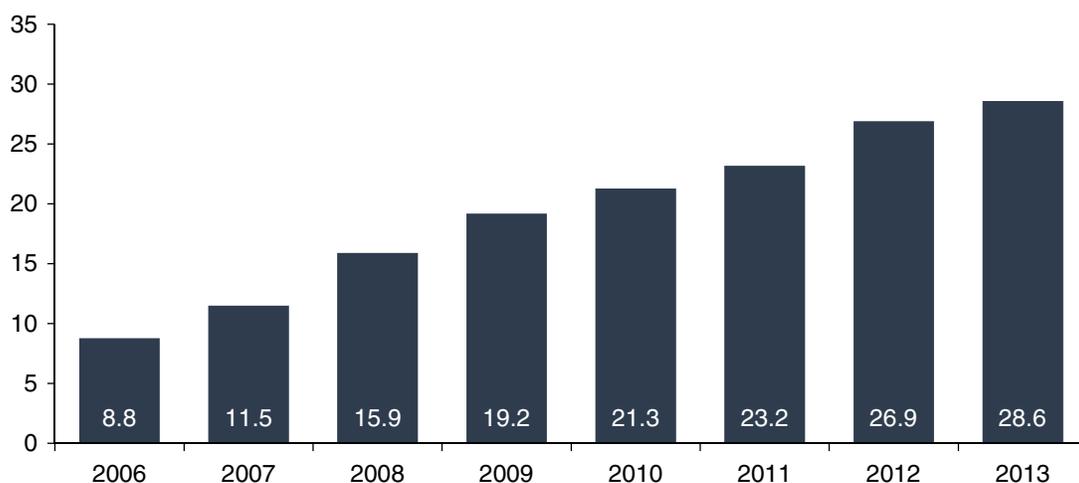
Las acciones de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades se integran en la revisión anual PREVENIMSS, en la que se otorga un conjunto de acciones que cubren cada una de las etapas de la vida. La gráfica V.6 muestra el incremento constante en la cobertura de la revisión preventiva anual. En 2013, 70 por ciento del total de la población adscrita a médico familiar se le realizó el examen referido, es decir, 28.6 millones de derechohabientes fueron atendidos en los 3,651 módulos de atención preventiva o bien, a través de las estrategias de extensión en las empresas y escuelas.

Gráfica V.5.
Coberturas de vacunación IMSS, 2000-2013



Nota: A partir de 2007, la vacuna Sabin (antipoliomielítica oral) se utiliza en forma exclusiva para las Semanas Nacionales de Salud.
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Gráfica V.6.
Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2013
 (millones)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Resalta que la mayor parte de los derechohabientes que recibieron revisión anual (70 por ciento) fue derivada de los otros servicios de la Unidad Médica y sólo 30 por ciento de estos derechohabientes atendidos acudió espontáneamente a su revisión anual. Aunque esto representa un avance, en 2014 se realizará una campaña para incorporar la atención preventiva en la cultura de salud de los derechohabientes, con la finalidad de que acudan espontáneamente a su revisión anual.

Debido a la elevada prevalencia de obesidad y sobrepeso, en 2013 el Presidente de la República lanzó la Estrategia Nacional contra el Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. El IMSS participa con acciones orientadas a favorecer la alimentación correcta en todas las edades, con especial énfasis en los niños y, entre ellos, los niños en guarderías, porque se ha demostrado que los niños obesos tienen una gran probabilidad de ser adultos obesos y las intervenciones son más efectivas a menor edad.

La campaña sectorial “Chécate, Mídete, Muévete”, iniciada en el IMSS, ha permeado positivamente en la sociedad mexicana; particularmente en el Instituto se ha incrementado la consulta de PREVENIMSS de

la población de mayor riesgo para revisar su peso, lo que posiblemente contribuyó al registro de más niños obesos en 2013. De acuerdo con la evaluación realizada a esta campaña, su nivel de recordación (85 por ciento) la posicionó como la más efectiva del Gobierno Federal, debido a que obtuvo niveles de aceptación y credibilidad favorables (9 puntos de 10, en promedio), y motivó en la audiencia cambios positivos de hábitos relacionados principalmente con la alimentación y el ejercicio (61 por ciento). Por tal motivo, es de interés del Instituto continuar con la campaña para el año 2014, pues es una excelente estrategia de difusión para que los derechohabientes y población en general acudan a las Unidades Médicas a medir su peso y de acuerdo con el resultado, se tomen medidas correctivas en aras de prevenir las principales causas de enfermedad y muerte.

CHIQUITIMSS es una estrategia educativa que promueve el cuidado de la salud en los niños de 4 a 6 años y sus familias, en Unidades de Medicina Familiar y guarderías. En este programa, a través de sesiones lúdicas y vivenciales, se propicia que niños, padres, tutores y familiares adopten estilos de vida saludables que favorezcan la prevención de enfermedades. Desde su inicio en 2010 y a diciembre

de 2013, se han realizado 11,797 cursos, beneficiando a 234,734 niños y 163,492 padres o tutores. De esta manera, del 2006 al 2013 ha disminuido en 8 por ciento la prevalencia de obesidad en los menores de 5 años, y en 18 por ciento en los niños de 5 a 9 años (gráfica V.7).

En adición a este programa, en 2013 se cambiaron los menús y se estableció un esquema alimentario con los aportes calóricos adecuados por rango de edad en todas las guarderías, con lo que se pretende impactar de forma positiva en la salud presente y futura de los más de 203 mil niños inscritos.

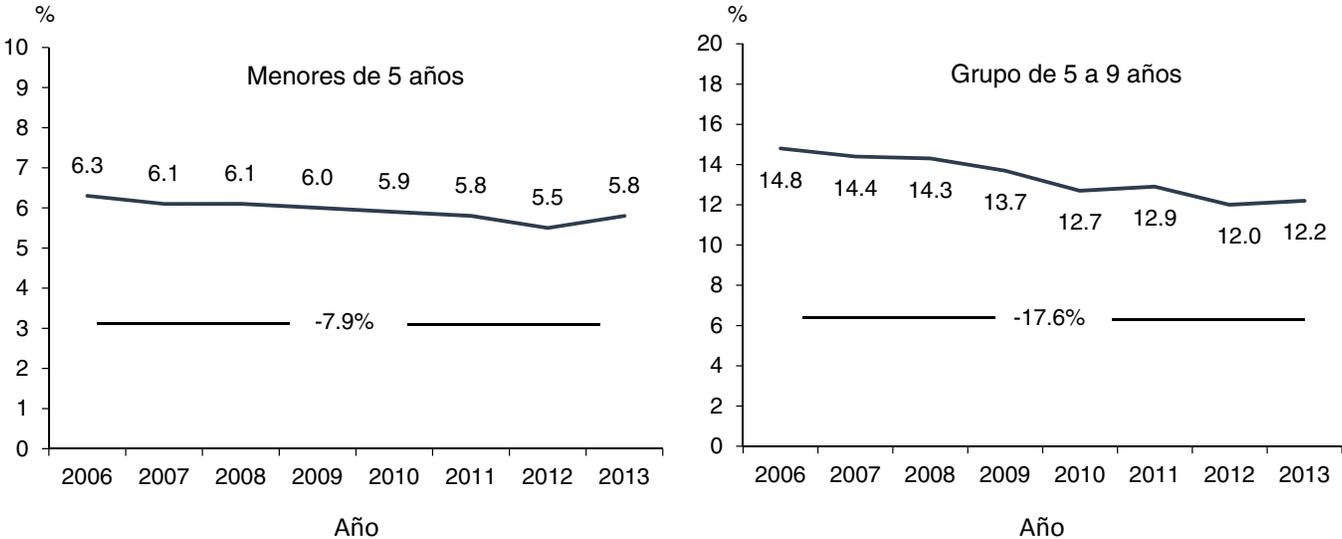
V.4.2. Atención médica en el primer nivel

Los principales problemas de desempeño en la atención médica en el primer nivel en el IMSS pueden resumirse en: i) problemas de acceso a la consulta médica, y ii) deficiente capacidad resolutive. El acceso se refiere a la oportunidad que los derechohabientes tienen de

hacer uso de los servicios de salud en el momento que lo requieran, sin barreras geográficas, socioculturales, económicas, administrativas o de organización que se lo impidan. La capacidad resolutive es un concepto que integra calidad e idoneidad, es decir, resolver debe ser el fin último, no sólo atender.

Si bien las dificultades económicas directas no son un problema de acceso a la atención médica en el IMSS, debido a que se ofrecen como parte de la seguridad social, existen otras como las administrativas y organizacionales que han generado problemas de acceso a los servicios médicos. Esto se refleja en los tiempos prolongados para la cita previa y en los tiempos de espera de los pacientes espontáneos que acuden sin cita a su Unidad Médica por problemas agudos de salud. Adicionalmente, cuando el paciente requiere de referencia a atención especializada en el segundo nivel, pueden presentarse tiempos de espera prolongados, dependiendo de la especialidad. Así como existen problemas de acceso a la atención

Gráfica V.7.
Tendencia de obesidad en niños, 2006-2013
(porcentaje)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

médica, las barreras administrativas y organizacionales también afectan a los diferentes servicios en la Unidad, por lo que es común ver grandes filas en las ventanillas para realizar trámites, debido en muchos de los casos a una inadecuada orientación e información.

No sólo las barreras administrativas y de organización son la causa del problema de acceso a los servicios médicos; también lo han sido el crecimiento de la población y los cambios epidemiológicos, que han generado un notable aumento en las cargas de trabajo en las consultas de Medicina Familiar, además de que éstas no han sido acompañadas del correspondiente crecimiento en infraestructura y de una adaptación organizativa adecuada a las necesidades asistenciales actuales.

Bajo estas circunstancias, el Instituto instrumentará las siguientes estrategias para mejorar el acceso a la consulta de Medicina Familiar:

- Reorganización de la agenda del médico a fin de evitar la aglomeración de pacientes. Se busca liberar espacios con el objetivo de recibir a pacientes espontáneos. Para ello, se realizará una prueba piloto dirigida a evaluar el funcionamiento de reservar las primeras dos horas de consulta a la atención de pacientes sin cita; al mismo tiempo, se organizará una “unifila” que permita ofertar consulta en otros consultorios, aprovechando los espacios de inasistencia de pacientes citados y así balancear las cargas de trabajo entre los médicos.
- Fortalecer la receta resurtible. Tal vez el más claro ejemplo de medidas que mejoran el servicio médico al derechohabiente y al mismo tiempo sanean financieramente al IMSS es la introducción de la receta resurtible. Se detectó que un porcentaje significativo de las casi 500 mil consultas diarias que otorga el IMSS, son con el único propósito

de renovar la receta y obtener el medicamento. Lo anterior implica que el paciente (en muchos casos adultos mayores) tiene que incurrir en el proceso de solicitar la cita, acudir al médico y, en ocasiones, incluso perder un día de trabajo para resurtir su receta. En las mejores prácticas médicas en México y en el mundo, los pacientes de determinadas enfermedades crónicas controladas acuden a consulta una vez cada tres meses. Es por esto que, a partir de agosto del año pasado, con el objetivo de mejorar el servicio y aprovechar los limitados espacios de consulta, se inició la implementación del Programa Receta Resurtible, con el cual ahora el médico tiene la facultad de expedir una receta resurtible que cubre los medicamentos por los siguientes tres meses. Esta medida que parece simple tiene un enorme impacto; se estima que este programa libere 7 millones de consultas este año. Para dimensionar esta cifra, atender 7 millones de consultas requiere de alrededor de 500 consultorios; este número de consultorios representa casi el total de los construidos por el IMSS en el último decenio.

- Optimizar el tiempo de los médicos priorizando criterios asistenciales sobre los administrativos. El tiempo de los médicos familiares es un recurso escaso, sin tiempo entre consultas, y con agenda llena por más de un mes. Algunos de los problemas identificados que disminuyen el tiempo asistencial del médico son los trámites administrativos, tal como renovación de recetas o incapacidades, mismos que de acuerdo con un estudio reciente, hasta 30 por ciento de ellas pueden hacerse sin la intervención del médico. Para disminuir las consultas consumidas por incapacidades se estandarizarán los días recomendados por diagnóstico médico, así como la prescripción de incapacidades por todo el periodo necesario o 28 días dentro de los parámetros institucionales, sin

que sea necesario reexpedir una cada semana. Otra estrategia contempla el apoyo de la asistente médica en transcribir, cuando sea necesario, recetas, órdenes de laboratorio, etcétera.

- Participación de la enfermera en el control de la mujer embarazada y del niño sano. La atención de embarazadas y control del niño sano son la tercera causa de consulta médica en el primer nivel, con 7.6 millones de consultas al año. La enfermera especialista en Medicina Familiar tiene licenciatura y se encuentra capacitada para la atención de embarazadas de bajo riesgo y el seguimiento del niño sano, por lo que se incrementará su participación. Con esta colaboración de las enfermeras especialistas existentes en algunas Unidades de Medicina Familiar se liberarán 320 mil espacios de consulta del médico familiar.

La capacidad resolutive en Medicina Familiar se ve afectada por el aumento de demanda asistencial, la insuficiente capacidad técnico-médica por falta de actualización profesional ante las nuevas necesidades de salud, falta de seguimiento a la normatividad y Guías de Práctica Clínica, limitado acceso a pruebas diagnósticas y medicamentos, la falta de coordinación entre los niveles asistenciales, así como insuficiente trabajo de supervisión y liderazgo que garantice la calidad de la atención.

La sección V.6 aborda las estrategias para incrementar la capacidad técnico-médica por medio de la actualización y formación profesional. La sección V.4.4 profundiza en las estrategias de estandarización y calidad por medio de las Guías de Práctica Clínica. En la sección V.5 se aborda específicamente la continuidad de la atención de los enfermos crónicos. A continuación se presenta la estrategia que se seguirá para mejorar la coordinación entre los niveles de atención.

La coordinación entre los tres niveles se refiere a la capacidad de continuidad de la atención, comunicación y cooperación entre ellos para el uso eficiente de sus capacidades en beneficio de los usuarios. Este es un problema añejo en el IMSS, que cada vez más se expresa como insatisfacción de los usuarios. Entre los principales problemas reportados en el Instituto para esta falta de coordinación se encuentran los siguientes: la inexistencia de criterios estandarizados de referencia y contrarreferencia actualizados; los pacientes fungen de mensajeros, deben recorrer las clínicas buscando sellos y firmas; inoportunidad en la programación de la consulta de especialidades en Unidades de segundo nivel, y notificación tardía a los derechohabientes en primer nivel, ocasionando insatisfacción, así como gastos adicionales al Instituto y sus pacientes.

Por lo anterior, se encuentra en desarrollo: evitar trámites administrativos a los pacientes al ser referidos al segundo nivel; establecer criterios de referencia y contrarreferencia para los padecimientos más frecuentes; fortalecer la supervisión por parte de los directivos para cumplir con la congruencia clínico diagnóstica terapéutica, además de desarrollar un sistema electrónico de gestión de citas a segundo nivel.

V.4.3. Atención médica hospitalaria

El segundo nivel comprende: atención hospitalaria, ambulatoria o en el domicilio del paciente mediante programas que incluyen actividades asistenciales de prevención secundaria, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación. Se atienden enfermos de mayor complejidad y se requiere contar con mayor infraestructura, equipamiento médico y especialistas de diferentes disciplinas, por lo que la atención es más costosa que en el primer nivel.

La referencia de pacientes del primer nivel de atención constituye el procedimiento médico-administrativo que integra la red de servicios del Instituto organizada en los tres niveles de atención mencionados, siendo el tercero el más complejo y costoso. El segundo nivel debería resolver 12 por ciento de los problemas de salud; sin embargo, por la falta de capacidad resolutoria del primer nivel referida, los pacientes con enfermedades de muy baja complejidad son enviados o acuden espontáneamente provocando saturación de servicios.

La atención en este nivel está organizada en: consulta externa, urgencias, hospitalización y cirugía, para corroborar un diagnóstico, cuenta con servicios de laboratorio y gabinete que realizan estudios más especializados.

Como se informó al inicio de este capítulo, en el segundo nivel se han identificado dos “cuellos de botella” interrelacionados: el primero, en los servicios de Urgencias y el segundo, en Hospitalización. Estos generan insatisfacción en derechohabientes y familiares, por lo que el Instituto ha establecido acciones para resolverlos y mejorar la calidad, mismas que se detallan a continuación.

Optimización de los servicios de Urgencias

Durante el año 2013, se atendieron 9.6 millones de pacientes; 2.3 millones (24 por ciento) ingresaron al área de Observación. Para resolver el “cuello de botella” descrito, se fortalecen las Redes Zonales, sistema que pretende optimizar el área de Observación al referir pacientes estables y sin riesgo del segundo nivel de atención a los servicios de Urgencias de las Unidades de Medicina Familiar de su área de responsabilidad, a fin de complementar sus tratamientos. Con esta estrategia se liberan camas de Observación del segundo nivel destinadas a pacientes

con enfermedades de mayor complejidad, lo que optimiza la infraestructura instalada en ambos niveles de atención. Se han organizado 93 Redes Zonales que incluyen 170 Unidades de Medicina Familiar; en 2013 se enviaron 18 mil pacientes y la meta es derivar a más de 90 por ciento de los pacientes que no requieran de atención en Observación en el segundo nivel.

Para propiciar la atención de la urgencia real que puede poner en riesgo la vida o requerir de atención quirúrgica inmediata, se ha consolidado, a nivel institucional, la estrategia “Triage”, que consiste en la identificación y atención de pacientes graves; para ello, se han realizado campañas de difusión mediante trípticos y carteles que informan a los usuarios sobre cuáles son los padecimientos que requieren de atención inmediata y los que pueden atenderse en forma ambulatoria en el primer nivel.

Optimización de servicios de Hospitalización y Atención Ambulatoria de segundo nivel

Aunque México está por debajo de la mayoría de los países en relación con el número de camas por mil habitantes, se han identificado áreas de oportunidad para la optimización del recurso existente. Particularmente, destacan: desequilibrio de camas según especialidad, estancia prolongada por causas administrativas y demora en la preparación de camas para su nueva ocupación.

A fin de solucionar estos problemas, se ha iniciado un plan para: i) la reasignación de camas, particularmente de los servicios de Pediatría y Obstetricia, cuya demanda en los últimos años viene descendiendo a los servicios de Medicina Interna y Cirugía que van en continuo ascenso; ii) la instrumentación de un Sistema de Gestión de Camas, que implica la organización del equipo de trabajo existente para agilizar las deficiencias en el proceso de desocupación y ocupación de las

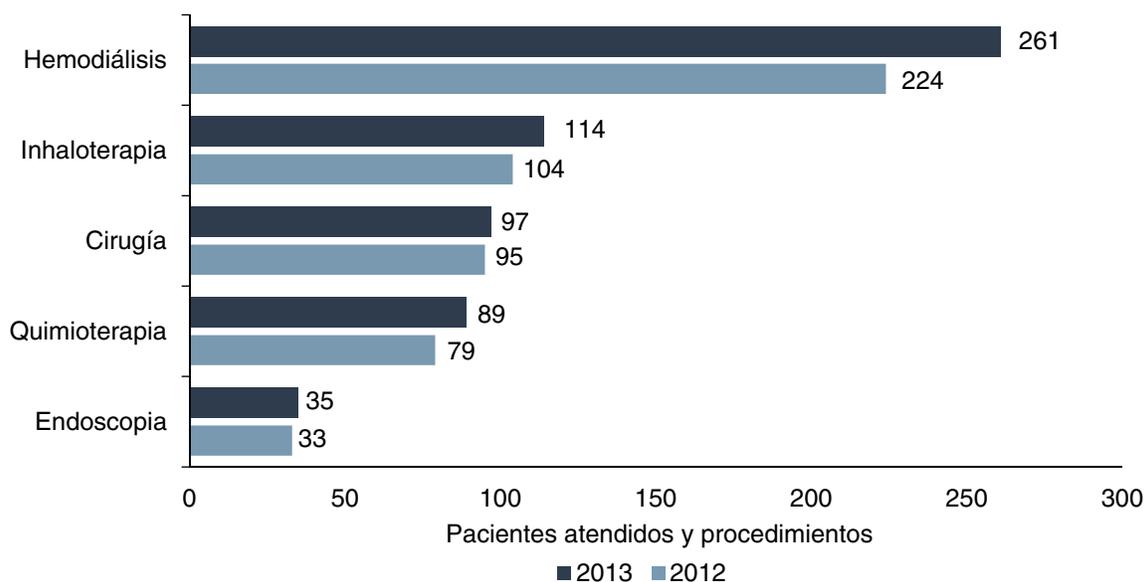
mismas; iii) la supervisión operativa de pacientes con mayor estancia hospitalaria, con la finalidad de resolver los problemas médico-administrativos que demoran su atención, y iv) la instrumentación de un plan para disminuir las infecciones nosocomiales.

Con el propósito de optimizar el recurso-cama, se cuenta con el programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico, que considera al paciente que requiere de procedimientos hospitalarios de baja complejidad (reposo en cama, aplicación de medicamentos, curaciones, etcétera), que pueden ser realizados bajo estrictos criterios clínicos en su domicilio, mediante la asistencia de personal de salud una o dos veces por semana, previa capacitación a sus familiares para garantizar la continuidad de la atención. El programa se aplica en 132 hospitales de segundo nivel. Los pacientes atendidos en esta modalidad pasaron de 15.6 mil en 2012 a 17.2 mil en 2013. De no contar con este programa, se requeriría la construcción de un hospital de 144 camas, lo que implicaría una erogación en obra de 754 millones de pesos y un costo de operación aproximado de más 480 millones de pesos anuales.

Con la finalidad de optimizar la capacidad hospitalaria, disminuir el diferimiento quirúrgico y evitar el riesgo de infecciones nosocomiales, se reorganizó la operación de las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), que ofrecen, bajo nuevos criterios técnico-médicos y administrativos, servicios ambulatorios como: cirugía, endoscopia, quimioterapia, inhaloterapia y hemodiálisis, entre otros, posibilitando brindar atención a pacientes de corta estancia a un menor costo.

En 2013 se observó el inicio del cambio con un aumento en la productividad, principalmente en los servicios de: i) hemodiálisis intramuros; ii) quimioterapia, con incremento de 12.6 por ciento en diferentes tipos de cáncer; iii) inhaloterapia, con aumento de 9.6 por ciento de pacientes (gráfica V.8), y iv) cirugía, con 97.3 mil procedimientos realizados. Se espera un incremento de al menos 10 por ciento en 2014 en el uso de los servicios, lo que requerirá de transferencia de insumos de los hospitales hacia estas unidades, para garantizar su optimización.

Gráfica V.8.
Productividad en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, comparativo 2012-2013



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

V.4.4. Estandarización y calidad

El IMSS ha desarrollado una serie de iniciativas que buscan establecer los lineamientos y directrices para la estandarización de los procesos médicos y la respuesta eficiente y armónica a las necesidades de atención de la población derechohabiente, a fin de lograr mayores estándares de calidad en los servicios que se les provee. Entre ellas destaca la creación de herramientas para sistematizar la práctica médica, estrategias para disminuir y controlar las infecciones nosocomiales, así como para prevenir y tratar los riesgos que inciden en la mortalidad de la mujer embarazada o después del parto.

Guías de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (Guías) son herramientas documentales que compilan la información científica disponible más relevante, dirigidas a la resolución de problemas clínicos específicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades o condiciones de salud de la población. Orientan la práctica de los profesionales de la salud, al presentar una ruta de acción ante un paciente portador de una enfermedad con características definidas o circunstancias clínicas específicas, para tener un impacto demostrable en el proceso de atención a la salud, propiciando la estandarización de las intervenciones y la calidad de la atención. Las Guías no pretenden ser revisiones enciclopédicas de las enfermedades, como tampoco son definiciones normativas de los procesos de atención; por el contrario, representan instrumentos auxiliares de fácil consulta para atender los principales problemas clínicos que enfrenta el personal de salud en las diferentes fases de la historia natural de la enfermedad, a saber, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente.

Estos instrumentos son apoyo para la gestión de los servicios de salud, en la toma de decisiones, con relación a las estrategias que han tenido mejores resultados para el paciente y con menor riesgo para la salud individual y colectiva; también apoyan la capacidad resolutoria de las Unidades Médicas, además de orientar la planeación de los servicios a su eficiencia.

En el año 2008, el Instituto integró la estrategia para su desarrollo como un elemento sustantivo para incentivar la mejora de la calidad, eficiencia en la operación de los servicios y la seguridad del paciente. Posteriormente, a finales de ese año, dicha estrategia fue adoptada por la Secretaría de Salud, dando las bases para la conformación del proyecto en el Sistema Nacional de Salud, que retomó en gran medida las experiencias e instrumentos desarrollados previamente por el IMSS.

Ante el reto de su integración para atender los principales problemas de salud que afectan a la población derechohabiente, se realizó la selección de prioridades a partir de criterios relacionados con la demanda (método de Hanlon, utilización de servicios y mortalidad por grupos etarios), la percepción del prestador de servicios (medida a través de un cuestionario por muestreo sistemático), los registros de daños a la salud y los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Los criterios generales para establecer las prioridades fueron: i) la importancia del problema; ii) la capacidad del programa o del servicio para resolverlo, y iii) la factibilidad de intervención.

La metodología utilizada para su desarrollo se fundamenta en la medicina basada en evidencias, elemento usado a nivel internacional como el estándar más adecuado para la selección de la información que será compilada en éstas, y formará parte de

las recomendaciones que de ella deriven. Esto significa que un grupo de expertos se reúne para buscar sistemáticamente la información publicada a nivel internacional, sobre las condiciones de salud o preguntas clínicas específicas; la analiza y evalúa, con el objetivo de determinar aquella que es más relevante y que tiene principios científicos sólidos, a efecto de seleccionarla e integrarla en las evidencias y recomendaciones que las conformarán. La correcta selección y gradación de la información, de conformidad con criterios internacionalmente aceptados, es lo que les da respaldo y solidez, que incluso ha favorecido el reconocimiento internacional en el caso de la desarrollada para la atención de la influenza.

Esta metodología fue adoptada en la estrategia nacional, y actualmente es el estándar para el desarrollo de las Guías que integran el Catálogo Maestro del Sistema Nacional de Salud.

El IMSS ha aportado a este Catálogo, hasta el momento, un total de 459 de las 681 Guías disponibles, lo que representa 67 por ciento. Sólo 60 por ciento están elaboradas para su aplicación en el primer nivel de atención, 23 por ciento para el segundo y 17 por ciento para el tercero. La mayor cantidad corresponde a las especialidades de Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia; sin embargo, se han desarrollado para los principales motivos de atención de todas las especialidades en consulta y hospitalización. Se ha enfatizado incluir temas relevantes para programas institucionales, así como cubrir necesidades interinstitucionales entre las que destacan las derivadas de políticas de salud sectoriales.

Infecciones nosocomiales

Una infección nosocomial es aquella que se adquiere dentro del hospital durante el proceso de atención médica y que no estaba presente o en periodo de incubación al momento del ingreso, y puede

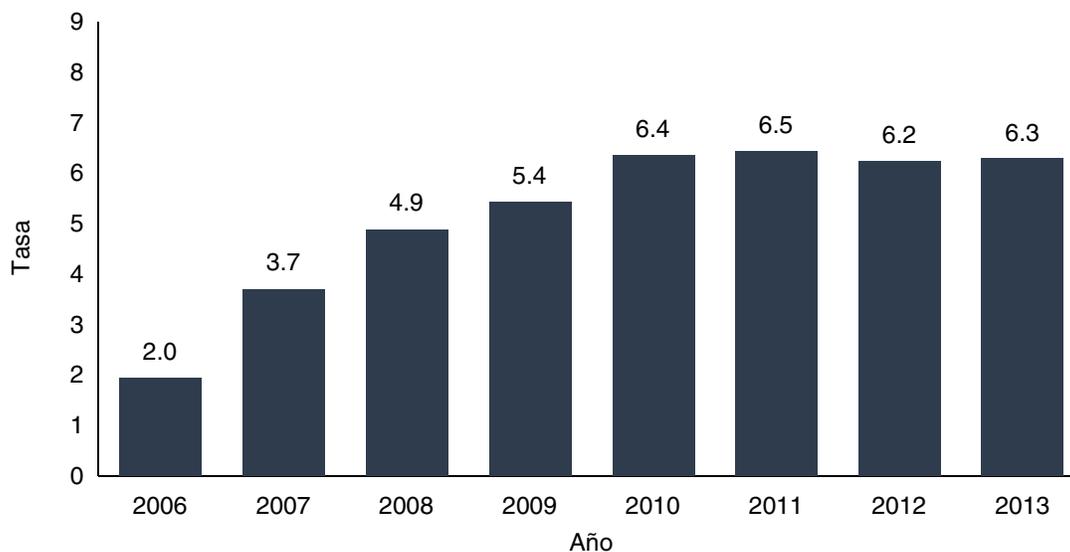
manifestarse incluso después del egreso hospitalario. Este es un problema relevante en el mundo, del que el IMSS no es ajeno. Las infecciones nosocomiales, por su gran trascendencia económica y social, se asocian con altas tasas de morbilidad que se traducen en incremento de los días de hospitalización y de mortalidad. Este tipo de infecciones son un riesgo inherente a la hospitalización y a los procedimientos invasivos necesarios para la atención de los enfermos; el propósito de su identificación, vigilancia y control, es mantenerlo en un rango de frecuencia esperada, de acuerdo con el tipo de paciente, servicio y hospital con valores de referencia internacionales.

La vigilancia epidemiológica, prevención y control de este tipo de infecciones se ha fortalecido al mejorar su identificación, registro y control. Para 2006 se registraba una tasa de 2 infecciones por 100 egresos, lo cual es evidencia del subregistro existente, de acuerdo con estándares internacionales. En 2013, se incrementó la identificación con un mejor registro, con resultado de 6.3 infecciones por 100 egresos (gráfica V.9), es importante enfatizar que ésta no muestra aumento en el número de casos, sino el resultado de la búsqueda intencionada, que nos permitirá desarrollar acciones preventivas y de control para evitar riesgos a otros pacientes.

Los tipos de infecciones que se presentan con mayor frecuencia son: asociadas a cirugías, 21 por ciento; neumonías asociadas a ventilador, 16 por ciento; infecciones de vías urinarias, 12 por ciento; bacteremias, 11 por ciento, y otros tipos de infección, 40 por ciento. En general, estas tasas se encuentran dentro de lo referido en la literatura internacional.

En relación con las neumonías asociadas con la ventilación mecánica, se registra con otro tipo de indicador una tasa de 18.3 infecciones por cada 1,000 días ventilador utilizados (con rangos de 1.2 hasta 33.3), valores elevados en relación con lo publicado por la Unión Europea (12.2 con rangos de 3.7-20.2)

Gráfica V.9.
Tasa de infecciones nosocomiales por 100 egresos en las Unidades Médicas del IMSS, 2006-2013



Fuente: IMSS.

y Estados Unidos (rangos de 0 a 4.9). Este tipo de medición tiene mayor aceptación internacional y permite evaluar el sistema de atención con otras prácticas mundiales.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes y graves se ubican en terapias intensivas, dado el tipo de paciente, generalmente inmunocomprometido y con múltiples procedimientos invasivos. En estos servicios, los últimos dos años han mostrado una disminución de 8.9 por ciento, y aunque esto es notorio, no refleja el impacto esperado, porque persiste una tasa superior a lo reportado en España.

Una estimación del impacto de las infecciones es el registro de 796 mil días de sobreestancia en 2012. En el año 2013 se registraron 647 mil días, lo que representa una disminución de 18 por ciento debido a las acciones preventivas.

El impacto del fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, prevención y control, se observa en el descenso continuo de la letalidad asociada a infecciones nosocomiales, que disminuyó 11.6 por ciento de 2012 a 2013.

El programa ha mostrado algunos resultados; sin embargo, continuar trabajando en la prevención, vigilancia y control, permitirá alcanzar mejores estándares, y en este sentido se está creando un proyecto estratégico denominado: Modelo Institucional para la Prevención y Reducción de las Infecciones Nosocomiales (MIPRIN). Para la instrumentación de este plan se requiere un mayor esfuerzo de la institución a fin de capacitar al personal, incrementar la participación directiva y desarrollar actividades específicas, como la campaña institucional de Higiene de Manos, con el lema: “Manos limpias, salvan vidas”, estrategia que reduce las infecciones 30 por ciento en un lapso de 2 a 4 años, de acuerdo con las diferentes publicaciones internacionales.

Prevención de riesgos y atención para evitar la muerte materna

La mortalidad materna es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial; su reducción es un indicador del 5° Objetivo de Desarrollo del Milenio,

establecido en el año 2000 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), ratificado como compromiso en 2005. Por ello, México asumió el compromiso de disminuir la muerte materna a través de acciones dirigidas a la prevención de embarazos de alto riesgo, vigilancia prenatal, diagnóstico y tratamiento de enfermedades durante el embarazo y hasta 42 días después del parto. La atención de emergencia obstétrica se otorga mediante la organización de equipos de respuesta inmediata, integrados por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya comunicación es ininterrumpida, entre los diferentes niveles operativos y directivos del Instituto, los 365 días del año, estrategia que garantiza la continuidad, oportunidad e integralidad de la atención para evitar complicaciones o la muerte del binomio madre e hijo.

Se incrementó la vigilancia del embarazo en el Régimen Obligatorio del IMSS, con un logro de 9 consultas por embarazada, comparado con 8 en 2012. En éstas, se otorgan acciones preventivas, de vigilancia y de control para reducir la muerte del binomio, así como la detección de problemas al nacer. A partir del año 2006, mediante Acuerdo 126 del Honorable Consejo Técnico del IMSS, con el fin de disminuir la alta mortalidad materna del Programa IMSS-Oportunidades, se autorizó a los hospitales del Régimen Obligatorio para otorgar atención médica a la mujer embarazada con complicación y a su recién nacido, así como en caso de emergencia obstétrica. De 2006 a diciembre de 2013 se atendieron 14.4 mil embarazadas con alto riesgo de muerte, de ellas 1.7 mil en 2013, lo que ha contribuido de manera significativa al descenso de la mortalidad materna en la población

campesina e indígena más desprotegida amparada por el Programa, facilitando el descenso de 113 casos en 2007 a 46 en 2013 (59 por ciento).

En el marco de la integración del Sistema Nacional de Salud, el Instituto participa con 95 hospitales del Régimen Obligatorio del IMSS, en el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica de pacientes de otras instituciones suscriptoras al Convenio; al amparo de éste, de mayo de 2009 a diciembre de 2013 se atendió a más de 5.5 mil no derechohabientes, que representan más de 1.5 mil recién nacidos y 3.9 mil mujeres embarazadas (hasta 42 días después del parto); de éstas, 60.5 por ciento presentaban emergencia obstétrica real, con lo que se contribuyó a evitar su muerte (cuadro V.13).

En 2012 el IMSS tuvo 122 casos de muerte, uno menos que en 2013, destacando que la influenza y el dengue han impactado la tasa con 4 y 3 casos, respectivamente, en el último año. Preocupa de manera importante que durante el primer bimestre del presente año, se registraron 10 casos de muerte

Cuadro V.13.
Total de atenciones por emergencia obstétrica otorgadas en el IMSS

	29 de mayo 2009 al 31 de mayo 2011	Junio a diciembre 2011	2012	2013	Total
Madres	1,659	134	301	316	2,410 ^{1/}
Hijos	1,043	95	204	182	1,524

^{1/} 60.5 por ciento de las 3,983 atenciones por emergencias.

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

materna por influenza, que al igual que las ocurridas en el año anterior, ninguna había sido vacunada, lo que hace necesario, junto con la población y los medios masivos de comunicación, incrementar la conciencia y participación ciudadana para proteger a 100 por ciento de las mujeres embarazadas, vacunándolas contra esta enfermedad.

Con las acciones realizadas al cierre de 2013, el IMSS Régimen Obligatorio logró una razón de muerte materna de 26.5, es decir, 12 por ciento inferior a la registrada en 2002 (gráfica V.10). Lo anterior ha tenido impacto en el Sistema Nacional de Salud, coadyuvando al descenso de la razón de muerte materna nacional. De esta forma, se fortalece la estrategia de colaboración interna y externa, como ejemplo de la universalización de los servicios, con el objetivo de mejorar el acceso de las mujeres embarazadas a las unidades médicas.

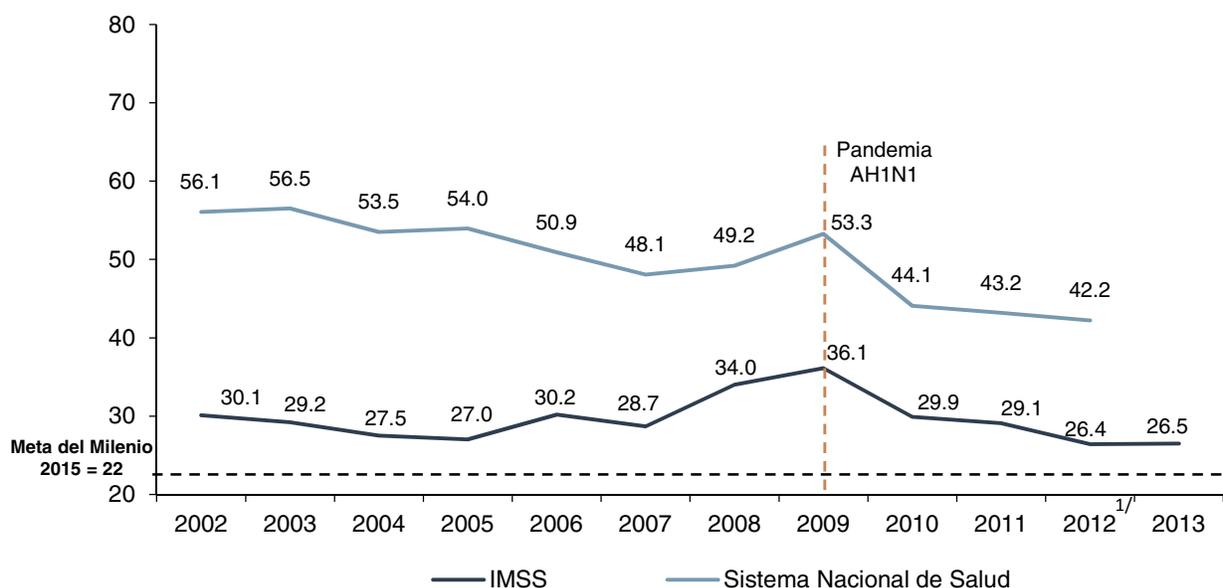
En este marco de acciones, el Instituto se enfrenta al reto de continuar la tendencia decreciente de mortalidad y evitar que factores coyunturales puedan

contrarrestar los avances logrados, y al mismo tiempo, el objetivo a mediano plazo es lograr la meta del milenio de 22 por 100 mil nacidos vivos.

V.5. Enfermedades crónicas

La transición demográfica y epidemiológica ha propiciado que las enfermedades crónico-degenerativas adquieran mayor relevancia. Como se mencionó en la sección V.3, contribuyen con cerca de la mitad de los Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad. Se caracterizan por ser de larga duración y progresión lenta, generalmente adquiridas por estilos de vida inapropiados, susceptibles de prevención y control. Debido a su complejidad, implican un alto grado de dificultad técnica y elevado costo de atención, por lo que ejercen presión en las finanzas institucionales y agravan la precaria condición financiera del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Gráfica V.10.
Razón de muerte materna, 2002-2013
(número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos)



^{1/} La cifra proporcionada por la Secretaría de Salud para el año 2012 es preliminar.
Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS; Secretaría de Salud.

Dentro de las enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero destacan: diabetes mellitus; hipertensión arterial; insuficiencia renal crónica terminal¹⁰³; cáncer cérvico-uterino; cáncer de mama, así como la infección por el virus de inmunodeficiencia humana que genera el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).

V.5.1. Análisis del gasto en enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero para el IMSS

En los Informes anteriores se estimó el gasto que ejerció el Instituto por el tratamiento de las seis enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero mencionadas anteriormente, el cual se calculó para 2011, 2012 y 2013 en 53,392, 62,739 y 71,352 millones de pesos¹⁰⁴, respectivamente; este gasto representó 28 por ciento, en promedio, del gasto corriente del Seguro de Enfermedades y Maternidad registrado en cada año.

Los resultados de las proyecciones epidemiológicas y financieras indican que dicho gasto se incrementará en los próximos años a una tasa promedio anual cerca de 4 por ciento, en términos reales. Lo anterior, debido a la combinación de distintos factores. Por una parte la población mexicana enfrentará una tendencia de envejecimiento debido una reducción en las de fecundidad aunada a un incremento en la esperanza de vida. Al mismo tiempo la salud se verá afectada por la presencia de estilos de vida inadecuados como: obesidad, sedentarismo, tabaquismo, aumento en el consumo de alimentos procesados, estrés laboral, entre otros. Lo que se traducirá en un mayor número de

casos de enfermedades crónicas y en el agravamiento de los padecimientos por su propia evolución natural. Estas enfermedades a su vez se encuentran asociadas a distintas complicaciones y comorbilidades.

Debido al importante riesgo financiero que representan estos padecimientos para el IMSS, la Dirección de Finanzas ha desarrollado modelos de proyección epidemiológica y financiera, los cuales se han perfeccionado con la participación activa de un grupo de expertos de la Dirección de Prestaciones Médicas en temas de incidencia de morbilidad, mortalidad, estadios de las enfermedades y Guías de Práctica Clínica, en el marco del Grupo de Trabajo de Riesgos Institucionales.

Los modelos que desarrolla este grupo de trabajo tienen como finalidad explicar de manera precisa el comportamiento de cada una de las enfermedades y el gasto asociado a su atención. En estos modelos se considera la morbilidad, la mortalidad y las diferentes etapas de acuerdo con la historia natural de cada padecimiento, así como el costeo integral de la atención médica basado en elementos de gasto ambulatorio y hospitalario, los cuales contemplan la atención eficiente y oportuna de cada una de las acciones establecidas en las mejores prácticas médicas. Los resultados de las estimaciones se presentarán a las autoridades institucionales al final de cada año.

¹⁰³ En este Informe se analiza únicamente la insuficiencia renal crónica terminal debido a que ésta requiere de terapias de reemplazo renal (diálisis, hemodiálisis y trasplantes) con el consecuente gasto médico que implican.

¹⁰⁴ Cifras expresadas en millones de pesos corrientes.

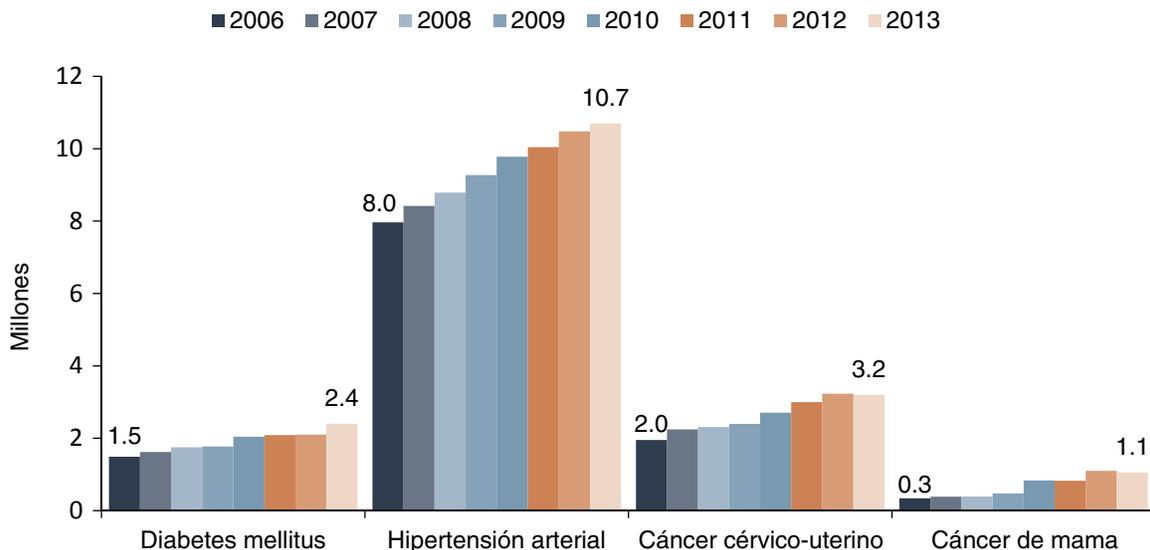
V.5.2. Control de las enfermedades crónico-degenerativas

El IMSS ha sido pionero en la prevención y atención de las enfermedades crónico-degenerativas en el país. En prevención, fue la primera institución que sistematizó y fortaleció la promoción de la salud y detección temprana de las enfermedades con la estrategia PREVENIMSS; en la atención de los enfermos, incorporó oportunamente tratamientos médicos y quirúrgicos de los principales padecimientos crónicos de acuerdo con recomendaciones internacionales en todos los niveles de atención.

La detección oportuna de enfermedades crónicas no transmisibles está enfocada a cinco padecimientos prioritarios: diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama. La gráfica V.11 muestra que el número de derechohabientes a los que se les realizan

estas detecciones ha aumentado año tras año. En el año 2012 se realizaron 2 millones de detecciones de diabetes, cifra que fue superada en el 2013 al realizar más de 2.4 millones, con la identificación de 376,277 casos sospechosos. Respecto a hipertensión arterial, para el 2012 se realizaron 10.4 millones de detecciones y para el 2013 10.7 millones de detecciones, lo que implicó identificar 3 millones de casos sospechosos. Por otra parte, la detección del cáncer cérvico-uterino, a través de la prueba de papanicolaou, ha sido la estrategia principal en la identificación oportuna de esta neoplasia; en 2012 se realizaron más de 3 millones de detecciones de primera vez, con resultados iguales en 2013. Asimismo, se realizaron más de 1 millón de mastografías en mujeres de 50 a 69 años de edad en 2012, cifra similar a la obtenida para el último año, logros que ubican al IMSS como la institución pública con el mayor número de detecciones de cáncer de mama por mastografía en el Sector Salud.

Gráfica V.11.
Número de detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles, 2006-2013



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Para evaluar el impacto de las acciones preventivas y tratamiento oportuno de los enfermos de estas principales enfermedades crónicas, se realizó un estudio¹⁰⁵ que comparó la mortalidad de la población derechohabiente del IMSS con la mortalidad de la población no derechohabiente del país, mediante tasas ajustadas por edad y sexo. Los padecimientos analizados fueron: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y SIDA en mayores de 20 años; cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino en mujeres de 25 y más años. Las bases de datos de defunciones se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de los años 1998 a 2012, último año disponible¹⁰⁶. Se utilizaron las variables de causa básica de defunción, edad, sexo y tipo de derechohabiencia registrados en el certificado de defunción. Para el cálculo de las tasas de mortalidad se empleó la población derechohabiente adscrita a unidad médica. La población no derechohabiente del IMSS se estimó al sustraer la población derechohabiente de la población total del país reportada por el Consejo Nacional de Población-Colegio de México (CONAPO-COLMEX), publicadas por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), desagregada por grupo de edad y sexo¹⁰⁷. Para el cálculo de las tasas ajustadas se utilizó el método directo con la población estándar de la Organización Mundial de la Salud 2001¹⁰⁸.

Las gráficas V.12 y V.13 muestran la tendencia de la mortalidad de los padecimientos previamente descritos de 1998 a 2012. En todos los casos la mortalidad en el IMSS arranca en un nivel superior a los no derechohabientes, posiblemente como resultado de diferencias sociodemográficas y mayor prevalencia de algunos factores de riesgo para estas enfermedades en la población derechohabiente. Si las dos líneas fuesen paralelas a través del tiempo, significaría que los modelos de atención tienen el mismo efecto en derechohabientes y no derechohabientes. Sin embargo, las pendientes de los derechohabientes son diferentes a las de los no derechohabientes, de tal manera que las tasas de mortalidad en los últimos años son menores para los derechohabientes. En particular, la mortalidad por diabetes disminuyó en 9 por ciento en derechohabientes, en tanto que en no derechohabientes aumentó al doble en el periodo de referencia. En el caso de las enfermedades cardiovasculares, hasta 2003 las tasas de mortalidad fueron semejantes; en años posteriores, el riesgo de muerte por estas causas disminuyó en 23 por ciento para el IMSS y siguió en aumento en la población no derechohabiente.

La mortalidad por cáncer cérvico-uterino disminuyó en ambas poblaciones, aunque la pendiente es más pronunciada en derechohabientes del IMSS, con 67 por ciento de reducción. Por último, la tasa de mortalidad por cáncer de mama de mujeres derechohabientes del IMSS disminuyó 17 por ciento en el periodo de estudio, mientras que para la población no derechohabiente sigue en aumento.

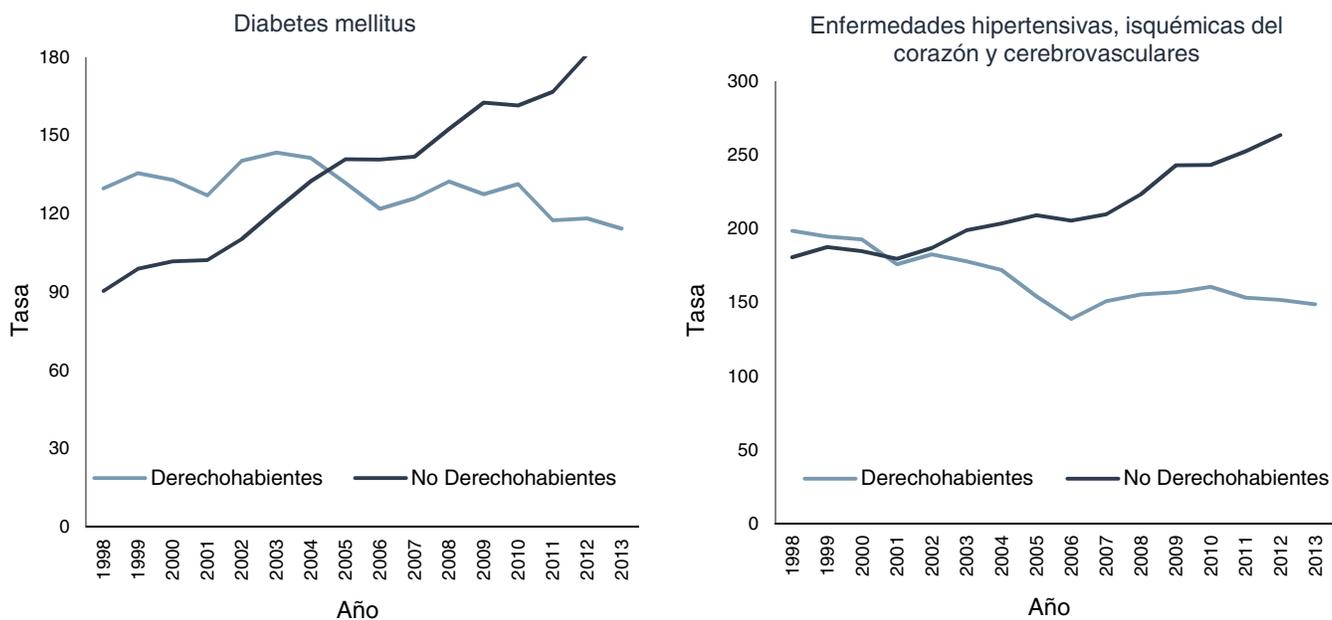
¹⁰⁵ Borja-Aburto, *et al.* Evaluación del impacto de PREVENIMSS en la morbimortalidad por enfermedades crónico-degenerativas. Enviado a publicación.

¹⁰⁶ Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI). Bases de datos de defunciones generales, años 1998 a 2012. México.

¹⁰⁷ Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de estimaciones de población, 1990-2012, COLMEX. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 30 septiembre 2013].

¹⁰⁸ Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray C. JL, Lozano R, Inoue M. Age Standardization of Rates: A New WHO Standard. GPE Discussion Paper Series-EIP/GPE/EBD World Health Organization. No.31, 2001.

Gráfica V.12.
Tendencias de mortalidad^{1/} por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares,
en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2013^{2/}

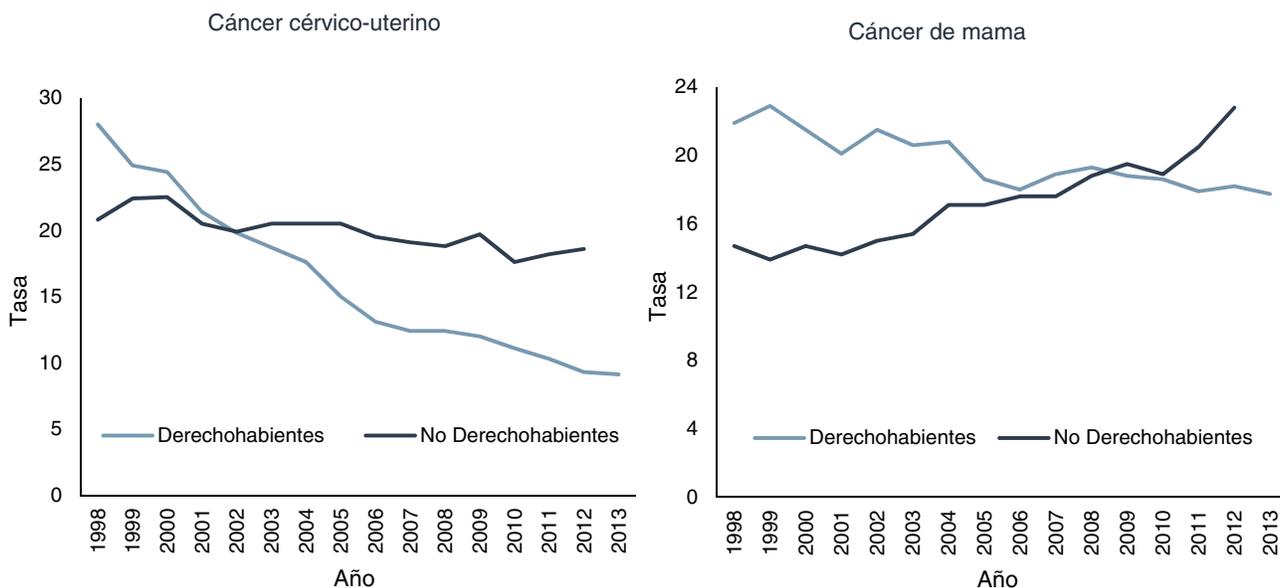


^{1/} Tasas por 100,000 en personas de 20 años y más, ajustadas por grupo de edad y sexo con población mundial estándar.

^{2/} Para la tasa en derechohabientes en el año 2013, se estimó con base en la variación porcentual entre 2012 y 2013 de la mortalidad hospitalaria IMSS.

Fuente: Consejo Nacional de Población (CONAPO), Instituto Nacional de Estadística y Geografía; IMSS.

Gráfica V.13.
Tendencias de mortalidad^{1/} por cáncer cérvico-uterino y de cáncer de mama,
en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2013^{2/}



^{1/} Tasa por 100,000 mujeres de 25 años y más, ajustada por edad según población estándar mundial 2001.

^{2/} Para la tasa en derechohabientes en el año 2013, se estimó con base en la variación porcentual entre 2012 y 2013 de la mortalidad hospitalaria IMSS.

Fuente: Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, IMSS.

A manera de ejemplo, de la correlación existente entre la cobertura en la detección de un padecimiento crónico para el cual se tiene tratamiento adecuado si se detecta a tiempo, se presenta la gráfica V.14, que muestra cómo se reduce la tasa de mortalidad con el incremento en la cobertura de detección del cáncer cérvico-uterino.

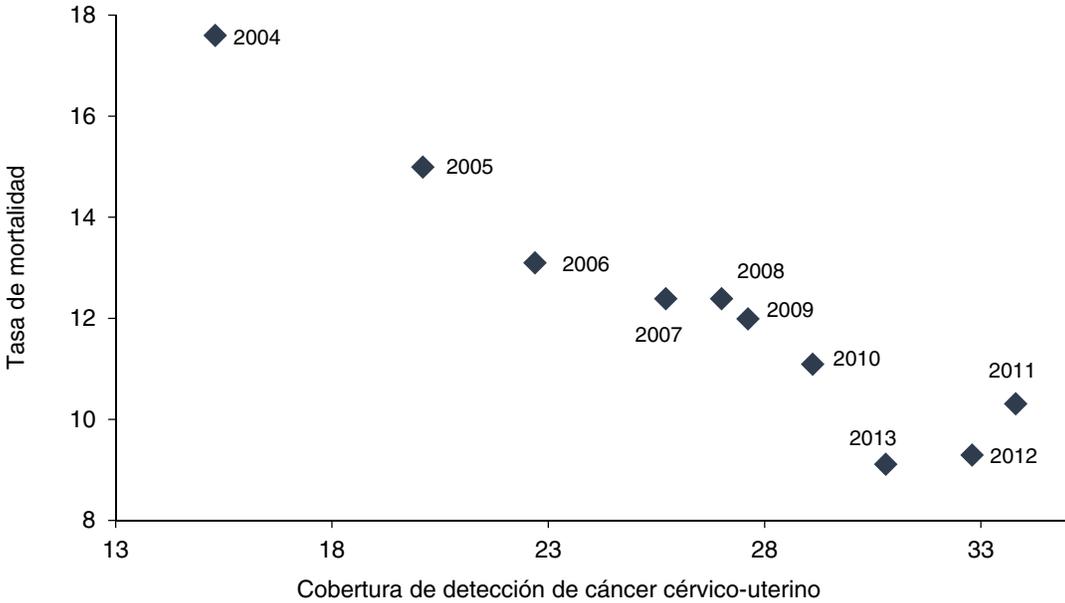
Estos resultados muestran que el IMSS ha logrado frenar la tendencia ascendente en la mortalidad por estas causas en la población derechohabiente observada a finales del siglo XX.

Adicionalmente, el IMSS ha sido un actor clave desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA en el país. En 1983 atendió el primer caso reportado en México; fue la primera institución que otorgó tratamientos antirretrovirales; organizó la atención en clínicas

especializadas, y otorgó atención médica integral. En 2013, atendió a 30 mil pacientes que viven con VIH, 10 por ciento más que en 2012. En 80 por ciento de los cuales recibe algún tipo de tratamiento antirretroviral y el resto lo recibirá seguramente en algún momento de su evolución, cuando clínicamente lo requieran. Gracias al uso de antirretrovirales y el control de pacientes infectados la sobrevida actual es mayor a 30 años. La mortalidad por SIDA se redujo de manera importante en los derechohabientes del IMSS en contraste con la población no derechohabiente, como muestra la gráfica V.15.

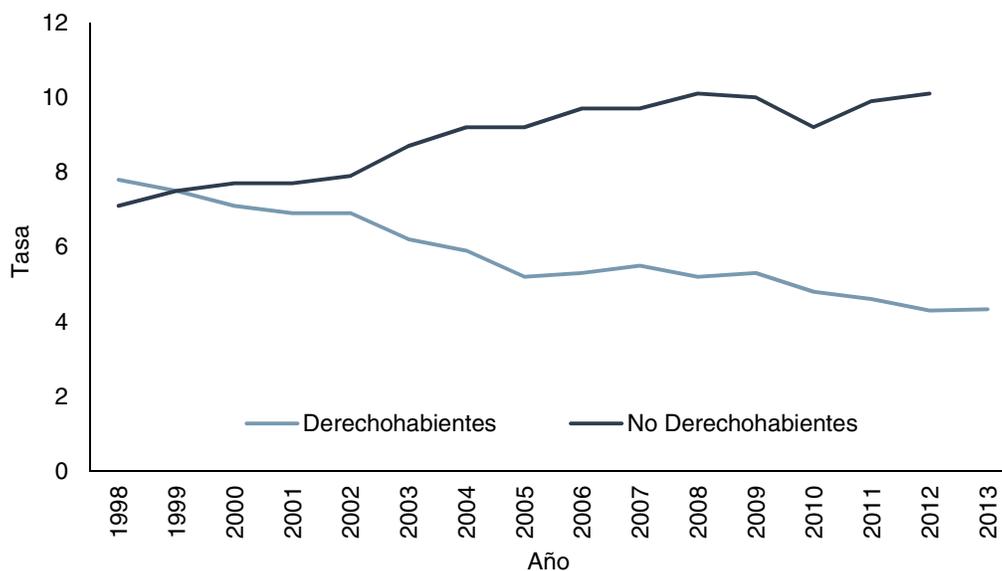
Aunque es difícil separar los efectos de las acciones preventivas de la mejora en la atención médica, es de suponer que las causas de este descenso en la mortalidad de la población derechohabiente del IMSS son semejantes a las causas reportadas en los Estados

Gráfica V.14.
Correlación entre cobertura de detección y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, IMSS, 2004-2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Gráfica V.15.
Tendencias de mortalidad^{1/} por SIDA, en derechohabientes
y no derechohabientes del IMSS, 1998-2013^{2/}



^{1/} Tasas por 100,000 de 20 años y más, ajustadas por grupo de edad y sexo con población mundial estándar.

^{2/} Para la tasa en derechohabientes en el año 2013, se estimó con base en la variación porcentual entre 2012 y 2013 de la mortalidad hospitalaria IMSS.

Fuente: Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística y Geografía; IMSS.

Unidos y en algunos países europeos desde la década de 1990. Se ha reportado que en estos países tanto las medidas preventivas como las mejoras en la atención médico-quirúrgica han contribuido casi en la misma magnitud. Un estudio en Estados Unidos¹⁰⁹ mostró que la reducción en la mortalidad por enfermedad coronaria de 542 a 266 muertes por 100,000 habitantes de 1980 a 2000 se atribuye en 46 por ciento a la mejora en el tratamiento médico y quirúrgico de la enfermedad, y que 44 por ciento puede atribuirse a cambios en los factores de riesgo, tales como reducciones en colesterol, presión arterial y tabaquismo, así como a mejora en la actividad física.

Aunque estos resultados son muy buenas noticias, los impactos en la mortalidad son todavía insuficientes. Existen oportunidades en la gestión del cuidado de los enfermos crónicos que pueden mejorar la eficiencia en el proceso de detección y control de los pacientes, sin incrementar de manera importante los costos de atención.

La detección, diagnóstico y control de diabéticos sirve para ilustrar estas oportunidades de mejora. Los principales problemas se relacionan con el seguimiento de los pacientes. Los servicios preventivos atendidos por Enfermería realizan anualmente un gran número de pruebas de detección de diabetes en sangre capilar a derechohabientes aparentemente sanos

¹⁰⁹ Referencia: Ford E, Ajani UA, Croft JB, *et al.* Explaining the Decrease in US Deaths from Coronary Disease, 1980-2000. *New England Journal of Medicine*, 2007; 356:2388-98.

(2.4 millones en 2013) sin que se garantice la confirmación del diagnóstico a los pacientes con resultados de sospecha de diabetes (376 mil casos sospechosos en 2013). Después de la atención en los servicios preventivos, la mayor parte de estos pacientes ya no acude a confirmar su diagnóstico con el médico familiar; el problema es que si estos pacientes son efectivamente diabéticos, la falta de diagnóstico retarda el tratamiento, por lo que la enfermedad puede progresar y tener complicaciones irreversibles.

Un problema adicional es el control metabólico de los pacientes con diagnóstico confirmado. De los 3.3 millones de pacientes conocidos como diabéticos incluidos en un listado de casos acumulados hasta 2013, 19 por ciento no acudió a ninguna cita de control médico en el último año. Esta falta de adherencia a la atención médica provoca que las cifras de control se encuentren por debajo de los estándares recomendados¹¹⁰.

La mejora en la atención de los enfermos crónicos no sólo es un fin por sí mismo, pues mejora la calidad de vida de los pacientes y evita complicaciones, sino que también puede liberar consultas asistenciales al disminuir la necesidad de consultas cada mes. En 2014, además de la actualización de los médicos y enfermeras en el tratamiento de este tipo de pacientes, como se menciona en el apartado V.6, el nuevo modelo de atención incrementará la participación de la(el) enfermera(o) en el seguimiento de los pacientes para reforzar la adherencia terapéutica, promover el autocuidado y fomentar su corresponsabilidad. El proceso de detección y confirmación diagnóstica se modificará de tal manera que Enfermería tendrá la capacidad de hacer uso de los servicios de laboratorio en el proceso de confirmación para presentar al médico familiar los casos bien documentados. De esta manera, se hará más eficiente el proceso de detección

y diagnóstico, con lo que se disminuirán dos de tres consultas al médico familiar de los pacientes de diagnóstico reciente.

V.6. Educación e investigación como estrategias de mejora de la calidad de los servicios médicos

El IMSS es pionero y líder latinoamericano en capacitación, formación de recursos humanos para la salud e investigación médica. Por ello, el objetivo es mantener e incrementar este liderazgo a través del fortalecimiento de estas áreas al interior del Instituto.

Capacitación

La capacitación es un mecanismo, a través del cual se procura la actualización y el desarrollo de las competencias con base en los avances científicos y tecnológicos, lo que promueve y facilita que médicos, enfermeras(os) y demás personal de salud se mantengan al día ante los avances del conocimiento, principalmente en los motivos de consulta y egresos hospitalarios ya mencionados en el capítulo.

Con el objetivo de mejorar la eficiencia y la capacidad resolutoria del personal, en 2013 se realizaron 3.5 mil cursos con la asistencia de 22.8 mil trabajadores del área de la salud. Estos logros representan un incremento de 11.3 por ciento en el total de cursos, con respecto a lo realizado en el ejercicio 2012. Aunque estos cursos se realizaron en muy diversos tópicos, el enfoque primordial estuvo en los problemas prioritarios presentados con anterioridad. Además de estos cursos presenciales se ha venido impulsando la capacitación a distancia en salud mediante tecnologías de informática y comunicación, que permitan instrumentar programas estratégicos también de gran trascendencia.

¹¹⁰ Perez-Cuevas, *et al.* Evaluating Quality of Care for Patients with Type 2 Diabetes Using Electronic Health Record Information in Mexico. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2012, 12:50.

A fin de continuar con la atención médica de vanguardia y la capacitación del más alto nivel, se tiene programado propiciar y financiar estancias cortas y cursos de posgrado en el extranjero para médicos y enfermeras, con el claro objetivo de mantener el establecimiento de convenios internacionales en temas prioritarios para el Instituto.

Formación de recursos humanos

La formación del personal de salud se vuelve indispensable para que el Instituto satisfaga de forma adecuada y eficiente la demanda de servicios. Asimismo, es fundamental en el fortalecimiento del modelo de atención médica, de acuerdo con las necesidades de la población derechohabiente y de la nueva organización operativa. Por ello, la preparación de nuevos médicos especialistas que atiendan la creciente demanda de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, derivadas de los cambios demográficos y epidemiológicos explicados en apartados anteriores, debe ser congruente con los cambios operativos que se realicen en el modelo de atención médica. De esta manera, se está impulsando la formación de médicos en las especialidades de mayor demanda y menor cobertura. En la organización y distribución de los cursos se han tomado en cuenta además otros factores, como las jubilaciones que se esperan en los próximos años y las deficiencias que existen, ya en estos momentos, como las de Nefrología y algunas subespecialidades pediátricas, entre otras.

La participación en la creación de nuevos médicos especialistas ha distinguido al IMSS como la institución de salud líder en el país. Durante 2013, el Instituto contaba con 12.5 mil médicos en formación en 72 diferentes especialidades, cifra superior a los 12.1 mil médicos registrados en 2012. Para el ciclo académico 2014-2015, se incrementó, al contar con 12.6 mil médicos en formación. De

estos, 4.3 mil cursan especialidades orientadas al primer nivel de atención, como son: Medicina Familiar, Epidemiología y Medicina del Trabajo, lo que representa 34 por ciento del total. Para atender con mayor calidad, eficiencia y calidez los servicios de Urgencias, 9 por ciento de los médicos se prepara en esta especialidad (gráfica V.16).

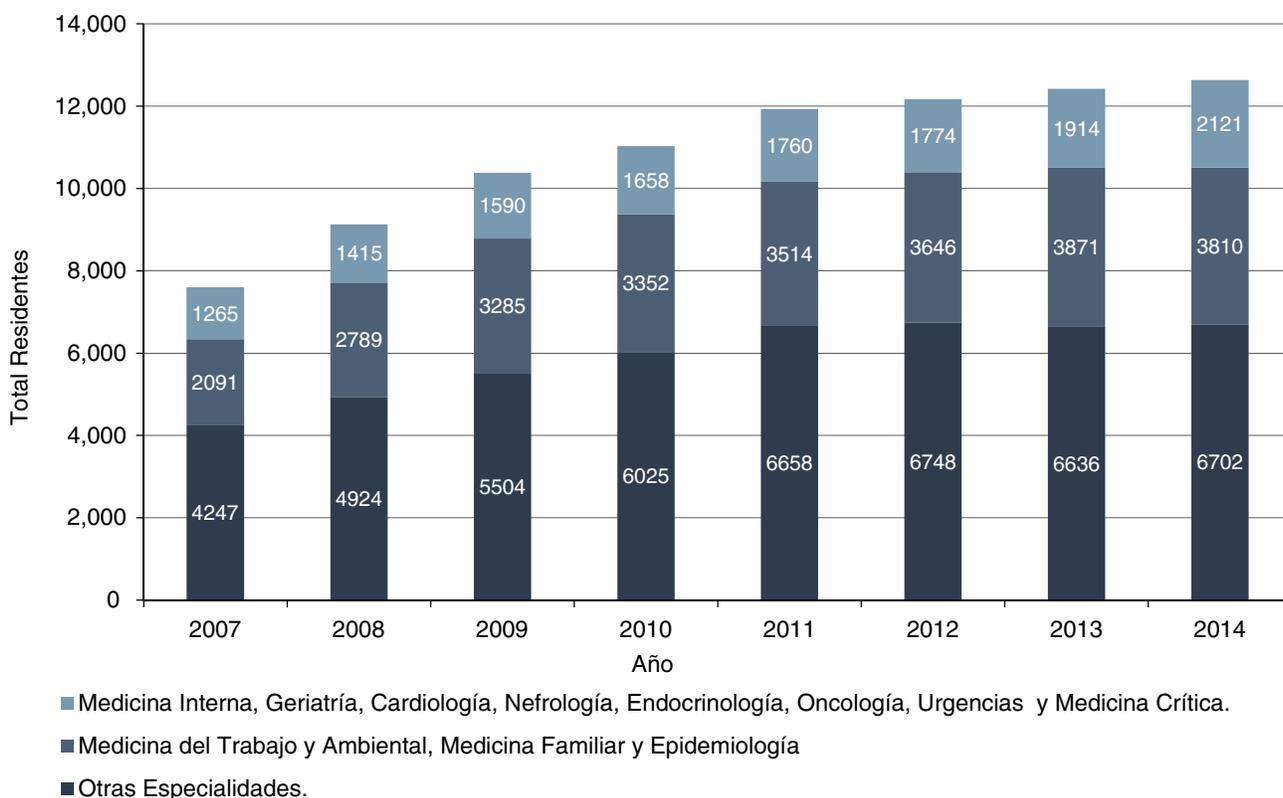
A fin de enfrentar la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas como cáncer, diabetes e hipertensión arterial, así como sus complicaciones, 16.4 por ciento de los médicos en formación se prepara en especialidades encaminadas específicamente a atender estos problemas. Esto resalta la importancia que reviste para el Instituto la creación de médicos especialistas orientados a la atención de los problemas prioritarios.

Como ha quedado claro, uno de los principales objetivos de la atención médica es que ésta sea segura y de calidad, y es precisamente con este propósito en mente que se contempla la creación de más centros de simulación médico-quirúrgica en el país en los próximos 5 años, con la finalidad de que los residentes puedan practicar y simular diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos antes de realizarlos en los enfermos.

Investigación

El Instituto está fortaleciendo la investigación biomédica, y para ello se desarrollan protocolos y programas que buscan mejorar los resultados de la atención médica y la calidad de vida de los pacientes. Por ello, se considera importante incrementar la producción científica, al favorecer la formación de investigadores en diversos campos y fomentar el desarrollo de proyectos de investigación, principalmente los relacionados con temas prioritarios de atención médica.

Gráfica V.16.
Evolución del número de alumnos en los cursos de posgrado en el IMSS



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Para lograr este objetivo, en los últimos años se han graduado un promedio anual de 75 maestros y 25 doctores, cifra que se espera incrementar en los próximos años como consecuencia del “Programa de Fomento a la Investigación Clínica” que se encuentra en curso. El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), a través del Sistema Nacional de Investigadores, reconoce la labor de los investigadores del país mediante el nombramiento de Investigador Nacional, que se otorga de acuerdo con el desempeño, tanto por la producción científica como por la formación de recursos humanos. En 2013, entre los 250 investigadores de tiempo completo del IMSS, 207 (83 por ciento) tuvieron reconocimiento vigente del Sistema Nacional de Investigadores, con 21 ingresos y 14 promociones en los diferentes niveles, lo que constituye uno de los porcentajes de pertenencia más

altos en el Sector Salud. Entre los años 2008 y 2013, 68 por ciento de la producción científica del Instituto se ha publicado en revistas indizadas y con factor de impacto, lo que se otorga de acuerdo con el número de citas bibliográficas que obtienen los artículos que han sido publicados por investigadores del IMSS y que principalmente son sobre enfermedades crónico-degenerativas, padecimientos de mayor frecuencia entre los derechohabientes.

Existía entre los investigadores mencionados un rezago entre la categoría contractual y la de evaluación curricular; para solucionarlo, se autorizó la homologación en un primer grupo de 27 investigadores, cuya diferencia entre una y otra era de tres o más categorías. Actualmente se encuentra en trámite la homologación de un segundo grupo de 35 investigadores.

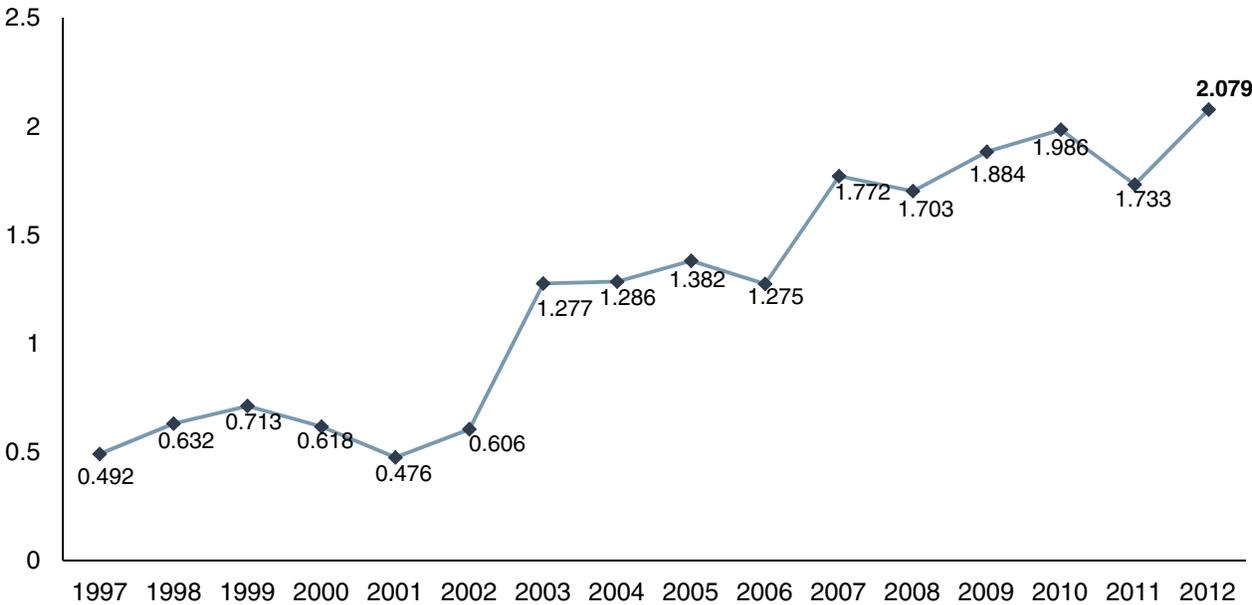
La investigación no sólo produce conocimiento, sino también invenciones o descubrimientos que obtienen un registro de patente, lo que refleja la capacidad de obtener avances tecnológicos, con impacto potencial en la población derechohabiente y en las finanzas institucionales. En fecha reciente, el Instituto creó la División de Gestión Tecnológica e Innovación, lo que permitió que en los últimos 5 años se obtuvieran 16 registros de títulos de patente. En el 2013 se efectuaron 3 solicitudes nuevas, que se encuentran en proceso de dictaminación, y actualmente se está realizando un análisis jurídico-administrativo para alcanzar la comercialización de las patentes.

El IMSS edita la revista *Archives of Medical Research*, que es la revista biomédica más importante de Latinoamérica debido al elevado factor de impacto (2.1), el cual se ha venido incrementando de manera constante en los últimos años. Por primera vez en la historia de las revistas latinoamericanas, una de ellas supera el 2 de factor de impacto (gráfica V.17).

El aumento de los ingresos es uno de los objetivos principales del Instituto, y es por ello que en los próximos meses se continuará el fortalecimiento de la investigación biomédica a través de la certificación de la Comisión Nacional de Investigación como tercero autorizado por parte de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para protocolos de investigación médica de la industria farmacéutica. Esto permitirá que se sometan a evaluación los protocolos de investigación directamente al IMSS, lo cual generará beneficios extras al Instituto y reducirá el tiempo de gestión, ya que hoy día se requiere de aprobación tanto de la Comisión Nacional de Investigación como de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

El fortalecimiento del vínculo entre atención médica, educación e investigación, redituará sin duda en una mejora de la calidad de la atención a la salud del derechohabiente del Instituto.

Gráfica V.17.
Evolución del factor de impacto de *Archives of Medical Research*



Fuente: Thomson Reuters. Journal Citation Reports, 2013.

V.7. Reforma del Sistema Nacional de Salud

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, en el eje México Incluyente, plantea como uno de sus principales objetivos avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, como se aborda con mayor detalle en el Capítulo XII. El Plan Nacional de Desarrollo establece garantizar a todos los mexicanos el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud de calidad, así como una adecuada protección financiera, con independencia de su condición social o laboral; para ello, se requiere fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria y desarrollar los instrumentos necesarios que aseguren una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

En este marco, el IMSS, que es el mayor proveedor de servicios de salud en el país, comparte la convicción de consolidar el Sistema Nacional de Salud Universal, a fin de asegurar la plena observancia de estos objetivos, y es por esto que se proyecta un modelo que lo garantice, mediante el establecimiento de protocolos estandarizados e instrumentos que permitan vigilar su debido cumplimiento. En este sentido, se propone fortalecer el intercambio de servicios entre las instituciones públicas de salud, con lo que será posible aprovechar la capacidad instalada entre ellas y utilizar de manera eficiente los recursos humanos y de infraestructura.

Intercambio de servicios

No obstante la complejidad y magnitud de los objetivos planteados, se cuenta con las herramientas legales y de referencia para operar el intercambio de servicios a nivel interinstitucional. La Ley del Seguro Social permite celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de servicios de salud y prestarlos a quienes no sean sus derechohabientes, a fin de que el Instituto

utilice su capacidad instalada y coadyuve a financiar su operación y mantenimiento, sin detrimento de la calidad y calidez que brinda a sus asegurados y beneficiarios.

En este contexto, se cuenta con el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, cuyos resultados se exponen en la sección V.4.4, y el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios. Este Acuerdo, suscrito el 12 de mayo de 2011 entre la Secretaría de Salud, el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como diferentes instituciones y organismos públicos descentralizados del Sistema Nacional de Salud, establece los lineamientos generales para formalizar los compromisos de prestación médica entre las instituciones, lo cual se realiza con base en un catálogo que contempla 845 intervenciones homologadas con tarifas máximas de referencia para establecer los mecanismos y garantías de pago.

Entre los principales avances en la instrumentación del Acuerdo General se encuentra la suscripción, en junio de 2012, del Convenio Específico de Intercambio de Servicios en Baja California Sur entre el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Secretaría de Salud estatal. Como resultado, el Instituto refirió a 454 pacientes a otras instituciones, las cuales atendieron 2,359 eventos.

Asimismo, este Convenio permitió detectar áreas que generan ahorros al Instituto. Se ha observado un ahorro aproximado de 50 por ciento al pasar de la subrogación de servicios privados al intercambio entre instituciones públicas. Por ejemplo, en estudios de resonancia magnética y tomografías, dos de las intervenciones más intercambiadas, se observaron reducciones de entre 15 y 60 por ciento en los

precios unitarios respecto a la subrogación privada. Adicionalmente, se observaron importantes beneficios para el derechohabiente, al recibir atención médica inmediata en su lugar de residencia, evitando traslados a otras entidades, lo que a su vez implica erogaciones en materia de transporte y viáticos.

Por otro lado, de acuerdo con lo expuesto en el Capítulo VIII, se han suscrito convenios específicos de coordinación interinstitucional con los gobiernos de Chiapas y Oaxaca, mediante los cuales las unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades otorgan servicios de salud de primer y segundo niveles a las familias beneficiarias del Seguro Popular.

Al analizar estos resultados, destaca la necesidad de impulsar la celebración de este tipo de convenios a nivel nacional y ampliar la cartera de servicios, adicionando nuevas intervenciones a intercambiar. De esta forma, el Instituto fortalece su capacidad de atención y contribuye a la integración del Sistema Nacional de Salud.

Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales



Capítulo VI

Este capítulo presenta el estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, así como las proyecciones financieras de largo plazo y los resultados de un análisis financiero complementario. Aunque el ramo de Prestaciones Sociales incluye prestaciones adicionales, tales como los centros de seguridad social y los teatros, el análisis complementario se centra en evaluar la situación financiera del ramo de Guarderías, del Sistema Nacional de Velatorios y de los Centros Vacacionales, dado que tienen mayor peso financiero dentro del ramo referido.

Este seguro, en su ramo de Guarderías, otorga derecho a este servicio a las mujeres trabajadoras aseguradas y a los trabajadores asegurados viudos o divorciados con la custodia de sus hijos, durante su jornada laboral¹¹¹. El servicio incluye aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación de los niños y niñas entre 43 días y 4 años de edad.

¹¹¹ Este beneficio también se extiende a los asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y la custodia de un menor.

La prestación de guarderías parte del conocimiento de que los niños comienzan a aprender desde que nacen; crecen y aprenden más rápidamente cuando reciben atención, afecto y estímulos, además de una buena nutrición y una atención adecuada a la salud; alentar a los niños a observar y a expresarse por su cuenta, a jugar y a explorar les ayuda también en su aprendizaje y en su desarrollo social, físico e intelectual¹¹². La primera infancia, de los 0 a los 5 años de edad, representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña, y es la etapa más vulnerable del crecimiento. De ahí la importancia que tiene otorgar este apoyo a las madres trabajadoras y a los padres trabajadores en los supuestos que la Ley del Seguro Social prevé.

El ramo de las Prestaciones Sociales de este seguro ofrece a los asegurados, a los pensionados y a sus familias programas orientados a fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes, y a elevar su nivel de vida (cuadro VI.1).

Para otorgar estas prestaciones, el seguro se financia con una prima de 1 por ciento sobre el salario base de cotización que aporta exclusivamente el patrón. A Guarderías se tiene que destinar al menos 80 por ciento de este monto.

Cuadro VI.1.
Prestaciones del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales

Ramo	Concepto	Descripción
Guarderías	Servicio de guardería infantil Artículos 201 al 207 de la LSS	Cubre el riesgo de no poder proporcionar cuidados a sus hijos durante la jornada laboral de los siguientes trabajadores del régimen obligatorio: - Mujer trabajadora. - Trabajador viudo. - Trabajador divorciado que judicialmente tenga la custodia de sus hijos. - Asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y custodia de un menor. Se tiene derecho al servicio a partir de que el trabajador es dado de alta ante el IMSS y una vez que es dado de baja conserva, durante cuatro semanas, el derecho al servicio de guardería.
Prestaciones Sociales	Prestaciones sociales institucionales Artículos 208 a 210 A de la LSS	- Promoción de la salud. - Educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios; prevención de enfermedades y accidentes. - Mejoramiento de la calidad de vida. - Impulso y desarrollo de actividades culturales y deportivas, recreativas y de cultura física. - Promoción de la regularización del estado civil. - Cursos de adiestramiento técnico y de capacitación para el trabajo. - Centros vacacionales. - Superación de la vida en el hogar. - Establecimiento y administración de velatorios.

Fuente: Ley del Seguro Social (LSS).

¹¹² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Para la Vida", 3ª edición, 2002, pág. viii.

La disponibilidad de los recursos de este seguro permitió beneficiar durante 2013 a 203 mil niños y niñas que acuden a las guarderías de todo del país. Asimismo, ha permitido beneficiar a cerca de un millón 800 mil derechohabientes y no derechohabientes que han tenido acceso a los servicios que brinda el IMSS a través de sus Centros de Seguridad Social, unidades deportivas, Centros de Extensión de Conocimiento, Centros de Bienestar Social y Centros Vacacionales (cuadro VI.2).

Cuadro VI.2.
Beneficiarios del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales

Niños y niñas inscritos en guardería ^{1/}	203,180
Población derechohabiente y no derechohabiente que hace uso de las prestaciones sociales ^{2/}	1,799,210

^{1/}A diciembre de 2013.

^{2/}Acumulado a diciembre de 2013. Se refiere, conforme a lo establecido en el Artículo 210 de la Ley del Seguro Social, a las personas inscritas a cursos de promoción de la salud, desarrollo cultural, deporte y cultura física y de capacitación y adiestramiento técnico, así como los visitantes a centros vacacionales, durante el ciclo mencionado.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

VI.1. Estado de actividades

El cuadro VI.3 presenta el estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales para el ejercicio 2013, en el cual se consideran dos escenarios: con registro parcial y con registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP).

El resultado del ejercicio de este seguro presentó un superávit de 1,563 millones de pesos bajo el escenario de registro parcial del costo neto de las obligaciones laborales del Instituto y un déficit de 17,148 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de estas obligaciones. Del total de los ingresos de este seguro, 96.7 por ciento proviene de las cuotas obrero-patronales (COP) y el restante 3.3 por ciento, por venta de bienes y servicios y por otros ingresos.

VI.2. Proyecciones financieras de largo plazo

Los ingresos y gastos del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales con registro parcial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, indican que éste mantendrá un ligero superávit en casi todo el periodo proyectado (cuadro VI.4). Los gastos proyectados representarán, en promedio, 99 por ciento de los ingresos totales, por lo que el margen de excedente del seguro será mínimo.

La Prima Media Nivelada (PMN) requerida para financiar este seguro es ligeramente superior a la actual de 1 por ciento del salario base de cotización. La Prima de Reparto (PR) que se requerirá en cada año para hacer frente a los gastos estimados variará hasta en un máximo de 2 centésimas de punto porcentual. Lo anterior indica que la Prima de Contribución (PC) establecida en la Ley del Seguro Social es apenas suficiente para solventar los gastos del seguro hacia el año 2050.

VI.3. Análisis financiero complementario

VI.3.1. Guarderías

En México, la demanda del servicio de guardería se explica principalmente por la incorporación paulatina de las mujeres al mercado laboral. La gráfica VI.1 muestra la tendencia creciente de la tasa de participación económica femenina, la cual pasó de 16.4 por ciento en 1970 a 43.6 por ciento en 2013.

La gráfica VI.2 muestra que la proporción de niños de 0 a 6 años de edad que son atendidos en guarderías públicas, pasó de 1.3 por ciento del total de niños en el año 2000 a 2.9 por ciento en 2013, según los resultados de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social realizada en 2000 y 2013 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Cuadro VI.3.
Estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales,
al 31 de diciembre de 2013
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Costo neto de periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro total
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	16,075	16,075
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	327	327
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	14	14
Otros ingresos y beneficios varios	210	210
Total de ingresos	16,626	16,626
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{1/}	4,119	3,995
Materiales y suministros	202	202
Servicios generales y subrogación de servicios	8,593	8,593
Otros gastos y pérdidas		
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	210	210
Otros gastos	107	107
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	1,471	1,595
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{2/}	361	19,072
Total de gastos	15,063	33,774
Resultado del ejercicio	1,563	-17,148

^{1/} En el rubro de servicios de personal con registro total no se consideran 124 millones de pesos correspondientes a los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidos en el rubro de pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{2/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., por 20,667 millones de pesos en 2013, se integra por los rubros de pagos a pensionados y jubilados IMSS y el costo por beneficios a empleados (RJP).

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2013 y 2012, 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 'Beneficios a los Empleados', al 31 de diciembre de 2013 y Proyecciones para 2014".

Cuadro VI.4.
Presupuesto 2014, cierre 2014 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2014		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
	Presupuesto	Cierre estimado								
Ingresos										
Cuotas obrero-patronales	16,613	16,586	17,117	19,875	21,966	23,461	25,076	26,545	27,925	29,376
Aportación del Gobierno Federal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros ^{1/}	364	329	351	383	423	458	507	570	645	739
Ingresos totales	16,977	16,915	17,467	20,258	22,389	23,919	25,583	27,115	28,570	30,115
Gastos										
Corriente ^{2/}	15,200	14,895	15,372	17,995	19,741	21,157	22,594	24,063	25,639	27,445
Prestaciones económicas ^{3/}	1,613	1,633	1,788	2,336	2,536	2,737	2,786	2,579	2,309	1,950
Inversión física	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Gastos totales	16,815	16,530	17,161	20,333	22,279	23,896	25,382	26,645	27,950	29,397
Resultado financiero	162	385	306	-75	110	23	201	470	620	718
Primas (% del salario base de cotización)										
De contribución (PC)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
De reparto (PR)	1.01	1.00	1.00	1.02	1.01	1.02	1.01	1.00	1.00	1.00
Media nivelada (PMN)	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01
Diferencia (PMN-PC)	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01

^{1/} Incluye: otros ingresos, productos financieros de las reservas y aportaciones de los trabajadores al fondo de jubilación.

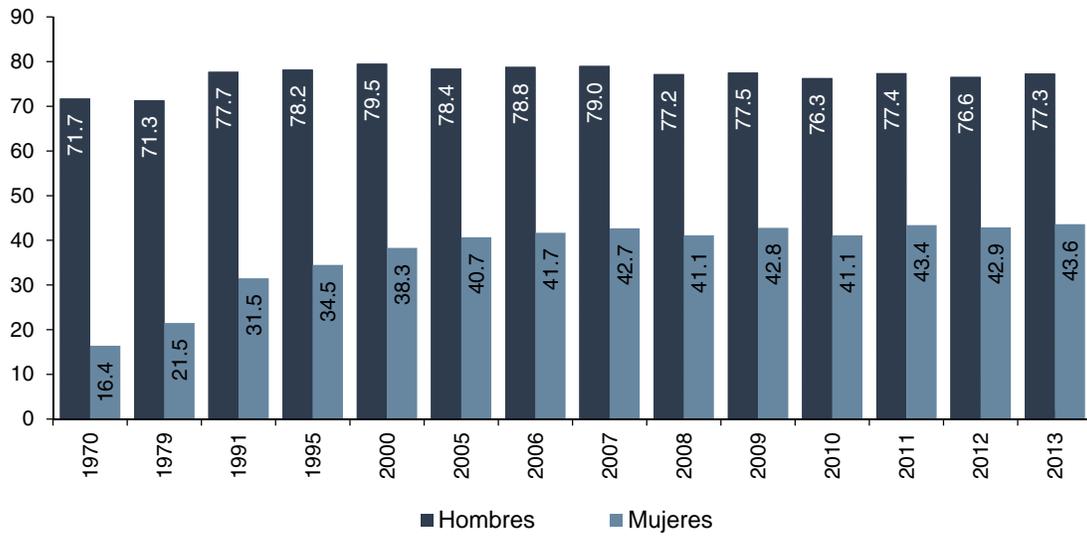
^{2/} Incluye el gasto en servicios de personal, materiales y suministros y servicios generales.

^{3/} Incluye el gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Nota: PC = Prima de Contribución, es la aportación que hacen los patrones para el financiamiento del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, expresada como porcentaje del salario base de cotización; PR = Prima de Reparto, es la prima que equilibraría los ingresos y los gastos del seguro en cada año del periodo de proyección considerado; PMN = Prima Media Nivelada, es la prima que permitiría asegurar el equilibrio financiero del seguro durante todo el periodo de proyección evaluado.

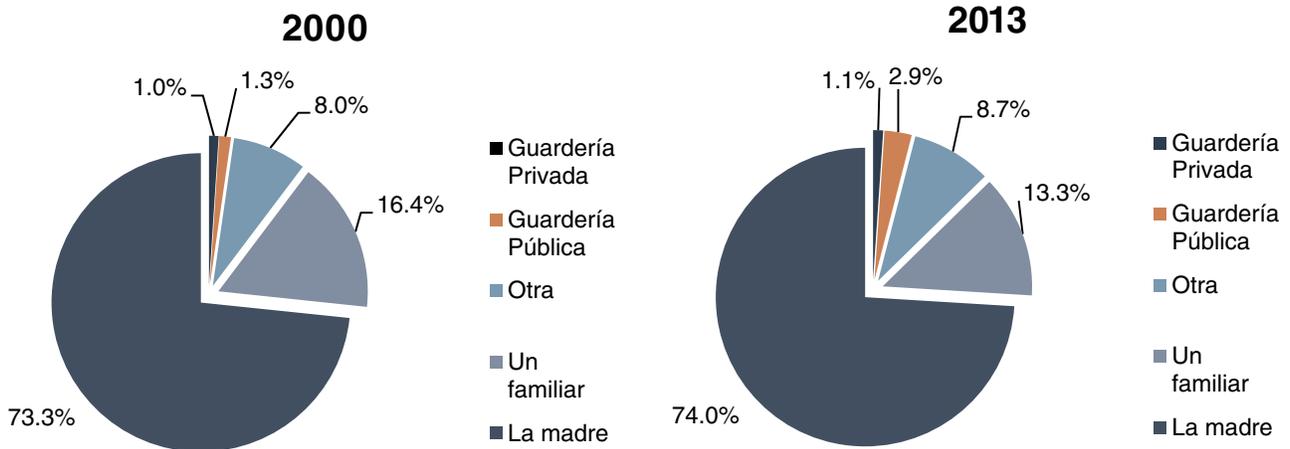
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gráfica VI.1.
Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2013
 (porcentajes)



Fuente: 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-Consejo Nacional de Población (CONAPO), México, 2001; 2000-2013, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Indicadores Estratégicos, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) al cuarto trimestre de cada año.

Gráfica VI.2.
Población de 0 a 6 años, según tipo de persona que cuida al menor, 2000 y 2013
 (porcentajes)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2000 y 2013.

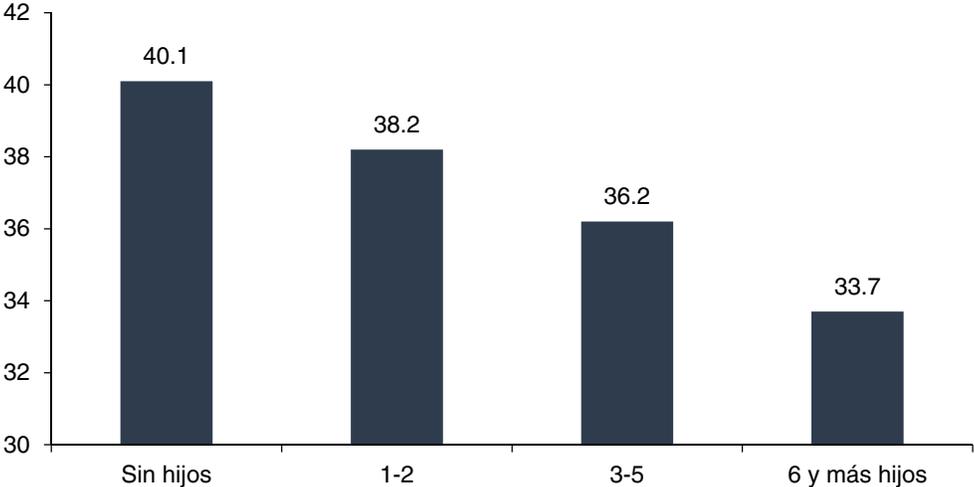
El cuidado de los hijos sigue representando una limitante para la incorporación de la mujer al mercado laboral. Como se observa en la gráfica VI.3, el número de horas destinado por las mujeres al trabajo remunerado disminuye conforme incrementa su número de hijos, según el informe Mujeres y Hombres en México 2013, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Por ello, la cobertura del servicio de guardería continúa siendo una prioridad, para lo cual el Instituto otorga la prestación del servicio de guardería tanto en sus propias instalaciones, por medio de las guarderías Madres IMSS y del esquema Ordinario, como por medio de terceros, a través de las guarderías de los esquemas Vecinal Comunitario Único, del Campo e Integradora.

Las guarderías propias o de prestación directa representaron, a diciembre de 2013, 12.6 por ciento de los lugares disponibles y contaron con una capacidad instalada de casi 30 mil lugares en 142 unidades, mientras que las de prestación indirecta, en las que el servicio es proporcionado por terceros, representaron 87.4 por ciento del total de lugares disponibles y contaron con una capacidad instalada de casi 207 mil lugares en 1,274 unidades.

El servicio de guardería que presta el IMSS busca favorecer el desarrollo integral del niño y la niña, y se integra por programas de alto valor educativo, nutricional, de preservación y fomento de la salud. En este contexto, el Instituto:

Gráfica VI.3.
Promedio de horas semanales de trabajo remunerado de la población femenina, por número de hijos, 2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Mujeres y Hombres en México 2013.

- i) Con base en la evidencia científica respecto de que el sobrepeso y la obesidad en menores de 4 años prevalecerán en etapas subsecuentes de su vida y que una alimentación saludable constituye una base sólida para un adecuado crecimiento y desarrollo¹¹³, a partir de 2013 el IMSS proporciona en todas sus guarderías un esquema alimentario basado en las recomendaciones de la Asociación Mexicana de Pediatría, publicadas en 2007, y con los aportes calóricos por rango de edad de acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud en 2001. Los menús, validados por especialistas de la Dirección de Prestaciones Médicas, consideran la disminución del uso de azúcares añadidos y la eliminación de ingredientes como grasas saturadas, jugos industrializados, mermeladas y embutidos, y promueven el consumo de alimentos naturales.
- ii) Conjuntamente con el Instituto Nacional de Salud Pública, publicó el Manual de implementación para educadoras y oficiales de puericultura, que contiene actividades educativas para promover una alimentación correcta y la activación física de los niños y niñas que asisten a las guarderías. Ello como resultado de la investigación efectuada denominada "Prevención de obesidad en niños: una intervención basada en la atención en guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social".

El cuadro VI.5 presenta que en el periodo 2003-2009, el IMSS incrementó en forma importante el número de guarderías en operación, con objeto de atender la demanda creciente por el servicio, lo cual permitió incrementar en 41 por ciento la capacidad instalada, pasando de 172 mil lugares en el año 2003 a casi 243 mil en 2009 (columna b) en 1,568 guarderías, lo que propició que el porcentaje de demanda no atendida pasara de 25.2 a 15.9 por ciento en dicho periodo.

Sin embargo, a consecuencia del accidente en la guardería ABC, el IMSS estableció medidas de seguridad aún más estrictas y procesos de contratación que exigen un elevado nivel de calidad en el servicio, razón por la cual dejaron de prestar el servicio 186 guarderías entre julio de 2009 y diciembre de 2013. No obstante, mediante procesos de ampliación de lugares en las guarderías que ya prestan el servicio, siempre y cuando cumplan con los requisitos técnicos, arquitectónicos y de seguridad establecidos por el IMSS, se ha mantenido de 2010 a 2013 una capacidad instalada superior a la registrada en 2008 y se ha disminuido el porcentaje de demanda no atendida, el cual pasó de 15.9 a 8.3 por ciento de 2009 a 2013.

¹¹³ La primera infancia es determinante en la formación de hábitos y comportamientos que trascienden en la salud del adulto. El artículo "Incidence of Childhood Obesity in the United States", publicado en *The New England Journal of Medicine* (enero de 2014), señala que los niños con sobrepeso a los 5 años de edad son cuatro veces más propensos a convertirse en obesos que los niños de peso normal.

Cuadro VI.5.
Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS, 2003-2013

Año	Guarderías	Capacidad instalada^{1/}	Niños inscritos^{2/}	Solicitudes pendientes^{3/}	Demanda total	Ocupación (%)	Demanda no atendida (%)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(c)+(d)	(f)=(c)/(b)	(g)=(d)/(e)
2003	1,323	172,109	155,314	52,319	207,633	90.2	25.2
2004	1,356	189,935	173,900	38,186	212,086	91.6	18.0
2005	1,516	217,589	190,057	31,726	221,783	87.3	14.3
2006	1,561	226,880	206,566	27,760	234,326	91.0	11.8
2007	1,565	228,951	214,894	38,664	253,558	93.9	15.2
2008	1,554	231,821	214,034	49,654	263,688	92.3	18.8
2009	1,568	242,899	204,169	38,741	242,910	84.1	15.9
2010	1,459	234,815	199,232	42,029	241,261	84.8	17.4
2011	1,453	235,957	201,153	43,532	244,685	85.2	17.8
2012	1,451	239,410	203,511	22,852	226,363	85.0	10.1
2013	1,416	236,749	203,180	18,372	221,552	85.8	8.3

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

^{2/}Los niños inscritos son los 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 de la información.

Fuente: Dirección de Finanzas con datos de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Como parte de las acciones de política pública surgidas a raíz del accidente señalado, en 2011 se publicó la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil y en 2012 su Reglamento. En dichos cuerpos normativos se establece la creación de un Consejo General para la Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, del que el IMSS es miembro permanente y el cual quedó instalado en mayo de 2013. A través de esta instancia, las entidades y dependencias participantes¹¹⁴ diseñan políticas públicas, estrategias y acciones coordinadas para asegurar la atención integral a niñas y niños e impulsan acciones de gobierno para ofrecer un servicio de atención, cuidado y desarrollo integral infantil con criterios comunes de calidad, a través del fomento de actividades de capacitación, certificación, supervisión y seguimiento de los servicios.

En 2013, el pleno del Consejo aprobó las Reglas Internas de Operación, emitió el Diagnóstico sobre el Estado que Guardan los Centros de Atención Públicos y Mixtos a Nivel Nacional y rindió el Primer Informe Semestral de Actividades al Honorable Congreso de la Unión. El IMSS ha participado activamente emitiendo opinión sobre todos los documentos presentados y ha reiterado la importancia de la experiencia de las dependencias y entidades que integran el Consejo para compartir mejores prácticas, y sobre el papel más activo que debe tener éste en la armonización del contenido de las disposiciones estatales que han surgido a partir de la Ley mencionada.

Durante 2012 y 2013, la inscripción a guarderías del IMSS fue la más alta de los últimos 5 años (cuadro VI.5). Lo anterior obedeció a:

¹¹⁴ El Consejo General se integra por los Titulares de la Secretaría de Salud, Secretaría de Gobernación, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Educación Pública, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, un representante del sector obrero y otro del sector empresarial, que lo serán los representantes en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Serán invitados permanentes a las sesiones del Consejo, el Instituto Nacional de las Mujeres y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

i) La confianza que los trabajadores asegurados tienen en la calidad del servicio que se presta. Prueba de ello es que en la Encuesta Nacional de Satisfacción a Usuarios de Guarderías de 2013, en la cual se aplicaron 17,129 encuestas a madres, padres de familia, tutores o personas autorizadas para llevar o recoger a los menores en las guarderías, 99 por ciento declaró estar muy satisfecho o satisfecho con el servicio. Además, durante 2013, los más de 7,200 padres usuarios que participaron en la verificación de las condiciones de seguridad en guarderías, mediante el mecanismo de Participación Social que se realiza con el aval de Transparencia Mexicana desde 2010, calificaron en más de 99 por ciento el cumplimiento de las medidas de seguridad. Asimismo, tres guarderías de prestación directa se hicieron acreedoras al Premio IMSS de Calidad 2012; éstas son: G-001 de Cancún, Quintana Roo; G-001 de Acapulco, Guerrero, y G-035 de la Delegación Norte del Distrito Federal.

ii) La posibilidad de realizar la solicitud de inscripción a guardería del IMSS por Internet. En 2013 se registraron 295,746 solicitudes de inscripción a guarderías del IMSS, de las cuales 32 por ciento se realizaron por dicho medio.

iii) A la capacidad instalada disponible. Durante 2012 y 2013 se amplió la capacidad instalada en 1,712 lugares en guarderías que ya prestaban su servicio al IMSS y como resultado del proceso de suscripción de contratos realizado a finales de 2012, se formalizaron 1,237 instrumentos jurídicos correspondientes a una capacidad instalada de 197,996 lugares, con lo que se garantizó para 2013 el otorgamiento del servicio. En diciembre de 2013, como resultado de un proceso de contratación transparente y competitivo que reconoce e incentiva a aquellas guarderías que presten un servicio de mayor calidad, se suscribieron 1,266 contratos y convenios, lo que

permitió mantener el servicio durante 2014 en 1,257 guarderías de prestación indirecta, con una capacidad instalada de 205 mil lugares.

La confianza que depositan madres y padres usuarios del servicio de guardería está relacionada con los siguientes factores:

- i) Existe un mayor control sobre el desempeño de las guarderías. Durante 2013 se realizaron más de 5,200 visitas de supervisión, lo que representa que por lo menos 3 veces al año se revisó el cumplimiento de las normas y procedimientos para la prestación del servicio en cada guardería.
- ii) La garantía de que se verifican las medidas de seguridad en todas las guarderías, con base en los “Estándares de Seguridad en Guarderías del IMSS” y la “Cédula de Verificación de Medidas de Seguridad en Guarderías del IMSS”. En 2013, estas medidas de seguridad se verificaron en julio y septiembre.
- iii) La información de las guarderías es pública y se lleva un estricto control sobre la documentación que conforma el expediente legal de éstas. En el portal de Internet del IMSS se puede encontrar información actualizada de cada una de las guarderías y consultar documentos como el contrato de prestación del servicio y la “Cédula de Verificación de Medidas de Seguridad en Guarderías del IMSS”. Como parte del proceso de contratación que el IMSS llevó a cabo en 2013, todas las guarderías a contratar acreditaron contar en su expediente físico y electrónico con todos los documentos que respaldan su legal funcionamiento y que cuentan con los permisos, licencias y autorizaciones necesarias para otorgar el servicio de cuidado infantil.
- iv) La atención otorgada a las quejas recibidas de los usuarios. En 2013 se atendió 94 por ciento de las quejas recibidas, lo que representó una mejoría respecto a 2012, año en el que se atendió sólo 78 por ciento.

v) Personal permanente capacitado. En 2013 se capacitó a cerca de 7 mil personas sobre los servicios de alimentación, pedagogía y fomento de la salud, así como en derechos humanos y factores de riesgo psicosociales.

El porcentaje de ocupación, que se muestra en el cuadro VI.5 (columna f), donde se mide la proporción de capacidad instalada que es utilizada por los niños inscritos, ha permanecido en niveles inferiores a 90 por ciento después de 2009. Esto se debe a que antes de esta fecha se permitía una inscripción de 15 por ciento por encima de la capacidad instalada, lo que representaba un posible riesgo para la seguridad de los niños y niñas, razón por la cual a partir de los contratos suscritos en 2009 se eliminó esta posibilidad y actualmente la inscripción no debe rebasar la capacidad instalada.

Aun cuando el porcentaje de ocupación ha estado en su nivel máximo, como es el caso del año 2007, no se ha ocupado la capacidad instalada en 100 por ciento, debido al desequilibrio en la composición de la demanda entre las distintas regiones del país y a una inadecuada distribución de salas de atención de guarderías. Esta situación genera que incluso con la capacidad instalada disponible no sea posible ofertar lugares a poco más de 18 mil madres y padres que tienen registrada una solicitud de inscripción a guardería y que se encuentra pendiente de atención (cuadro VI.5).

El cuadro VI.6 muestra que, mientras la tercera parte de la demanda total del servicio de guardería se concentra en Jalisco, Nuevo León, Baja California, Sonora y Chihuahua (columna e), los estados que registran los niveles más bajos de ocupación son Chiapas, Oaxaca y Coahuila (columna f). Los estados

que registran la mayor proporción de solicitudes pendientes de atender son Guanajuato, Nuevo León y Zacatecas (columna g).

Situación financiera actual del ramo de Guarderías

Como se ha señalado anteriormente, la prima para el financiamiento del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales es de 1 por ciento, como lo establece el Artículo 211 de la Ley del Seguro Social. De esta prima, por lo menos 80 por ciento se destina a financiar las prestaciones del ramo de Guarderías.

Para analizar el comportamiento que ha registrado en los últimos ocho años la situación financiera de este ramo, el cuadro VI.7 presenta el estado de ingresos y gastos al 31 de diciembre de cada año.

Como se puede observar, los ingresos en 2013 fueron de 13,558 millones de pesos, en tanto que los gastos ascendieron en el mismo año a 11,919 millones de pesos, sin considerar la provisión para obligaciones contractuales. Es decir, con el registro parcial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Por tanto, el superávit del ramo de Guarderías muestra que la prima patronal de 1 por ciento establecida en la Ley del Seguro Social es adecuada sólo para atender a los niños inscritos.

VI.3.2. Sistema Nacional de Velatorios

El Sistema Nacional de Velatorios IMSS-Fideicomiso de Beneficios Sociales (FIBESO) está integrado por 17 velatorios, ubicados en 14 entidades del país: Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán.

Cuadro VI.6.
Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS por delegación, a diciembre de 2013

Delegación	Número de guarderías	Capacidad instalada	Niños inscritos	Solicitudes pendientes	Demanda total	Ocupación (%)	Demanda no atendida (%)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)=(c)+(d)	(f)=(c)/(b)	(g)=(d)/(e)
Jalisco	95	15,994	14,537	1,595	16,132	90.9	9.9
Nuevo León	91	13,382	12,450	2,686	15,136	93.0	17.7
Baja California	75	14,335	12,988	1,460	14,448	90.6	10.1
Sonora	82	15,684	13,092	368	13,460	83.5	2.7
Chihuahua	90	15,993	12,665	376	13,041	79.2	2.9
D. F. Sur	69	13,225	10,754	980	11,734	81.3	8.4
Tamaulipas	74	13,346	10,900	459	11,359	81.7	4.0
Coahuila	68	12,523	9,886	298	10,184	78.9	2.9
D. F. Norte	60	11,331	9,491	437	9,928	83.8	4.4
Sinaloa	62	10,286	8,683	1,033	9,716	84.4	10.6
Guanajuato	49	7,623	7,216	2,188	9,404	94.7	23.3
Estado de México Oriente	62	9,863	8,231	371	8,602	83.5	4.3
Michoacán	38	6,425	6,114	695	6,809	95.2	10.2
Querétaro	29	5,417	4,924	893	5,817	90.9	15.4
Estado de México Poniente	38	6,593	5,256	120	5,376	79.7	2.2
San Luis Potosí	31	5,038	4,534	523	5,057	90.0	10.3
Veracruz Norte	38	4,950	4,468	277	4,745	90.3	5.8
Puebla	37	5,021	4,312	156	4,468	85.9	3.5
Morelos	31	5,068	4,131	191	4,322	81.5	4.4
Aguascalientes	26	4,621	4,037	192	4,229	87.4	4.5
Yucatán	33	5,065	4,049	99	4,148	79.9	2.4
Colima	22	4,011	3,650	259	3,909	91.0	6.6
Quintana Roo	22	3,751	3,521	378	3,899	93.9	9.7
Durango	29	3,344	3,022	300	3,322	90.4	9.0
Zacatecas	17	3,134	2,736	540	3,276	87.3	16.5
Guerrero	18	3,122	2,895	195	3,090	92.7	6.3
Nayarit	15	2,869	2,460	456	2,916	85.7	15.6
Veracruz Sur	27	3,294	2,766	102	2,868	84.0	3.6
Baja California Sur	15	2,234	1,981	245	2,226	88.7	11.0
Oaxaca	18	2,588	1,985	128	2,113	76.7	6.1
Hidalgo	18	2,157	1,829	135	1,964	84.8	6.9
Chiapas	15	1,837	1,383	60	1,443	75.3	4.2
Tabasco	8	1,148	983	73	1,056	85.6	6.9
Campeche	8	814	686	57	743	84.3	7.7
Tlaxcala	6	663	565	47	612	85.2	7.7
Total	1,416	236,749	203,180	18,372	221,552	85.8	8.3

Fuente: Dirección de Finanzas con datos de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Cuadro VI.7.
Estados de ingresos y gastos del ramo de Guarderías, 2006-2013
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ingresos								
Cuotas obrero-patronales (1)	10,589	11,507	11,827	11,303	11,661	12,285	12,939	13,386
Otros ingresos (2)	286	163	158	271	1,038	971	1,205	172
Total de ingresos (3)=(1)+(2)	10,875	11,670	11,985	11,573	12,698	13,256	14,144	13,558
Gastos								
Gasto corriente								
Servicios de personal	2,417	2,438	2,349	2,347	2,391	2,418	2,488	2,489
Consumo de medicamentos, material de curación y otros	167	169	177	181	192	163	164	158
Mantenimiento	60	62	61	174	113	76	111	79
Servicios generales y subrogación de servicios	7,201	7,688	8,289	8,347	7,727	8,379	8,567	8,305
Régimen Jubilaciones y Pensiones IMSS	410	572	623	664	744	804	869	889
Total de gasto corriente (4)	10,255	10,929	11,499	11,712	11,167	11,840	12,199	11,919
Otros								
Intereses financieros	78	2	12	16	12	23	21	16
Castigos por incobrabilidad y fluctuación en precios	161	170	175	167	175	187	196	-291
Depreciaciones	4	3	2	2	2	8	12	12
Reversión de cuotas obrero-patronales	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de otros (5)	242	175	189	185	189	218	229	-262
Total de gastos (6)=(4)+(5)	10,497	11,104	11,688	11,897	11,356	12,059	12,428	11,657
Excedentes								
Excedentes de ingresos sobre gastos (7)=(3)-(6)	378	565	297	-324	1,342	1,197	1,717	1,901
Provisión obligaciones contractuales (8)	292	744	411	187	190	83	225	226
Provisión para reserva de gastos (9)	0	0	0	0	0	0	0	0
Traslado de la depreciación (10)	-2	-3	-2	-1	-2	-10	-12	-12
Total de provisiones y traslado (11)=(8)+(9)+(10)	289	741	410	186	188	72	213	214
Excedente neto de ingresos sobre gastos (12)=(7)-(11)	89	-176	-113	-509	1,154	1,125	1,503	1,687

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Nota: Con el fin de clarificar la situación del ingreso y gasto de guarderías, aunque contablemente el registro de la aportación patronal de 1 por ciento del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales se registra en su totalidad en el ramo de Guarderías, en el cuadro se presenta en el rubro de ingresos únicamente 80 por ciento que correspondería a este ramo. Para efectos del gasto, estos reflejan las erogaciones realizadas tanto por la prestación del servicio de guardería, como lo correspondiente al prorrateo del gasto de las Direcciones Normativas que no tienen seguro asociado.

Hasta el año 2008 el Sistema Nacional de Velatorios ofreció básicamente servicios funerarios tradicionales (utilización de capilla para velación, venta de ataúd y traslado), y a partir de 2009 amplió su oferta a servicios complementarios como cremación y embalsamamiento.

Durante 2013 el ingreso total por la operación de Velatorios fue de 126.6 millones de pesos. La gráfica VI.4 muestra que se realizaron más de 29 mil servicios, es decir, 3.3 por ciento más respecto al año anterior.

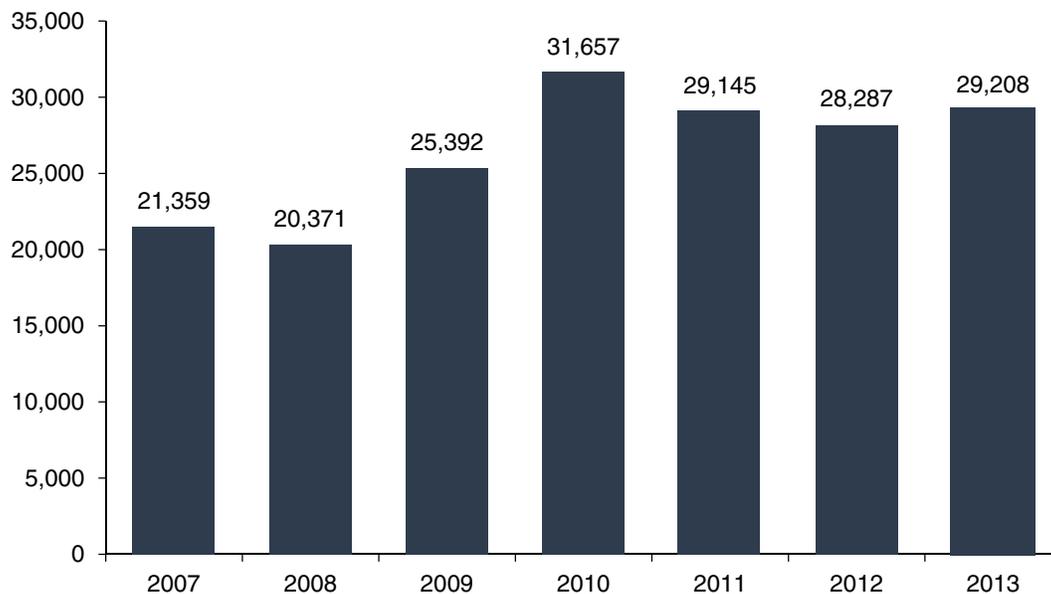
En el ejercicio referido, los Velatorios que prestaron mayor número de servicios fueron: Tequesquínahuac (Estado de México), Doctores (Distrito Federal), Mérida, Puebla y Guadalajara, lo que representó 53 por ciento del total de servicios proporcionados por el Sistema Nacional de Velatorios.

Situación financiera del Sistema Nacional de Velatorios

El cuadro VI.8 presenta los resultados financieros del Sistema Nacional de Velatorios de 2006-2013. Estos no contemplan para 2012 y 2013, 24.1 millones de pesos y 20 millones de pesos, respectivamente, por gastos relacionados con la apertura de nuevos velatorios. En 2013 el déficit del sistema ascendió a 23.2 millones de pesos, situación que se explica por:

- i) El incremento en el costo de ventas con respecto al año anterior debido a: la renovación de los contratos de consignantes de ataúdes y urnas, con el consecuente ajuste en los precios, una mayor siniestralidad de previsión funeraria¹¹⁵ y un mayor número de servicios otorgados.

Gráfica VI.4.
Servicios funerarios otorgados en el Sistema Nacional de Velatorios, 2007-2013



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

¹¹⁵ La previsión funeraria se refiere a un servicio creado por el IMSS con el que, mediante un pago anual de 350 pesos, el contratante, su cónyuge, sus padres e hijos menores de 25 años que estudien, tienen derecho a la recolección del finado, gestoría, arreglo estético, ataúd metálico, velación en capilla o domicilio, carroza para el cortejo (en caso de inhumación) y cremación (en Velatorios que cuenten con el servicio).

Cuadro VI.8.
Resultado financiero del Sistema Nacional de Velatorios, 2006-2013
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012^{1/}	2013^{2/}
Ingresos (1)	118.4	119.6	117.4	116.0	126.0	126.4	125.0	126.6
Costo de Ventas (2)	34.7	34.6	35.2	39.4	39.7	43.4	30.4	38.7
Utilidad Bruta (3)=(1)-(2)	83.7	85.0	82.2	76.7	86.2	83.1	94.6	87.8
Gasto Corriente(4) ^{3/}	98.7	101.6	109.2	104.2	103.1	107.7	99.4	104.7
Otros Gastos(5) ^{4/}	-5.0	-3.9	-14.4	-10.2	-6.5	-10.4	-3.9	1.1
Provisión Obligaciones Contractuales (6)	7.3	17.3	10.0	4.0	3.5	-	7.7	5.3
Gastos de Operación (7)=(4)+(5)+(6)	101.0	115.0	104.7	98.0	100.1	97.4	103.3	111.1
Resultado Neto (8)=(3)-(7)	-17.3	-30.0	-22.5	-21.3	-13.9	-14.3	-8.7	-23.2

^{1/} No contempla gastos extraordinarios por 24.1 millones de pesos.

^{2/} No contempla gastos extraordinarios por 20 millones de pesos.

^{3/} Considera los siguientes capítulos: servicios de personal, consumos, mantenimiento, servicios generales y Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

^{4/} Considera depreciaciones, productos y gastos financieros.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

- ii) Un mayor gasto corriente derivado de la puesta en funcionamiento de tres nuevas unidades, el incremento en el gasto de servicios de personal del Fideicomiso de Beneficios Sociales (FIBESO) y el incremento en el rubro de servicios generales del IMSS.
- iii) La disminución de productos financieros por la inversión utilizada para la construcción de las nuevas unidades.

Para alcanzar los resultados anteriores, se pondrán en marcha agresivas campañas de promoción y difusión de la previsión funeraria y de los demás servicios que se ofrecen en los Velatorios, dirigidas tanto a los trabajadores y jubilados del IMSS como al público en general; se reestructurará y optimizará la plantilla de trabajadores del Fideicomiso de Beneficios Sociales (FIBESO), a fin de fortalecer la operación y elevar el nivel de ingresos, y se mejorarán los procesos operativos para brindar un servicio con mayor calidad y contener el gasto.

Perspectiva financiera del Sistema Nacional de Velatorios 2014-2019

El cuadro VI.9 presenta la proyección financiera del Sistema Nacional de Velatorios y en él se observa que, de acuerdo con la estimación de los ingresos y los gastos en los próximos años, el déficit presentaría un comportamiento decreciente, el cual podría llegar a ubicarse en 12.5 millones de pesos en 2019. Esto representa una disminución de 46.2 por ciento en comparación con 2013.

VI.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 diversos servicios recreativos a precios accesibles, tanto para la población derechohabiente, como para

Cuadro VI.9.
Resultado 2013 y Proyección 2014-2019 del Sistema Nacional de Velatorios
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ingresos (1)	126.6	127.6	141.1	147.3	153.9	160.9	168.5
Costo de ventas (2)	38.7	39.1	43.2	45.1	47.1	49.3	51.6
Utilidad bruta (3)=(1)-(2)	87.8	88.5	97.9	102.2	106.8	111.6	116.9
Gasto corriente (4)	104.7	107.7	110.1	112.6	115.2	117.9	120.7
Otros gastos (5)	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1
Provisión obligaciones contractuales (6)	5.3	5.5	6.0	6.4	6.8	7.3	7.6
Gastos totales más provisión (7)=(4)+(5)+(6)	111.1	114.3	117.2	120.1	123.1	126.2	129.4
Resultado neto (8)= (3)-(7)	-23.2	-25.8	-19.3	-17.9	-16.4	-14.6	-12.5

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

el público en general. Cada año la mayor afluencia de visitantes se da en los meses de marzo o abril debido a la Semana Santa, llegando a representar casi 19 por ciento del total anual, mientras que enero, febrero y octubre se caracterizan por presentar el menor registro de usuarios.

La gráfica VI.5 presenta la afluencia anual a los Centros Vacacionales de 2006 a 2013.

Durante el último año se observa un decremento de la población usuaria de 6.1 por ciento respecto a 2012. Entre las causas que ocasionaron esta caída, destacan las siguientes:

- i) El cierre por remodelación de algunas áreas del Centro Vacacional Atlixco-Metepec.
- ii) La percepción de inseguridad que prevalece en la región donde se ubica el Centro Vacacional Oaxtepec.
- iii) Problemas de acceso al Centro Vacacional Oaxtepec por los trabajos de ampliación de la carretera La Pera-Cuatla.

Situación financiera de los Centros Vacacionales

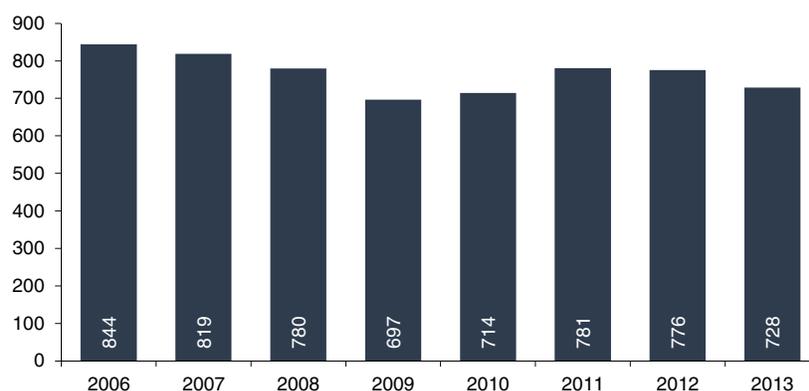
El cuadro VI.10 resume la situación financiera consolidada de los cuatro Centros Vacacionales de 2006 a 2013. Los resultados netos contemplan en cada ejercicio, ingresos por la estimación de adeudos de la empresa concesionaria del Parque Acuático Oaxtepec (PAO)¹¹⁶, así como por ajustes por ejercicios anteriores derivados del mismo concepto. Posterior a su recuperación, en 2012, el Instituto invirtió 47.7 millones de pesos en mantenimiento y conservación para que se encontrara en condiciones de operar nuevamente.

El resultado total es determinado en gran medida por los resultados del Parque Acuático Oaxtepec. Tan sólo en 2013, este resultado pasó de un déficit de 29.7 millones de pesos en 2012, a uno de 95.7 millones de pesos. Esta diferencia se explica porque en el año previo al periodo que se informa, el ajuste por ingresos estimados de ejercicios anteriores fue de 60.4 millones de pesos¹¹⁷, en tanto que para 2013 la estimación de este concepto fue únicamente de 500 mil pesos.

¹¹⁶ Este parque acuático estuvo concesionado hasta 2011 a la empresa Promotora de Centros de Esparcimiento, S. A. de C. V.

¹¹⁷ Ingresos por la estimación de adeudos de la empresa concesionaria del Parque Acuático Oaxtepec.

Gráfica VI.5.
Población usuaria anual de los Centros Vacacionales, 2006-2013
(miles de usuarios)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Cuadro VI.10.
Estado de resultados comparativo de los Centros Vacacionales, 2006-2013^{1/}
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ingresos								
Ingresos (1)	134.7	147.5	149.9	132.3	131.9	143.9	145.3	150.9
Descuentos (2)	0.0	-2.1	-15.2	-15.2	-18.1	-22.8	-19.1	-19.5
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	134.7	145.4	134.8	117.1	113.8	121.1	126.2	131.4
Gasto corriente								
Servicios de personal	179.2	185.5	188.4	185.0	189.3	187.7	188.2	193.7
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	9.6	8.1	7.1	6.8	5.7	6.7	9.6	8.2
Mantenimiento ^{2/}	34.4	30.1	50.5	39.9	46.3	36.9	46.2	57.8
Servicios generales y subrogación de servicios	50.5	48.0	46.0	38.2	33.8	39.6	43.0	40.2
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-3.4	-3.3	-3.2	-3.0	-2.9	-2.7	-2.5	-2.5
Total de gasto corriente (4)	270.3	268.5	288.8	266.9	272.3	268.2	284.4	297.5
Otros								
Provisión de obligaciones contractuales	3.9	12.1	22.9	12.8	11.3	-	16.2	18.5
Intereses financieros	-	-	-	-	-	-	-	-
Depreciaciones	5.0	7.1	6.0	5.3	4.7	4.1	7.3	7.9
Total de otros (5)	8.9	19.3	29.0	18.1	16.0	4.1	23.4	26.5
Total de gastos (6)=(4)+(5)	279.2	287.8	317.8	285.0	288.3	272.2	307.8	323.9
Resultado de operación (7)=(3)-(6)	-144.5	-142.3	-183.0	-167.9	-174.5	-151.1	-181.7	-192.5
Ingresos PAO (8)	81.0	72.5	91.4	84.3	93.4	34.8	91.6	97.3
Resultado de ejercicios anteriores (9)	-	2.7	0.2	0.9	477.6	-8.5	-60.4	0.5
Resultado Total (10)=(7)+(8)-(9)	-63.4	-72.6	-91.7	-84.4	-558.8	-107.8	-29.7	-95.7

^{1/} A partir de 2007 se contabiliza el impacto de los descuentos otorgados en los Centros Vacacionales. Estos descuentos comenzaron a regularse el 30 de abril de 2008 con la aprobación por parte del H. Consejo Técnico del IMSS de los "Lineamientos para el otorgamiento de descuentos".

^{2/} En 2012 no incluye 47.7 millones de pesos por concepto de conservación y mantenimiento del Parque Acuático Oaxtepec.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Para el mismo ejercicio, si se analiza únicamente el resultado de operación, sin considerar el efecto de los ajustes referidos y de los ingresos por el Parque Acuático Oaxtepec, el incremento en el déficit es de 6 por ciento en términos reales. Esta diferencia se explica por un aumento en el gasto de mantenimiento por trabajos de reencarpetamiento en la calzada perimetral del Centro Vacacional Oaxtepec, trabajos de mantenimiento y cambio de instalación eléctrica del auditorio del mismo centro, así como por la caída en el número de visitantes a los Centros Vacacionales, referida anteriormente.

El cuadro VI.11 presenta los resultados financieros de cada Centro Vacacional en 2013. Del mismo se desprende que:

- i) De los ingresos de los Centros Vacacionales, 55.4 por ciento se capta en el Centro Vacacional Oaxtepec¹¹⁸, seguido por Atlixco-Metepec que participa con 20.1 por ciento, La Trinidad con 15.9 por ciento y Malintzi con 8.6 por ciento.
- ii) Del gasto corriente, 65.1 por ciento se concentra en Oaxtepec, 16.4 por ciento en Atlixco-Metepec, 14.5 por ciento en La Trinidad y 3.9 por ciento en Malintzi.
- iii) El Centro Vacacional Malintzi es el único donde se observa un superávit equivalente a 122 mil pesos, mientras que los otros tres Centros Vacacionales registran déficits: Oaxtepec con 44.4 millones de pesos; Metepec con 25.9 millones de pesos, y La Trinidad con 25.6 millones de pesos.

Perspectiva financiera de los Centros Vacacionales 2014-2019

Esta sección presenta la proyección de los resultados financieros de los Centros Vacacionales para el periodo 2014-2019. El cuadro VI.12 muestra la proyección del déficit, el cual podría alcanzar los 73.4 millones de pesos en 2019. Esto representa una disminución de 23.3 por ciento en comparación con 2013.

Los resultados anteriores serán alcanzados mediante la instrumentación de las siguientes acciones, las cuales se llevarán a cabo con una mínima inversión: implementación del Plan Integral de Comercialización, que incluye la firma de convenios de colaboración, alianzas estratégicas e impulso al turismo de reuniones en las temporadas de menor ocupación de los centros; mejoramiento de la imagen, mediante la capacitación del personal de ventas y operativo, las certificaciones y recertificaciones de las unidades operativas, y el establecimiento de estándares de atención acordes con el sector; aplicación de cuotas diferenciadas, de acuerdo con la temporada de ocupación; fortalecimiento a la operación, incluyendo el Sistema de Administración Hotelera, y reestructura de la Oficina de Turismo y Convenciones, con prioridad en las áreas comerciales y de servicio.

¹¹⁸ Sin considerar los ingresos del Parque Acuático Oaxtepec (PAO).

Cuadro VI.11.
Resumen financiero de cada Centro Vacacional en 2013
(millones de pesos de 2014)

Concepto	Oaxtepec	Metepec	Trinidad	Malintzi	Total
Ingresos					
Ingresos (1)	83.6	30.3	24.1	13.0	150.9
Descuentos (2)	-13.1	-3.3	-2.9	-0.3	-19.5
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	70.5	27.0	21.2	12.7	131.4
Gasto corriente					
Servicios de personal	132.7	26.6	27.5	6.8	193.7
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	4.8	2.0	1.0	0.4	8.2
Mantenimiento	33.4	14.5	6.8	3.3	57.8
Servicios generales y subrogación de servicios	24.6	6.0	8.4	1.3	40.2
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-1.7	-0.3	-0.3	-0.1	-2.5
Total de gasto corriente (4)	193.7	48.8	43.3	11.7	297.5
Otros					
Provisión Obligaciones Contractuales (8)	12.7	2.5	2.6	0.7	18.5
Intereses Financieros	-	-	-	-	-
Depreciaciones	5.7	1.2	0.8	0.2	7.9
Total de otros (5)	18.5	3.7	3.4	0.9	26.5
Total de Gastos (6)=(4)+(5)	212.2	52.5	46.7	12.6	323.9
Resultado de Operación (7)=(3)-(6)	-141.7	-25.4	-25.5	0.1	-192.5
Ingresos PAO (8)	97.3	-	-	-	97.3
Resultado de Ejercicios Anteriores (9)	-	0.5	-	-	0.5
Resultado Total (10)=(7)+(8)-(9)	-44.4	-25.9	-25.6	0.1	-95.7

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Cuadro VI.12.
Resumen financiero de los Centros Vacacionales de 2013 y proyección 2014-2019^{1/}
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ingresos							
Ingresos (1)	150.9	157.1	164.2	171.0	177.4	183.7	189.6
Descuentos (2)	-19.5	-21.2	-22.9	-24.8	-26.6	-28.5	-29.4
Ingresos netos (3)=(1)+(2)	131.4	135.9	141.2	146.3	150.8	155.2	160.1
Gasto corriente							
Servicios de personal	193.7	195.7	197.6	199.6	201.6	203.6	205.6
Consumos de medicamentos, material de curación y otros	8.2	8.8	9.2	9.4	9.8	10.1	10.4
Mantenimiento	57.8	40.2	39.8	39.4	39.0	38.6	38.2
Servicios generales y subrogación de servicios	40.2	45.6	47.6	49.8	52.2	54.7	57.2
Régimen de Jubilaciones y Pensiones	-2.5	-2.5	-2.5	-2.5	-2.5	-2.5	-2.5
Total de gasto corriente (4)	297.4	287.8	291.7	295.7	300.1	304.6	309.1
Otros							
Provisión de obligaciones contractuales	18.5	19.1	20.9	22.3	23.7	25.2	26.4
Intereses financieros	-	-	-	-	-	-	-
Depreciaciones	7.9	7.9	7.9	7.9	7.9	7.9	7.9
Total de otros (5)	26.5	27.0	28.8	30.3	31.7	33.1	34.3
Total de gastos (6)=(4)+(5)	323.9	314.8	320.5	326.0	331.7	337.6	343.4
Resultado de operación (7)=(3)-(6)	-192.5	-178.9	-179.3	-179.7	-180.9	-182.5	-183.3
Ingresos PAO (8)	97.3	95.1	110.4	110.4	110.4	110.4	110.4
Resultado de ejercicios anteriores (9)	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Traslado de la depreciación (10)	-	-	-	-	-	-	-
Resultado Total (11)=(7)+(8)-(9)-(10)	-95.7	-84.3	-69.4	-69.8	-71.1	-72.6	-73.4

^{1/}Las proyecciones consideran ingresos por la operación del Parque Acuático Oaxtepec, y por la estimación de los adeudos causados por la empresa concesionaria.
Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

VI.4. Opciones de política

Para 2014, la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, con base en los objetivos estratégicos de mejorar la calidad y calidez de los servicios al otorgar prestaciones de forma expedita y transparente, implementará las siguientes acciones:

En guarderías:

- i) Ampliar la cobertura del servicio de guardería para atender la demanda y necesidades del mercado laboral por medio de procesos de adjudicación competitivos y transparentes. Durante 2014 se establecerán las bases de un nuevo modelo

de contratación, transparente y eficiente, que permita ampliar el acceso del servicio de guardería que presta el IMSS a un mayor número de mujeres trabajadoras, manteniendo el equilibrio financiero del Seguro de Guarderías. Dicho modelo de contratación busca, mediante un análisis de oferta y demanda, determinar las zonas con necesidad de espacios de guardería, con lo cual se asegura que la infraestructura que el IMSS ponga a disposición de las madres trabajadoras sea utilizada al máximo para no tener guarderías que no ocupan la capacidad construida. Aunado a ello, se busca asignar los lugares a aquellos interesados que ofrezcan las mejores condiciones de seguridad y calidad.

- ii) Situar en un elevado estándar de calidad a todas las unidades operativas que prestan el servicio de guarderías. Se buscará mantener elevados niveles de satisfacción de los usuarios del servicio, en niveles de al menos 95 por ciento, así como disminuir la incidencia de quejas relacionadas con el servicio. Se fomentará la participación de 30 guarderías en el Premio IMSS de Competitividad 2013 y que al menos cinco de ellas sean acreedoras al premio.
- iii) Simplificar la normatividad del servicio de guardería. En 2014 se simplificarán los procedimientos que sirven de base para el otorgamiento del servicio de guardería, con la finalidad de mejorar su entendimiento y aplicación. Con el objeto de continuar fomentando una alimentación saludable en los niños menores de 4 años, se adecuará el esquema alimentario, incrementando la variedad de menús y flexibilizando la combinación de estos. Lo anterior permitirá a los prestadores del servicio y a las guarderías de prestación directa tener más opciones para ofertar a los menores mayor variedad de alimentos.

La Organización Mundial de la Salud reporta 40 millones de niños en el mundo, menores de 5 años, con sobrepeso debido a hábitos alimenticios inadecuados y falta de actividad física. En el caso de México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, se ha registrado un ligero ascenso entre 1988 y 2012 en el porcentaje de niños menores de 5 años con sobrepeso, al pasar de 7.8 a 9.7. Derivado de ello, en continuidad a las acciones realizadas para prevenir la obesidad infantil y con ello reducir las complicaciones de salud derivadas del sobrepeso y la obesidad en la edad adulta, durante 2014 se pondrá en marcha el “Programa Guardería Promotora de la Salud”, que a través del impulso a la activación física y una alimentación saludable en las guarderías, premiará a aquellas que logren los mejores resultados

en el peso y talla de los menores. En este programa no sólo participarán los niños y niñas, sino también sus cuidadores y padres de familia, quienes deberán involucrarse en el seguimiento de las actividades que contempla el programa.

- iv) Asegurar la observancia de la normatividad mediante la supervisión y evaluación homogénea y confiable, considerando la participación de los usuarios. En enero y julio de 2014, en cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil y su Reglamento, se llevará a cabo la verificación de medidas de seguridad en todas las guarderías, con base en los “Estándares de Seguridad en Guarderías del IMSS” y la “Cédula de Verificación de Medidas de Seguridad en Guarderías del IMSS”, lo que contribuye a garantizar la integridad física de los menores en caso de presentarse alguna situación de riesgo. Además, se realizarán 5,526 visitas de supervisión a todas las guarderías, por lo que 95 por ciento de las unidades serán supervisada 4 veces y 5 por ciento, en 3 ocasiones.

Se continuará con la realización de visitas por parte de los padres de familia, en el marco del mecanismo de Participación Social en guarderías y se difundirá por medios electrónicos a los usuarios del servicio información relacionada con la salud, cuidado y atención infantil, lo que incidirá en el involucramiento de los padres en el desarrollo integral de sus hijos.

- v) Desarrollar las competencias y habilidades del personal por medio de un modelo de capacitación. Se capacitará en línea a 10,400 personas en temas de cuidado infantil para que brinden una mejor atención a las niñas y niños que están al cuidado de las guarderías del IMSS. Se impartirán, en coordinación con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y del Centro Nacional para

la Prevención y Control de Adicciones, cursos relacionados con violencia escolar, violencia familiar, maltrato infantil, educación en derechos humanos en la familia y en la escuela, y factores de riesgo psicosociales en niños y niñas, al menos a 5,000 personas que tienen relación con el servicio de guardería.

vi) Agilizar los trámites y procesos relacionados con el otorgamiento del servicio de guardería mediante el uso de tecnologías de la información. Al cierre de 2014, todos los niños y niñas inscritos en guarderías contarán con número de seguridad social propio. Lo anterior les permitirá acceder a los servicios que ofrece el IMSS a lo largo de su vida, sin utilizar el de sus padres y contar con él cuando se incorporen al mercado laboral.

En Velatorios y Centros Vacacionales:

i) Incrementar los ingresos en Velatorios con el fin de aumentar el número de servicios otorgados tanto de necesidad inmediata como de previsión; se llevarán a cabo agresivas campañas de promoción y difusión dirigidas a trabajadores y jubilados IMSS, y a la población en general.

En los Centros Vacacionales se pondrán en marcha distintas estrategias promocionales para dar a conocer los servicios que ofrecen para el turismo familiar y de reuniones, y se buscará obtener ventas adicionales mediante la captación de eventos de grupos y convenciones durante las temporadas bajas. Además, se trabaja en la aplicación de tarifas diferenciadas de acuerdo con la época de ocupación y se suscribirán acuerdos comerciales y convenios de colaboración con entidades públicas y privadas.

ii) Reducir gastos. Tanto en Velatorios como en Centros Vacacionales se implementarán medidas de austeridad presupuestaria sin afectar el servicio y se realizarán acciones para fortalecer los controles internos, así como para reforzar los esquemas de transparencia y rendición de cuentas.

iii) Situar en un elevado estándar de calidad en el servicio a Velatorios y Centros Vacacionales. Se implementarán acciones encaminadas a elevar los niveles de satisfacción de los usuarios de los servicios y disminuir la incidencia de quejas relacionadas con los mismos. Adicionalmente, se mejorarán los procesos de atención, incorporando el Modelo de Competitividad del IMSS.

iv) Desarrollar las competencias y habilidades del personal que presta el servicio en Centros Vacacionales. Se llevarán a cabo talleres para obtener certificaciones, dirigidos a guardavidas y personal operativo, en materia de atención de riesgos, salvaguarda de la integridad física, medidas de seguridad y protección civil.

v) Agilizar trámites y procesos para la prestación del servicio mediante el uso de tecnologías de la información. Para Centros Vacacionales se desarrollará un sistema de reservaciones en línea, que permitirá hacer más ágil la compra del servicio.

Seguro de Salud para la Familia



Capítulo VII

La Ley del Seguro Social establece 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 Instituto Mexicano del Seguro Social 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 Seguro de Salud para la Familia 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.

El financiamiento del Seguro de Salud para la Familia contempla dos fuentes: i) una cuota anual que pagan los asegurados que voluntariamente se incorporan, la cual se establece de acuerdo con el grupo de edad al que pertenezcan, y ii) una aportación por familia que realiza el Gobierno Federal, igual a la que correspondería por cada asegurado en el Seguro de Enfermedades y Maternidad, independientemente de la edad de los miembros y del tamaño de la familia afiliada¹¹⁹.

¹¹⁹ Artículo 242 de la Ley del Seguro Social.

El Seguro de Salud para la Familia ha sido deficitario desde su creación, debido principalmente a que las cuotas establecidas en el Artículo 242 de la Ley del Seguro Social fueron insuficientes para cubrir el gasto de la atención médica; además de que para su actualización sólo se consideró la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor, sin tomar en cuenta otros factores como los demográficos y los epidemiológicos de la población asegurada.

Esta situación fue reconocida por el Congreso de la Unión, de forma tal que en diciembre de 2013, se aprobó una reforma al Artículo 242 de la Ley del Seguro Social que faculta al Consejo Técnico del IMSS para fijar las cuotas que las personas incorporadas al Seguro de Salud para la Familia deberán pagar anualmente. Se proyecta que en el futuro el nuevo esquema de financiamiento permitirá reducir el déficit de este seguro.

VII.1. Estado de actividades 2013

En el cuadro VII.1 se presenta el estado de actividades del Seguro de Salud para la Familia para el ejercicio 2013. Se consideran dos escenarios: i) con registro parcial, y ii) con registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP).

Como se aprecia en el cuadro VII.1, el resultado del ejercicio del Seguro de Salud para la Familia fue equivalente a un déficit de 6,184 millones de pesos con el registro parcial del costo neto del periodo de las obligaciones laborales del Instituto y de 25,906 millones de pesos con el efecto del reconocimiento total de estas obligaciones.

VII.2. Población asegurada

A diciembre de 2013, la población afiliada al Seguro de Salud para la Familia ascendió a 458,500 personas, lo que significó un decremento de 2 por ciento respecto a la del mismo periodo del año anterior. La evolución que ha tenido esta población de 2006 a la fecha se muestra en la gráfica VII.1, donde se observa en 2009 un incremento de la población de 39 por ciento debido a que en ese año se incorporaron 130,000 beneficiarios de la Compañía de Luz y Fuerza del Centro.

En la gráfica VII.2 se refleja la posible selección adversa de la población asegurada a este Seguro, la cual se caracteriza por una acumulación en las edades más avanzadas al concentrar 31 por ciento en los grupos de edad de 45 a 59 años; mientras que, en comparación con la población afiliada al Seguro de Enfermedades y Maternidad, estos grupos representan 15 por ciento. Adicional a lo anterior, la característica de afiliación voluntaria al Seguro de Salud para la Familia podría vincularse a una necesidad de atención médica específica y posiblemente preexistente. En este sentido, se infiere que debido a que la población del Seguro de Salud para la Familia se concentra en edades relativamente más avanzadas, también es más propensa a enfermarse y, por ende, su atención resulta más costosa.

Cuadro VII.1.
Estado de actividades del Seguro de Salud para la Familia, al 31 de diciembre de 2013
(millones de pesos corrientes)

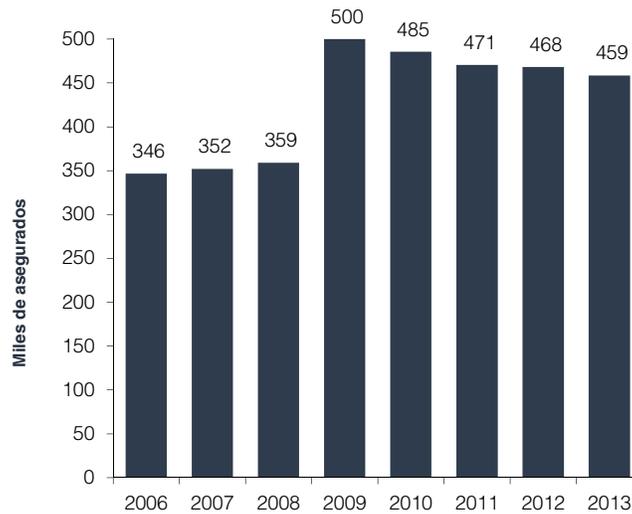
Concepto	Costo neto del periodo del RJP	
	Con registro parcial	Con registro total
Ingresos y otros beneficios		
Ingresos de la gestión		
Cuotas y aportaciones de seguridad social	2,173	2,173
Ingresos por venta de bienes y servicios		
Ingresos por venta de bienes y servicios de organismos descentralizados	57	57
Otros ingresos y beneficios		
Ingresos financieros		
Intereses ganados de valores, créditos, bonos	17	17
Otros ingresos y beneficios varios	102	102
Total de ingresos	2,349	2,349
Gastos y otras pérdidas		
Gastos de funcionamiento		
Servicios de personal ^{1/}	4,327	4,175
Materiales y suministros	1,619	1,619
Servicios generales y subrogación de servicios	617	617
Otros gastos y pérdidas		
Estimaciones, depreciaciones y deterioro	69	69
Otros gastos	71	71
Pagos a pensionados y jubilados IMSS ^{2/}	1,542	1,694
Costo por beneficios a empleados (RJP) ^{2/}	288	20,010
Total de gastos	8,533	28,255
Resultado del ejercicio	-6,184	-25,906

^{1/} En el rubro servicios de personal con registro pleno no se consideran 152 millones de pesos correspondientes a los pagos por prima de antigüedad y las aportaciones del Instituto al Régimen de Jubilaciones y Pensiones, de acuerdo con las cláusulas contractuales, ya que están incluidas en el rubro de pagos a pensionados y jubilados IMSS.

^{2/} El costo neto del periodo determinado por el despacho externo Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V., por 21,704 millones de pesos en 2013, se integra por los rubros pagos a pensionados y jubilados IMSS y costo por beneficios a empleados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

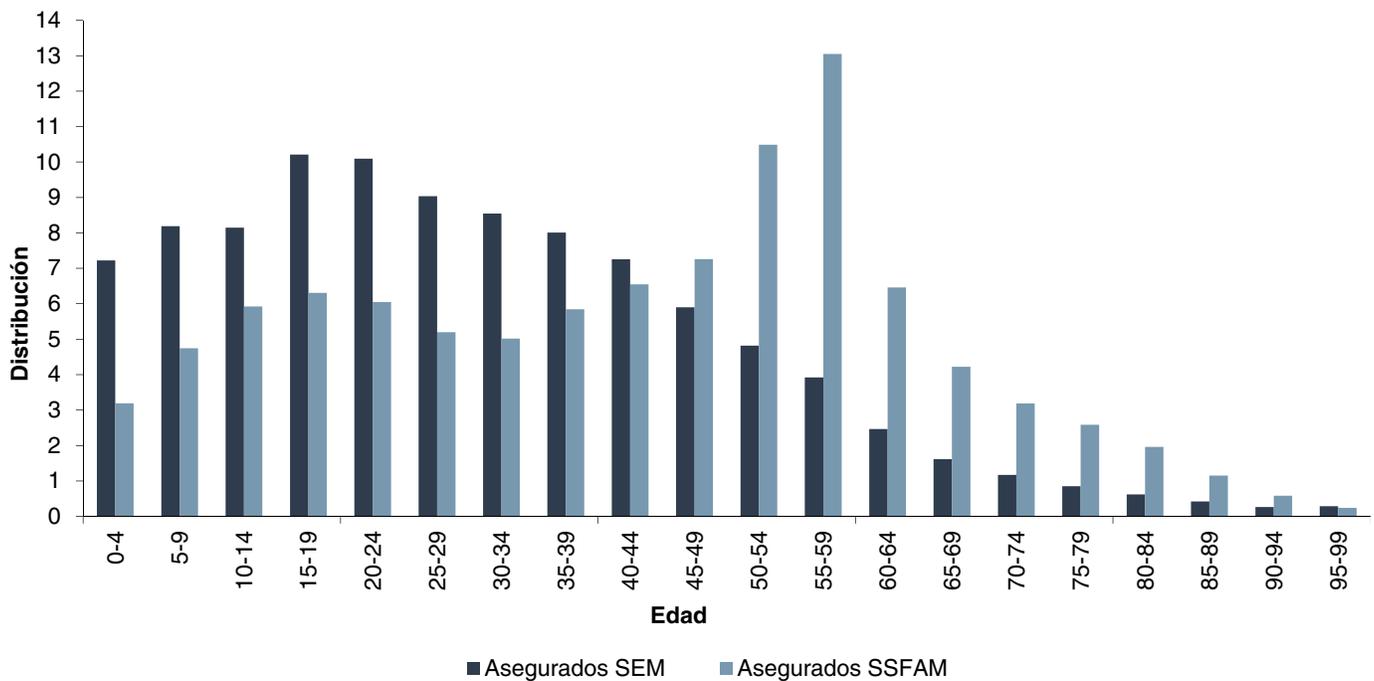
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS, a partir de los Estados Financieros dictaminados al 31 de diciembre de 2013 y 2012, y de la Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados", al 31 de diciembre de 2013 y Proyecciones para 2014.

Gráfica VII.1.
Asegurados al Seguro de Salud para la Familia, a
diciembre de cada año, 2006-2013
 (miles de asegurados)



Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

Gráfica VII.2.
Comparativo de la distribución de la población afiliada^{1/} al Seguro de Salud para la Familia
respecto a la del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en 2013
 (porcentaje)



^{1/} La población afiliada al Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) y al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) corresponde a la población derechohabiente adscrita a médico familiar descontándole la población de pensionados y de sus familiares.

Fuente: Dirección de Finanzas, con datos del Sistema de Acceso a Derechohabientes, IMSS.

VII.3. Cuotas de financiamiento

El déficit histórico del Seguro de Salud para la Familia fue reconocido por el Congreso de la Unión en una iniciativa de reforma al Artículo 242 de la Ley del Seguro Social, en diciembre de 2013, que permitió que el H. Consejo Técnico del IMSS tuviera la posibilidad de establecer las cuotas anuales que pagarán los asegurados voluntarios al Seguro de Salud para la Familia con el propósito fundamental de:

- Ampliar la cobertura al facilitar la incorporación de grupos, individuos o familias que no tienen una relación obrero-patronal.
- Dar certidumbre al Instituto de que contará con los recursos suficientes para financiar los servicios que se comprometerá a otorgar.

A partir de esta reforma, se estimaron las cuotas aplicables en el ejercicio 2014, mismas que se comparan con las cuotas que se pagaron en 2013, así como con el gasto por asegurado en el Seguro de Enfermedades y Maternidad y las primas anuales que se cobran en un seguro privado de gastos médicos mayores (gráfica VII.3).¹²⁰

Se muestra que aun cuando hay un ajuste a las cuotas del Seguro de Salud para la Familia en 2014 del orden de 15 por ciento respecto a las que se pagaban en 2013¹²¹, están muy por debajo del gasto promedio por asegurado, especialmente en edades avanzadas en que el gasto puede ser hasta de cuatro veces la cuota. Asimismo, la gráfica ilustra que el gasto de los asegurados del Seguro de Salud para la Familia está por encima de los asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, lo cual es indicativo de la selección adversa antes mencionada.

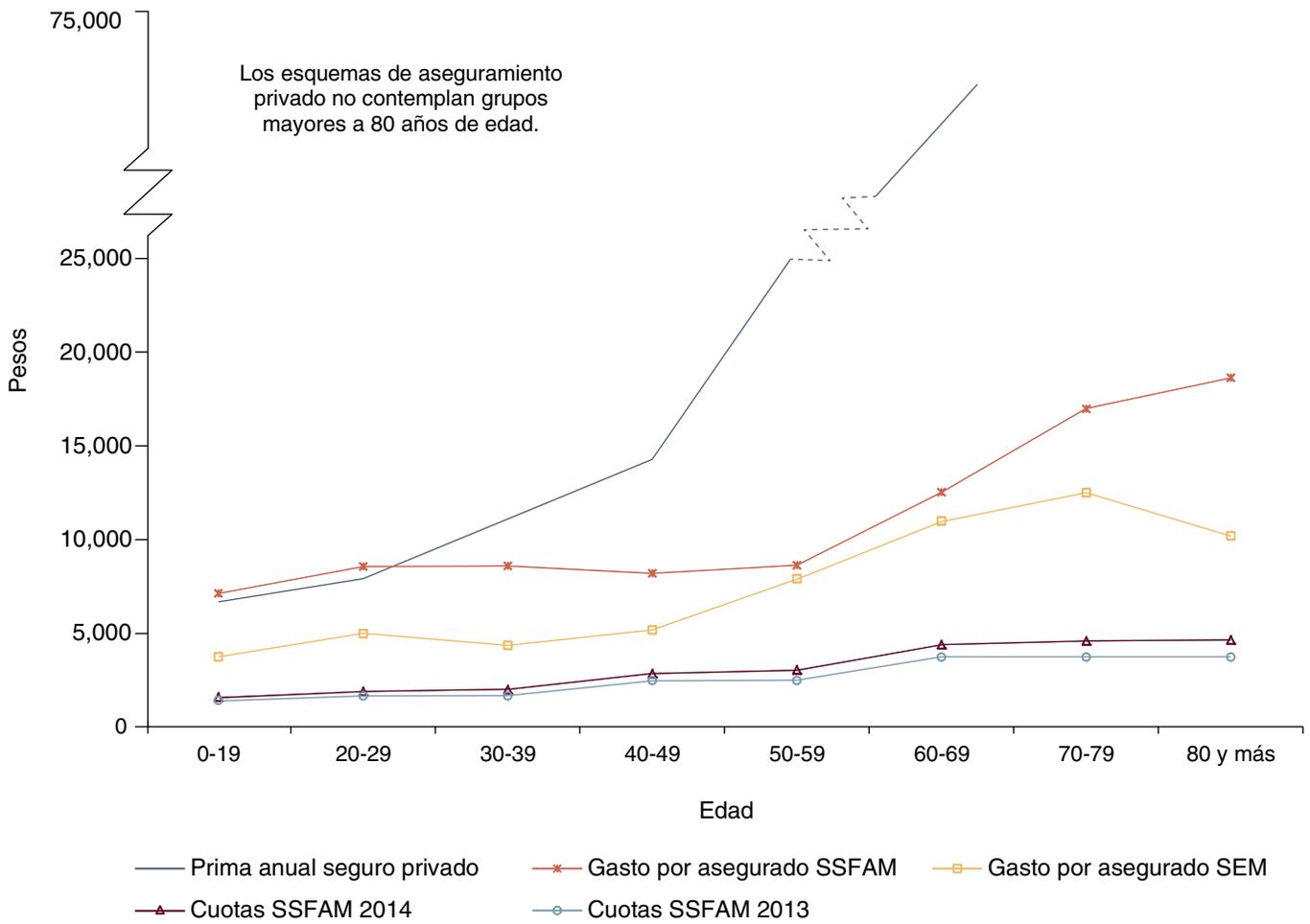
También se observa que la prima anual de un seguro privado puede ser desde cuatro veces la cuota del Seguro de Salud para la Familia en edades jóvenes, hasta más de 15 veces en edades avanzadas. A diferencia de los seguros privados, en el Seguro de Salud para la Familia no se tiene deducible, coaseguro, suma asegurada máxima, ni edad límite máxima, por lo que aun con el incremento a las cuotas en 2014, sigue siendo una excelente opción de seguro de salud para las familias que no cuentan con seguridad social.

Hacia adelante, conforme el seguro sea menos deficitario, el IMSS arrancará una campaña de afiliación para aumentar la cobertura de salud a más mexicanos. Así, se buscará mejorar la salud de un mayor número de personas, incluso aquellas que no tengan seguridad social de manera formal.

¹²⁰ Las primas de los seguros privados son ilustrativas y representan un promedio. Pueden variar de forma significativa por la aplicación de deducibles, coaseguro y sumas aseguradas máximas.

¹²¹ Actualizadas a pesos de 2014 con la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Gráfica VII.3
Cuotas anuales y gasto por asegurado en los seguros de Salud para la Familia, de Enfermedades y Maternidad y en un esquema de aseguramiento privado



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS; Diario Oficial de la Federación; Sector Asegurador.



Con una trayectoria ininterrumpida de 35 años, IMSS-Oportunidades es un programa federal que contribuye a garantizar el derecho a la protección de la salud mediante el otorgamiento de servicios preventivos gratuitos en comunidades rurales y urbano marginadas de nuestro país. Su origen respondió a la preocupación del Estado Mexicano por ampliar los servicios de salud a la población desprotegida, aplicando un enfoque de cooperación gobierno y sociedad, por lo cual se aprovechó la práctica de solidaridad social vigente en los pueblos indígenas y campesinos para involucrar y hacer participe a la comunidad en el cuidado de su propio bienestar físico.

La creación y desarrollo del Programa IMSS-Oportunidades se da bajo el cobijo del IMSS, organismo que le ha proporcionado el respaldo y asistencia técnica y administrativa necesarios para lograr impactos en el mejoramiento de la salud de los grupos más vulnerables. Su primer antecedente se remonta a 1973, cuando se reforma la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender su acción a grupos de población sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas. Derivado de esta reforma, en 1974 se instrumenta el Programa Nacional de Solidaridad Social en el que se establece que como retribución por el acceso a los servicios, los beneficiarios realizarían aportaciones en efectivo, o bien, trabajos personales en favor de sus propias comunidades. Ahí radica el principal distintivo del Programa IMSS-Oportunidades: una red

comunitaria conformada por la población receptora de los servicios, que con su participación multiplica y favorece el autocuidado de su salud.

En sus primeros años, el Programa estableció servicios de manera predominante en la zona ixtlera del norte del país, construyendo siete Clínicas-Hospital de Campo y adaptando 310 graneros de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) para que funcionaran como unidades de primer nivel de atención. En 1976 esta red comprendía 30 Hospitales Rurales y 310 Unidades Médicas Rurales con los que se atendía a 3.8 millones de personas. En 1977 el Ejecutivo Federal crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) como parte de una política integral para atender la pobreza. Con el objetivo de acelerar la ampliación de cobertura en salud en las zonas marginadas de México y aprovechar la experiencia adquirida por el IMSS, en 1979 la Presidencia de la República suscribe con éste un convenio de coordinación para el establecimiento de servicios de solidaridad social que derivará en el programa sectorial IMSS-Coplamar. A partir de esta fecha registra su primera expansión en términos de infraestructura, al construir 30 hospitales de segundo nivel de atención y 2,715 unidades médicas de primer nivel. En 1981 ya contaba con una red de servicios integrada por 60 hospitales y 3,025 Unidades Médicas Rurales, con los que se daba atención médica a más de 10 millones de indígenas y campesinos.

En 1983 se decreta la desaparición de Coplamar, asignando al IMSS la administración total del Programa IMSS-Coplamar. Esta circunstancia permitió que a partir de la experiencia institucional adquirida se transformara el sistema de atención médica en un Modelo de Atención Integral a la Salud, que interrelaciona la atención médica y la participación comunitaria. Entre las bondades de este Modelo destaca la posibilidad de adecuarse a las culturas locales, a las necesidades específicas de la población de responsabilidad y a los recursos disponibles,

donde la participación comunitaria se considera un medio para generar una cultura de la prevención en entornos especialmente propicios a la propagación de enfermedades.

Con la descentralización de los servicios de salud a los gobiernos de los estados que tuvo lugar en 1984, el Programa transfiere 23 hospitales y 911 Unidades Médicas Rurales a 14 entidades federativas. Este hecho disminuye su presencia en 44 por ciento del territorio nacional. El Programa se mantuvo funcionando con 50 hospitales y 2,404 Unidades Médicas Rurales, con los cuales se daba atención médica a 9 millones de personas. Esta política de descentralización de servicios de salud no tuvo el impacto deseado.

Con la creación del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) en el periodo 1988-1994, el Gobierno Federal retorna a una política de combate a la pobreza extrema en todo el país. Lo anterior propicia el cambio de denominación del Programa IMSS-Coplamar por IMSS-Solidaridad y el impulso, por parte de Pronasol, de la ampliación de servicios de salud a más localidades marginadas. Esto se traduce en un crecimiento extraordinario en la infraestructura de IMSS-Solidaridad con 1,111 nuevas unidades de primer nivel y 10 Hospitales Rurales, situación que permitió atender a 10.3 millones de personas. Después de esta fecha y durante más de una década el Programa tuvo un crecimiento marginal y es solamente en el bienio 2009-2010 cuando se amplía su infraestructura y reingresa a los estados de México y Guerrero, entidades en las que había dejado de operar debido a la referida descentralización de los servicios de salud (cuadro VIII.1).

Actualmente, IMSS-Oportunidades tiene presencia en 27 estados del país, con una población adscrita de 11.9 millones de personas, atiende a 20,223 localidades –7 por ciento del total nacional– pertenecientes a 1,472 municipios –60 por ciento del total nacional–. El Programa no tiene criterios de selección pero sí de adscripción: cada unidad médica tiene su población

Cuadro VIII.1.
Evolución del Programa IMSS-Oportunidades

Año	Suceso relevante	Denominación	Unidades Rurales		Cobertura (millones de personas)
			Primer Nivel	Segundo Nivel	
	Primeras acciones para la atención a población no asegurada y marginada.				
1943	Creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública (SSA), su población objetivo: campesinos, desempleados, trabajadores de la economía informal y con más índices de marginación.				
1954-1972	El IMSS amplía gradualmente su espectro de aseguramiento: asalariados y agrícolas del norte del país (1954), trabajadores urbanos independientes (1959), trabajadores estacionales del campo y miembros de sociedades de crédito ejidal (1960), productores y cortadores de caña (1963), ejidatarios y productores de escasos recursos (1965), ejidatarios del cultivo de henequén (1972).				
	Reforma a Ley del Seguro Social.				
1973	Extiende su acción a grupos sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas.		7		
	Inicia servicios en la zona de Chontalpa, Tabasco con unidades en préstamo por parte del IMSS (esquema modificado).				
1974-1976	Desarrollo de infraestructura propia.	Programa Nacional de Solidaridad Social.	310	7 30	1 3.8
1979	Convenio IMSS y Coplamar. Se comienza a denominar al Programa como IMSS-Coplamar.	Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.	2,715	30	
	Desaparece Coplamar.				
1983	Se otorga al IMSS la responsabilidad total del Programa.	IMSS-Coplamar	3,025	60	10
	Descentralización de los servicios de salud.				
1984	Se transfieren a gobiernos de los estados 23 HR y 911 UMR.	IMSS-Coplamar	2,404	50	9
	Se crea el Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol).				
1989-1994	Pronasol promueve el crecimiento de la infraestructura.	IMSS-Solidaridad	3,434	62	10.3
	Creación de Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá).				
1997	El apoyo económico se condiciona a la asistencia a consultas médicas.		3,539	68	10.9
	En Consejo Técnico del IMSS aprueba nueva denominación.				
2002	Se crea el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).	IMSS-Oportunidades	3,540	69	10.6
	Primera integración de un padrón nominal de beneficiarios.				
2011-2013	IMSS-Oportunidades: prestador de servicios al Seguro Popular.		3,589	79	11.9

HR: Hospital Rural.

UMR: Unidad Médica Rural.

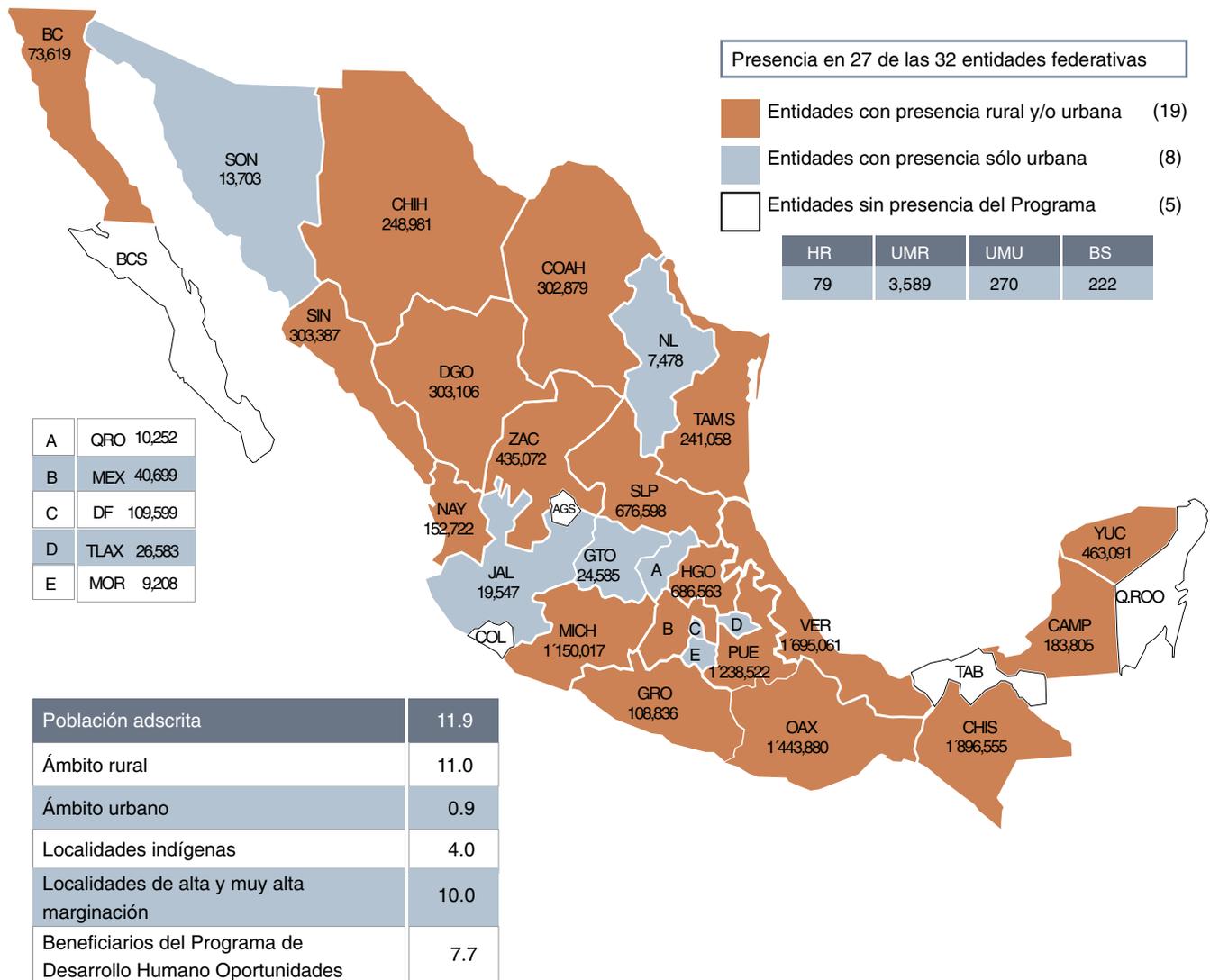
Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

objetivo, la cual se considera beneficiaria, demande o no atención médica, al ser favorecida con las acciones que realiza la red comunitaria de salud en cada localidad. Para evitar la duplicidad en la atención, se establecen acuerdos con los Servicios Estatales de Salud para asignar a la población a la red de servicios médicos más cercana a su domicilio (gráfica VIII.1).

A partir de 2011, IMSS-Oportunidades cuenta con un padrón nominal de sus beneficiarios que ha permitido su

identificación en otros programas e instituciones como el Seguro Popular con el que existe una concurrencia de 5.2 millones de personas, equivalente a 44 por ciento de la población de IMSS-Oportunidades, y con el IMSS, con quien la concurrencia es de 0.9 millones de personas que representa 8 por ciento del padrón de IMSS-Oportunidades. La atención a la población afiliada al Seguro Popular se refleja en el creciente número de consultas otorgadas a este sector (cuadro VIII.2).

Gráfica VIII.1.
Cobertura del Programa IMSS-Oportunidades 2013



Cifras en millones de beneficiarios

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

Cuadro VIII.2.
Consultas otorgadas a población con Seguro Popular
(cifras en millones)

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013
Beneficiarios	--	0.5	1.4	1.8	5.2
Consultas otorgadas	0.7	1.1	2.6	3.5	4.3

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.

VIII.1. Financiamiento

El Programa IMSS-Oportunidades está sujeto a reglas de operación; la asignación de sus recursos es aprobada por la Cámara de Diputados y está plasmada anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Es financiado con recursos transferidos como subsidios por el Gobierno Federal a través de dos vertientes: Ramo 19 "Aportaciones a Seguridad Social" ministrado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y con recursos provenientes del Ramo 12 "Salud", que son aportados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para apoyar el componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Los recursos autorizados en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2013 ascendieron a 8,800 millones de pesos del Ramo 19; asimismo, del Ramo 12 se recibieron recursos por un monto de 1,100 millones de pesos. Adicionalmente, en los meses de julio y octubre de 2013 se celebraron convenios específicos con los Servicios Estatales de Salud de Oaxaca y Chiapas, por 60 y 180 millones de pesos, respectivamente, como contraprestación por la atención médica que se brinda en las unidades del Programa IMSS-Oportunidades a las personas afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud. En suma, los recursos totales en 2013 ascendieron a 10,140 millones de pesos. En materia de ejercicio presupuestal, 66 por ciento de los recursos asignados se destinó al capítulo de servicios personales, mientras que al capítulo de consumo de bienes se asignó 20 por ciento del total del presupuesto, del cual la mayor parte se utilizó para afrontar el gasto en medicamentos, vacunas y material

de curación. El capítulo de conservación contó con 2 por ciento del presupuesto (cuadro VIII.3). La gráfica VIII.2 muestra la evolución del presupuesto asignado en los últimos años.

Respecto al capital humano, al mes de diciembre de 2013 el Programa contó con 24,134 trabajadores con plaza presupuestal (cuadro VIII.4). Destaca la baja proporción del personal administrativo en la plantilla, es decir, menos de 9 por ciento del total del personal realiza funciones no sustantivas; este factor se explica por la no duplicidad de puestos de trabajo en las delegaciones donde opera el Programa, ya que gran parte de las funciones administrativas se realizan con el apoyo del personal del Régimen Ordinario del IMSS, logrando sinergia y generando economías de escala.

Cuadro VIII.3.
Ejercicio Presupuestal 2013
(millones de pesos)

Concepto	Importe
Servicios de Personal	6,699
Consumo de Bienes	2,034
Servicios Generales	887
Conservación	277
Gasto Corriente	9,897
Bienes Muebles e Inmuebles	161
Obra Pública	40
Inversión Física	201
Total	10,098

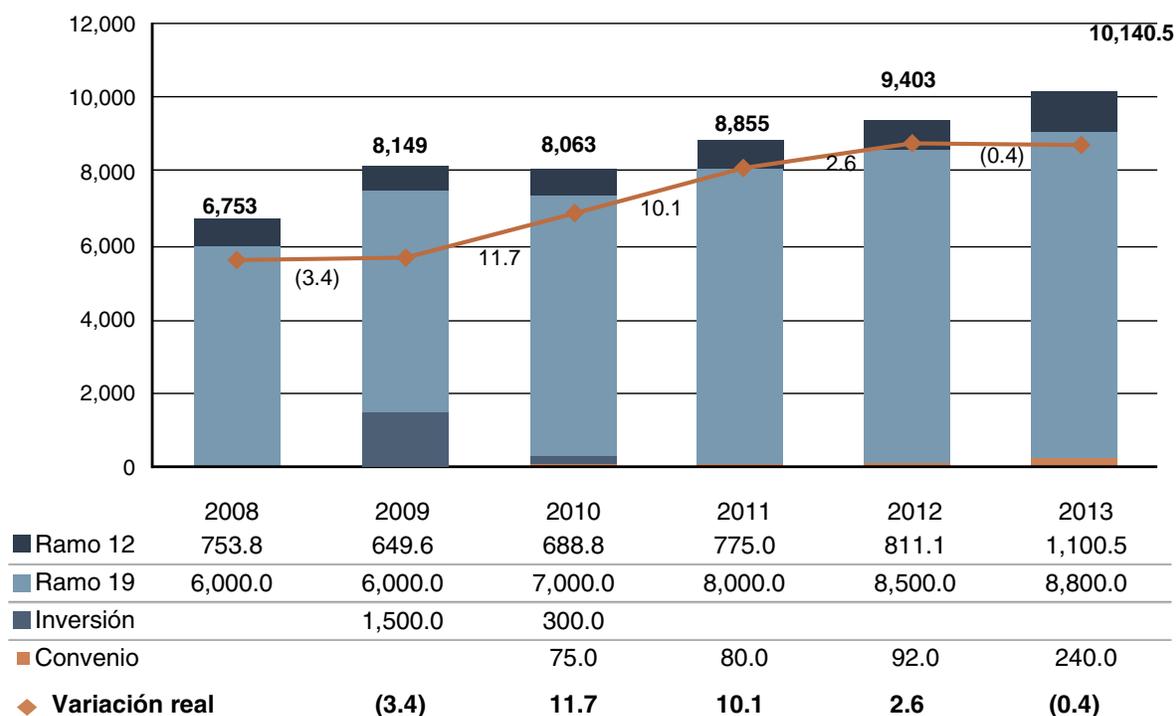
Fuente: Sistema de presupuesto de IMSS-Oportunidades, 2013.

Cuadro VIII.4.
Plantilla de personal a diciembre 2013

Disciplina	Plazas	Porcentaje
Médicos	6,259	25.9
Enfermeras	11,211	46.5
Paramédicos	801	3.3
Administrativos	1,966	8.1
Servicios Generales	3,412	14.1
Acción Comunitaria	485	2.0
Total	24,134	100.0

Fuente: Sistema Integral de Administración de Personal (SIAP), 2013.

Gráfica VIII.2.
Presupuesto 2008-2013
(millones de pesos corrientes)



Fuente: Informes de cuenta pública (IMSS-Oportunidades).

La característica de IMSS-Oportunidades en el ámbito de servicios personales es la participación de becarios y residentes provenientes del propio Instituto en su último año de adiestramiento. Esto se considera un acierto técnico porque permite la integración de múltiples disciplinas en un equipo de trabajo, y financiero porque disminuye los costos de operación, ofrece la posibilidad de proporcionar capacitación en servicio a profesionistas que en fechas cercanas se integrarán al trabajo de la institución, además de asegurar la presencia de personal médico calificado en los Hospitales Rurales.

El Programa ha obtenido resultados satisfactorios en diversas evaluaciones externas que se le han aplicado, como lo expresan las conclusiones de la “Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa IMSS-Oportunidades, 2011-2012”, coordinada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) que destaca: “Durante los últimos cinco años, el Programa se ha fortalecido

con estrategias de planeación y ejecución, lo que ha permitido el otorgamiento de los servicios dirigidos al logro de su propósito, modificando procesos con base en la identificación de áreas de mejora”.

En el apartado “Eficiencia y Economía Operativa del Programa” de la misma evaluación se menciona que el gasto unitario por servicio del Programa está subestimado en 22.5 por ciento. El Programa también fue sujeto a un estudio de costo-efectividad que incluyó la evaluación de un paquete de intervenciones realizadas por IMSS-Oportunidades y por los Servicios Estatales de Salud para la atención de problemas de salud en cuatro entidades que cubren a más de la mitad de la población beneficiaria: Chiapas, Michoacán, Oaxaca y Veracruz. Las conclusiones muestran un panorama general de mejor desempeño en las Unidades del Programa IMSS-Oportunidades. Cuando se evaluaron las intervenciones dirigidas a la reducción de la mortalidad materna e infantil, las unidades de IMSS-Oportunidades resultaron costo-

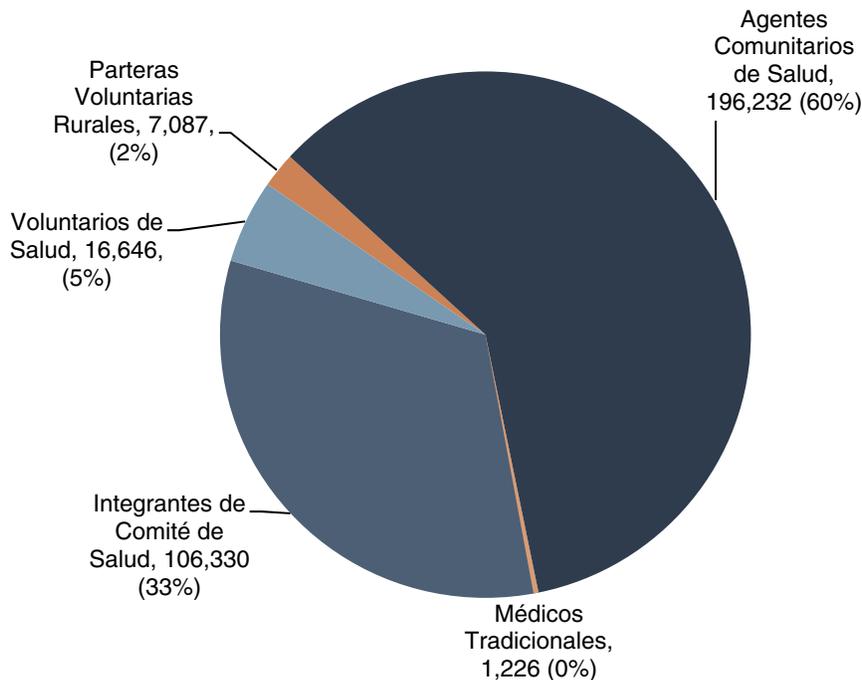
efectivas dominantes en 100 por ciento de los casos analizados.

VIII.2. Modelo de Atención Integral a la Salud

El Modelo de Atención Integral a la Salud que opera IMSS-Oportunidades se sustenta en la Atención Primaria a la Salud y en sus componentes de Salud Pública, Atención a la Salud y Comunitario, que vinculan las acciones comunitarias a las médicas que se otorgan a través del primer y segundo niveles de atención, con un enfoque eminentemente preventivo e integral para enfrentar las causas, los riesgos y los daños a la salud mediante estrategias de prevención, promoción y educación a la salud, que fomentan la apropiación de conocimientos y adopción de hábitos saludables con pleno respeto a la cultura, organización y prácticas tradicionales de cada comunidad, contando, para ello, con la participación de más de 300 mil voluntarios.

El componente de acción comunitaria se apoya en una red comunitaria organizada en comités de salud, parteras, médicos tradicionales y agentes comunitarios (gráfica VIII.3), elegidos en asamblea comunitaria para llevar a cabo actividades como la identificación y derivación de pacientes o personas en riesgo a las unidades médicas; notificación de padecimientos de importancia en salud pública a través de la vigilancia epidemiológica simplificada y búsqueda intencionada de embarazadas; atención del parto de bajo riesgo, en el caso de parteras y, por último, participación en acciones de mejora de las condiciones de salubridad general y ambiental de sus comunidades. La participación comunitaria constituye una de las principales fortalezas del Programa IMSS-Oportunidades, consolidada a través de más de tres décadas de vigencia y fortalecida mediante asesoría y capacitación permanentes.

Gráfica VIII.3.
Red comunitaria



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2013 y Censo 2013 de parteras y voluntarios de salud.

VIII.3. Logros del Programa IMSS-Oportunidades

VIII.3.1. Vacunación universal

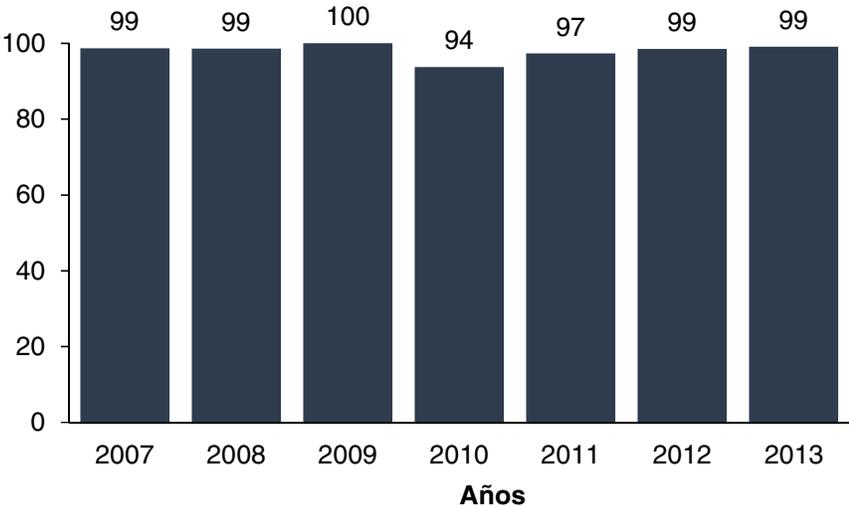
Es una de las intervenciones del Componente de Salud Pública representativa por excelencia de la prevención, y un claro ejemplo de equidad inmunológica para los niños de IMSS-Oportunidades, en donde se aplican todas las vacunas del esquema básico establecido por el Sector Salud. Para su cumplimiento se pasó de una inversión de 114 millones de pesos en 2007 a 520 millones de pesos en el 2013, año en el que se aplicaron más de 8.6 millones de vacunas, manteniendo las coberturas dentro del rango establecido por el Sector Salud (95 por ciento y más)(gráfica VIII.4).

La vacunación permitió la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y la reducción de la difteria, tos ferina y las diarreas graves por rotavirus, entre otras, lo que contribuyó al abatimiento de la tasa de mortalidad en los menores de 5 años atendidos por IMSS-Oportunidades, que disminuyó de 19.8 por 1,000 nacidos vivos en 1990 a una tasa de 7.5

en 2013 (gráfica VIII.5), con lo que se está en la ruta de cumplir una de las metas de los Objetivos del Milenio, que estableció reducir la mortalidad en este grupo en dos terceras partes entre 1990 y 2015 (como país se espera pasar de 47.08 a 15.69 defunciones por 1,000 nacimientos).

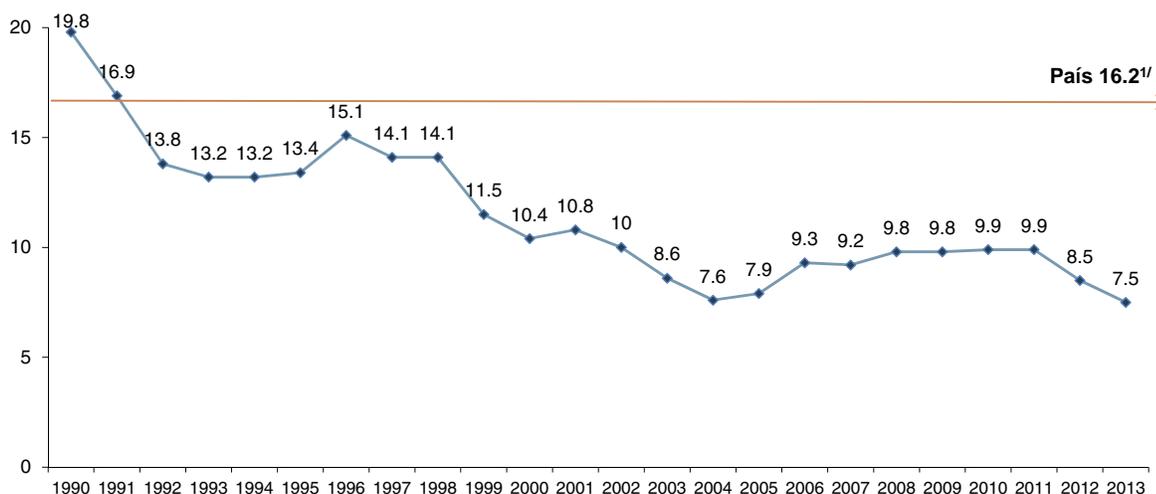
A partir de la pandemia de influenza del 2009, IMSS-Oportunidades se ha sumado a ejecución de acciones preventivas de esta enfermedad; en la temporada invernal, 2013-2014, se aplicaron más de 2.7 millones de dosis de vacuna contra la influenza, protegiendo a 100 por ciento de los grupos de riesgo. Para alcanzar este logro es de resaltar la colaboración de los integrantes de la red comunitaria, quienes participaron activamente a través de la estrategia de información, educación y comunicación para promover la vacunación (a través de mantas, carteles, periódicos murales, pinta de bardas y perifoneo), y con el apoyo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), mediante la transmisión de mensajes en lenguas indígenas y español.

Gráfica VIII.4.
Coberturas de vacunación en niños menores de 5 años, 2007-2013
(porcentaje)



Fuente: Programa de Vacunación Universal 4.11, 2007-2008; Estimaciones del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), 2009-2013.

Gráfica VIII.5.
Mortalidad en menores de 5 años
 (tasa por 1000 nacidos vivos)



^{1/2} Secretaría de Salud; Rendición de Cuentas en Salud, 2011.

Fuente: Sistemas de Mortalidad, IMSS-Oportunidades.

VIII.3.2. Prevención y reducción de la muerte materna

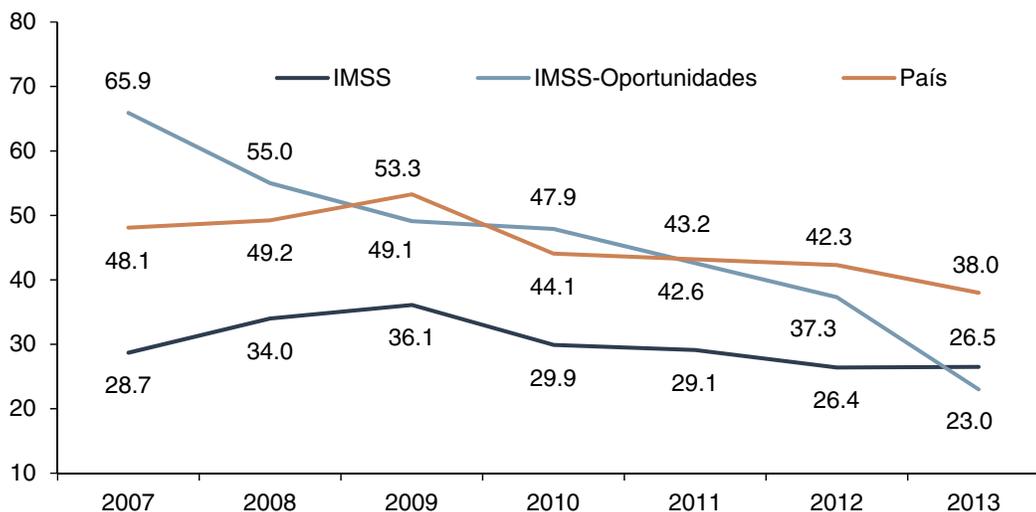
La muerte materna es un problema de salud pública a nivel mundial, que en México afecta principalmente a las mujeres del medio rural, por lo que IMSS-Oportunidades ha instrumentado una serie de estrategias que han permitido registrar una clara tendencia a la disminución en los últimos años, mediante un enfoque preventivo y anticipatorio que toma en cuenta los determinantes socioeconómicos, culturales y geográficos que favorecen su ocurrencia. En el 2013 se logró una tasa de 23 por 100 mil nacidos vivos, lo que significa una disminución de 65 por ciento con respecto al 2007, donde se registró una razón de 65.9. Con este resultado se contribuye a que el país cumpla con el Objetivo del Milenio de alcanzar una meta de 22 defunciones por 100 mil nacidos vivos al año 2015 (gráfica VIII.6).

Las acciones se han dirigido a mejorar el acceso a los servicios de salud, la oportunidad del control prenatal y la calidad de la atención médica, pero predominantemente a disminuir los embarazos de alto riesgo, a través del incremento en el número de

aceptantes de métodos anticonceptivos, que del 2007 al 2013 pasaron de 297,629 a 321,376, lo que representa un incremento de 8 por ciento. La atención de la emergencia obstétrica más especializada se logra a través del Acuerdo 126, que es un ejemplo de sinergia institucional, que faculta a las unidades médicas del Instituto a atender a las pacientes derivadas por IMSS-Oportunidades. Dicha disminución no hubiera sido posible si no se contara con una amplia red social de apoyo a través de las parteras rurales y los voluntarios de la comunidad.

Durante 2013 las más de 7 mil parteras voluntarias rurales atendieron 9,327 partos de bajo riesgo (8.1 por ciento del total atendido por el Programa), otorgaron 257 mil consejerías de planificación familiar y derivaron a 4 mil 146 mujeres a la unidad médica para adoptar un método anticonceptivo definitivo. La dificultad para acceder a los servicios de salud por las grandes distancias y las condiciones geográficas hace de la partera, en algunos casos, la única opción de asistencia durante el embarazo y la atención del parto. La disminución de 10 por ciento que se observa de los partos atendidos por parteras en el 2013 con relación

Gráfica VIII.6.
Tendencia de la razón de muerte materna
País, IMSS e IMSS-Oportunidades, 2007-2013^{1/}
 (tasa por 100 mil nacidos vivos)



^{1/}Información preliminar, sujeta a modificación.

Fuente: Secretaría de Salud: Dirección General de Epidemiológica, Dirección General de Información en Salud; IMSS: Dirección de Prestaciones Médicas; IMSS-Oportunidades: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Activa de la Muerte Materna.

al 2012, se debe a la prioridad que se ha dado al parto institucional como una estrategia para disminuir riesgos en la atención materno-infantil (gráficas VIII.7 y VIII.8).

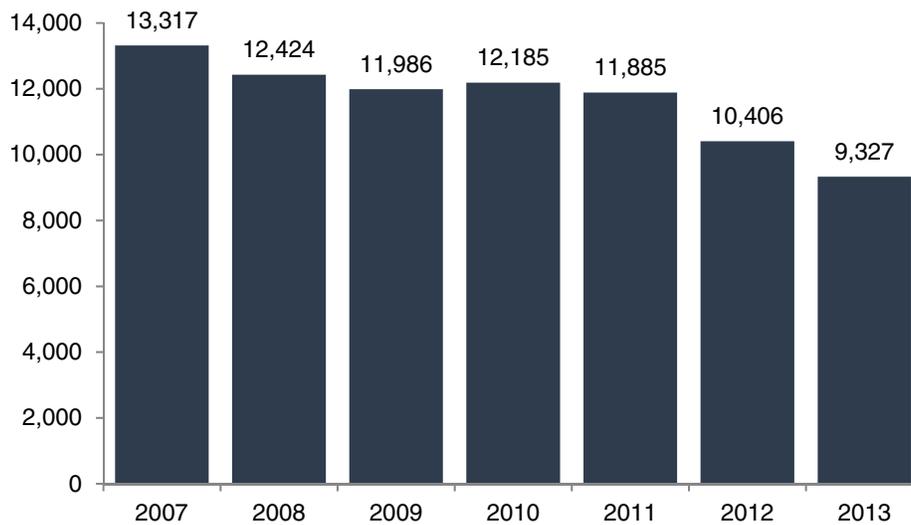
La operación de los 67 albergues comunitarios que existen a nivel nacional ha contribuido sensiblemente en la reducción de la muerte materna, ya que en estos espacios, generalmente ubicados dentro de un Hospital Rural del Programa o en un predio cercano a éste; se ofrece de forma gratuita hospedaje, alimentación y orientación para el mejor cuidado de la salud, prioritariamente a mujeres embarazadas y puérperas, así como a pacientes del hospital, acompañantes o familiares de escasos recursos, quienes generalmente provienen de comunidades poco accesibles, lejanas y dispersas. La mayoría de estos albergues son atendidos por voluntarios capacitados que hablan la lengua indígena de la región, lo que facilita brindarles un mejor servicio. En 2013 se atendieron más de 500 mil personas, de las

cuales 27 por ciento fueron embarazadas y puérperas, 13 por ciento pacientes con diversos padecimientos y 60 por ciento acompañantes.

VIII.3.3. Atención Integral al Adolescente

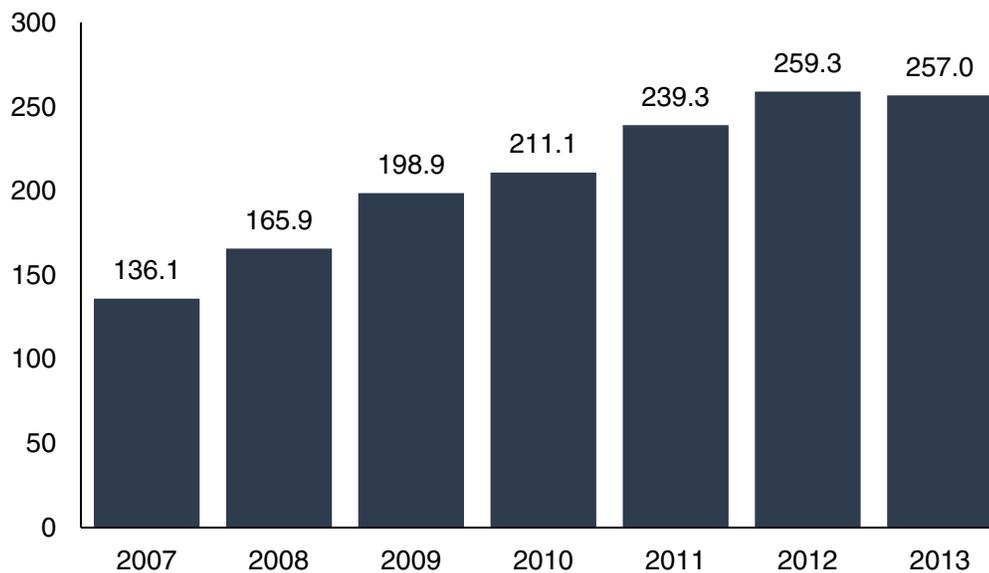
El origen de la estrategia se remonta a 1998, en respuesta al creciente número de embarazos no planificados en los jóvenes de 10 a 19 años, lo que originaba que de cada 10 muertes maternas 2 pertenecían a este grupo; con inicio de la vida sexual a los 17 años en promedio, de las cuales sólo 40 por ciento de las mujeres usó un método anticonceptivo. La estrategia se aplica en los Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA), espacios ubicados en cada una de las Unidades Médicas en donde se llevan a cabo acciones educativas con un enfoque preventivo que favorece la adopción de hábitos y prácticas saludables. Por este medio se proporcionan a los adolescentes herramientas para fortalecer su autoestima y tomar

Gráfica VIII.7.
Partos atendidos por parteras
(casos)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

Gráfica VIII.8.
Consejerías otorgadas por parteras
(miles de casos)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

mejores decisiones, especialmente con respecto al uso informado de métodos anticonceptivos, con pleno respeto a sus derechos humanos y reproductivos. Los resultados obtenidos entre 2007 y 2013 reflejan el incremento de 39 por ciento en el número de adolescentes aceptantes de estos métodos (gráfica VIII.9), lo que ha permitido disminuir a 1 de cada 10 muertes maternas en este grupo.

La estrategia de los Centros de Atención Rural del Adolescente continúa fortaleciéndose tanto en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva como en la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, así como en la prevención de sobrepeso y obesidad, violencia y adicciones.

VIII.3.4. Prevención y atención oportuna del cáncer cérvico-uterino

Este cáncer continúa como un problema de salud pública en México y constituye la segunda causa de muerte por neoplasia en las mujeres de 25 años y más, siendo más vulnerables las que habitan en regiones rurales e indígenas, motivo por el cual las estrategias de prevención son las de mayor impacto y en las que IMSS-Oportunidades ha consolidado dos: la vacunación y la detección oportuna. A través de esta última, en 2013 se efectuaron 956,743 citologías (papanicolaou) a mujeres de 25 a 64 años, alcanzando una cobertura acumulada de 95 por ciento (gráfica VIII.10); estas acciones de tamizaje permitieron identificar a 12,998 pacientes que presentaban algún tipo de lesión premaligna del cuello uterino o infección por el virus del papiloma humano que es el principal precursor del cáncer cérvico-uterino, por lo que fueron referidas a los Hospitales Rurales para su atención especializada. Durante el 2013 las parteras rurales de la red comunitaria participaron refiriendo a 78 mil 461 mujeres para su detección en las unidades médicas.

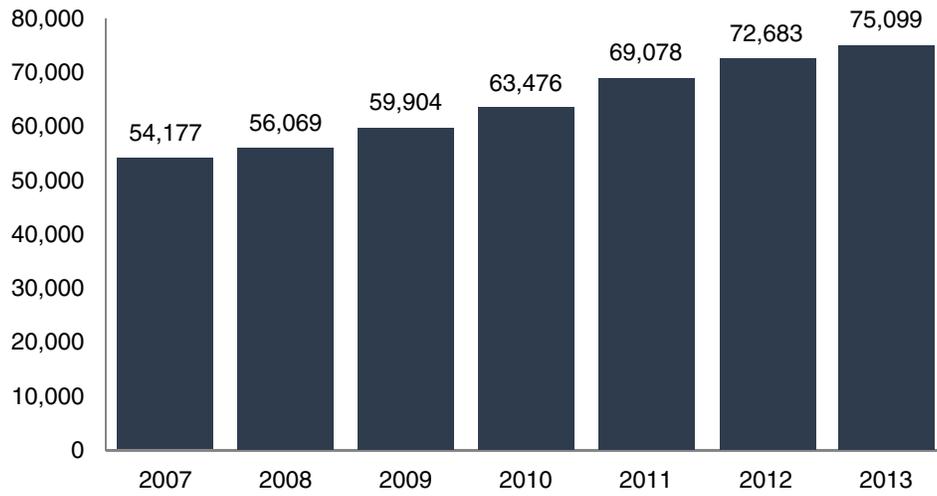
La vacunación contra el virus del papiloma humano dio inicio en el 2008, en las adolescentes de 12 a 16 años, de los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano; para el 2010 se universalizó su aplicación a todas las niñas de 9 años y, actualmente, para ampliar la cobertura, el Consejo Nacional de Vacunación estableció vacunar durante las Semanas Nacionales de Salud a las niñas inscritas en 5º año de primaria y de 11 años no escolarizadas. En 2013, IMSS-Oportunidades aplicó en la primera y segunda Semana Nacional de Vacunación 91,005 y 103,653 dosis de esta vacuna, respectivamente, logrando coberturas con esquemas completos (2 dosis) de 99.5 por ciento.

VIII.3.5. Vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades

México es un país en donde la transición epidemiológica no ha concluido. Se enfrenta a problemas de salud como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, pero existen grupos poblacionales donde la pobreza y la marginación determinan que aún prevalecen enfermedades como el dengue, el cólera y la tuberculosis. Para ello, se ejecutan medidas preventivas y asistenciales eficaces. En el caso del dengue, la incidencia en 2013 en el país fue mayor en relación con 2012, al tener 25 por ciento más de casos confirmados (de 52,128 a 65,067). En IMSS-Oportunidades los casos confirmados disminuyeron 13 por ciento y una reducción de la letalidad de 6 a 2 defunciones en el mismo periodo. De igual forma se controlaron 314 brotes hasta su alta sanitaria.

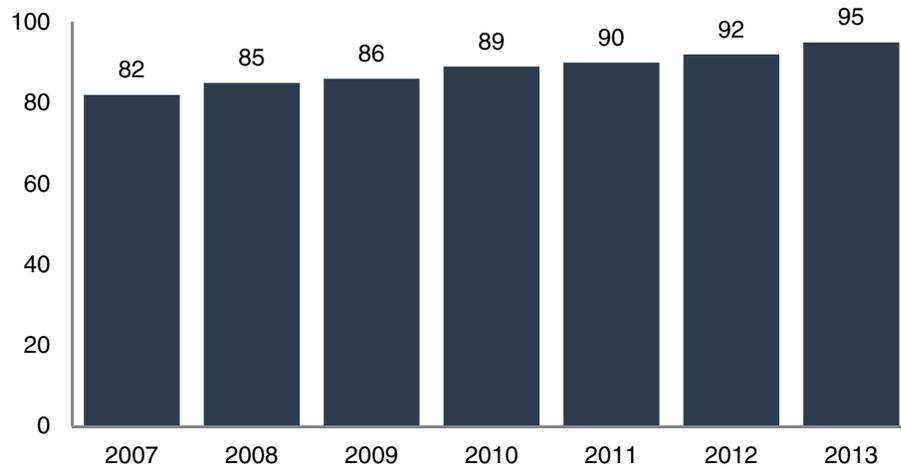
Durante 2013 se presentó un brote de cólera en la zona de Huejutla, Hidalgo, y se participó en todas las medidas de control conjuntamente con la Secretaría de Salud. El adecuado manejo del brote en esa zona, aunado al excelente manejo hospitalario, permitió que no ocurriera ninguna defunción por cólera entre los 61

Gráfica VIII.9.
Adolescentes aceptantes de métodos anticonceptivos
(casos)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

Gráfica VIII.10.
Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino, 2007-2013
(porcentaje)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

pacientes hospitalizados. Con las acciones realizadas en las localidades afectadas se logró el control del brote en pocos días (gráfica VIII.11).

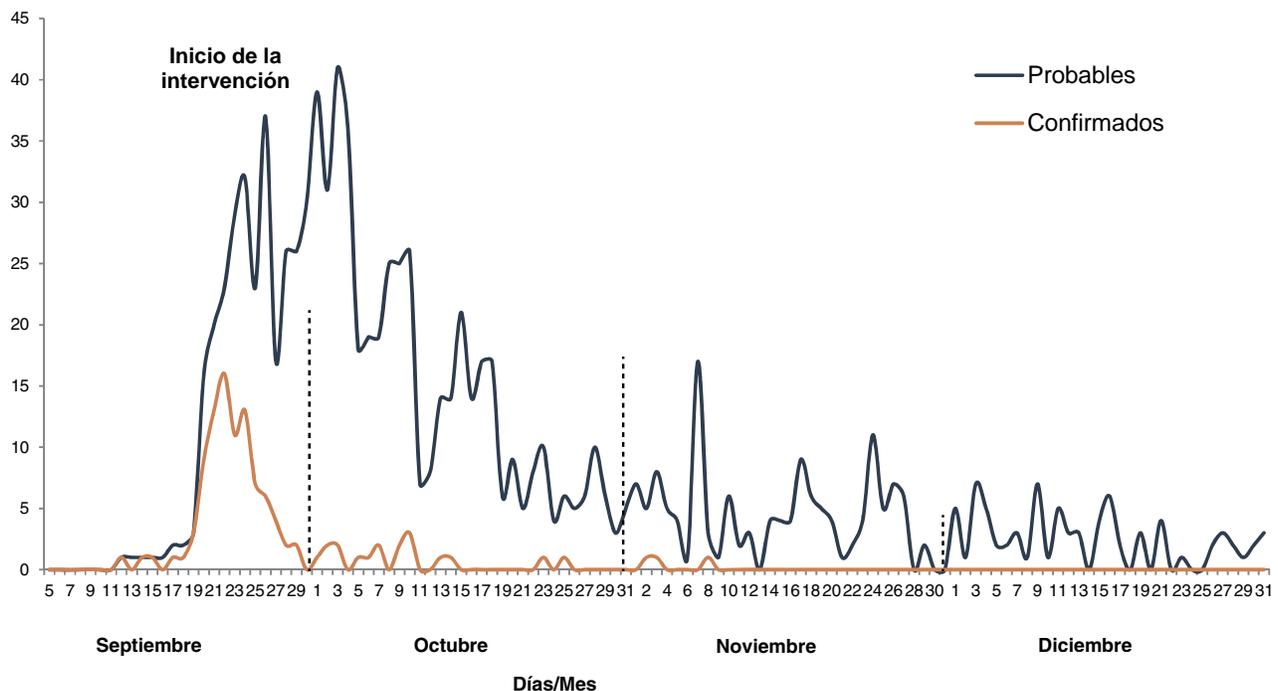
En las acciones de prevención y control de enfermedades asociadas al mal saneamiento participó activamente la red comunitaria con:

- Promoción de hábitos saludables a más de 2 millones de familias, con especial atención en el control de fauna nociva y transmisora y disposición adecuada de basura, situación que influye directamente en la disminución de enfermedades transmisibles por vectores como el dengue o el paludismo. Se logró una cobertura favorable de más de 90 por ciento de familias del universo de atención del Programa.

- Promoción del consumo de agua limpia (hervida o clorada) y la disposición de la excreta en letrinas adecuadas o sanitarios ecológicos.
- Operación de la estrategia de información, educación y comunicación.

La disminución de la incidencia y la mortalidad por tuberculosis pulmonar es una de las metas que México tiene comprometidas como parte de los Objetivos del Milenio. De las detecciones realizadas en 2013 fueron identificados 750 casos nuevos, cuyos pacientes iniciaron tratamiento (cuadro VIII.5). Se obtuvo una tasa de curación de 87.4 por ciento, superando el indicador mínimo del estándar internacional y del sector que es de 85 por ciento.

Gráfica VIII.11.
Curva epidémica de brote de diarreas/cólera en localidades cubiertas por IMSS-Oportunidades en Hidalgo, 2013
 (casos)



Fuente: Plataforma electrónica de cólera del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2013.

Cuadro VIII.5.
Principales resultados de la prevención y control de la tuberculosis

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Detecciones	69,730	76,889	63,929	65,496	52,355	76,855	78,161
Incidencia	8.8	9.1	9.2	8.3	7.5	8.1	6.3
Casos	929	930	941	856	776	865	750
Tasa de curación (85% y más)	65%	79%	85%	83%	89%	88%	87%

Fuente: Sistema de Información en Salud a Población Abierta; plataforma electrónica de tuberculosis del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2007-2013.

En lo que concierne al seguimiento y control de la tuberculosis, los voluntarios de la red comunitaria contribuyeron visitando a los pacientes en su domicilio para suministrarles el medicamento todos los días; en el 2013 se atendieron a 192 personas, que representan 25 por ciento del total de casos (gráfica VIII.12), acarreando beneficios tanto para la salud de las personas como en su economía al evitarles los costos de traslado a la unidad médica.

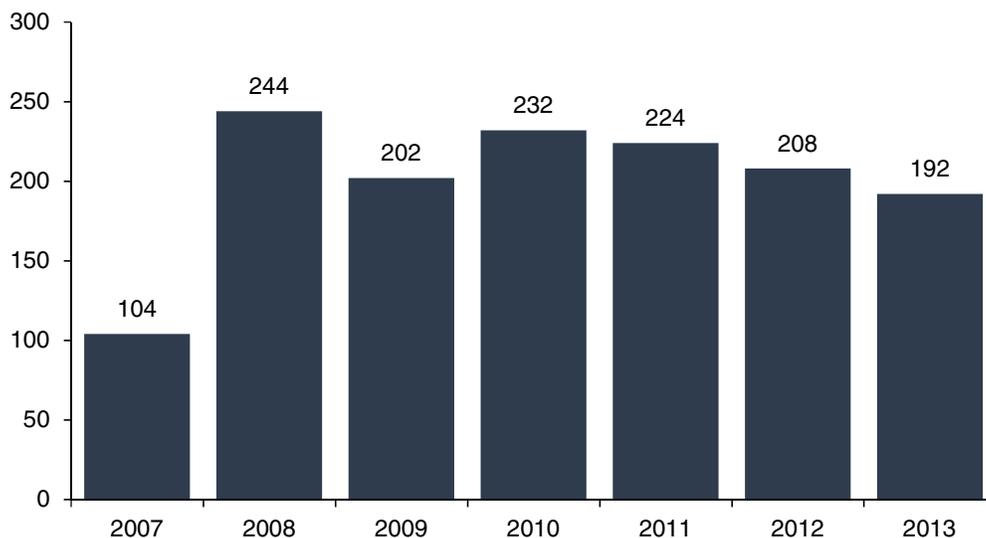
Como parte de la transición epidemiológica de México, la diabetes mellitus fue la primera causa de mortalidad del país con 87,702 defunciones que representan 14.7 por ciento del total de muertes del 2011, situación que no está exenta en el medio rural, por lo que se han fortalecido las acciones preventivas. En el 2013 se logró 98 por ciento de la meta de detecciones oportunas de esta enfermedad, lo que ha permitido integrar a tratamiento a 192,530 pacientes, lo que significó 5 por ciento más en relación con el año anterior, mismos que con su manejo tendrán una mejor calidad de vida, ya que 61.4 por ciento se mantienen en control (cuadro VIII.6).

En el marco de la política social integral del Gobierno Federal, IMSS-Oportunidades participa con las Secretarías de Salud y de Desarrollo Social para garantizar que las familias que reciben un subsidio económico por parte del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades tengan acceso a un paquete básico de servicios de salud. A nivel nacional dicho Programa atiende a 5.9 millones de familias, de las cuales IMSS-Oportunidades brinda el componente de

salud a 1.4 millones, que representan 23.7 por ciento del total, es decir, se atiende casi una cuarta parte del padrón nacional. Dicho componente consiste en tres estrategias centrales de carácter eminentemente preventivo:

- Acciones de salud. Proporcionando gratuitamente el Paquete Básico Garantizado de Salud y la ampliación progresiva de 13 a 27 intervenciones de salud pública del Catálogo Universal de Servicios de Salud. En 2013 se registraron 1.4 millones de familias en control en el ámbito rural de 19 estados y en el urbano de 26 entidades federativas, otorgándoles más de 9 millones de consultas médicas, de las cuales 1.2 millones corresponden a niños menores de 5 años, 399 mil a embarazadas y 257 mil a mujeres en periodo de lactancia.
- Nutrición. Se incorpora la promoción de una mejor nutrición de la población, en especial para prevenir y atender la desnutrición y obesidad de niños y niñas desde la etapa de gestación a través de la vigilancia y el seguimiento del estado de nutrición, la entrega de suplementos alimenticios a niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y el control de los casos de desnutrición. En 2013 otorgamos mes a mes suplemento alimenticio a 108 mil 811 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y a 498 mil 080 menores de 6 a 59 meses de edad.
- Autocuidado de la salud. Se utiliza la comunicación educativa para fomentar y mejorar la salud de las

Gráfica VIII.12.
Vigilancia de casos de tuberculosis por voluntarios
(casos)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

Cuadro VIII.6.
Principales resultados de la prevención y control de la diabetes mellitus

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Detecciones	3,226,455	3,070,361	3,238,157	2,617,917	2,864,838	3,065,478	3,237,680
Pacientes registrados	107,910	114,378	127,642	145,459	172,808	183,908	192,530
Control glicémico (60% y más)	ND	ND	ND	ND	108,322 (62.7%)	113,158 (61.5%)	118,237 (61.4%)

ND: No disponible.

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

familias y de la comunidad dando prioridad a la educación alimentaria nutricional, la prevención de enfermedades y el apego a los tratamientos de pacientes crónicos. En el 2013 se tuvo contacto con más de 9 millones de personas a través de los voluntarios de la red comunitaria, quienes recibieron capacitación en el año mediante talleres impartidos por el personal institucional.

Estas acciones han contribuido a obtener resultados favorables de acuerdo con las evaluaciones externas de impacto aplicadas al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades que muestran un aumento de la talla en niños menores de 6 meses (de 25.3 a 26.4 centímetros en promedio a nivel nacional), en dos años de seguimiento, y la reducción del porcentaje de anemia de 55 a 44 por ciento en ese mismo grupo.

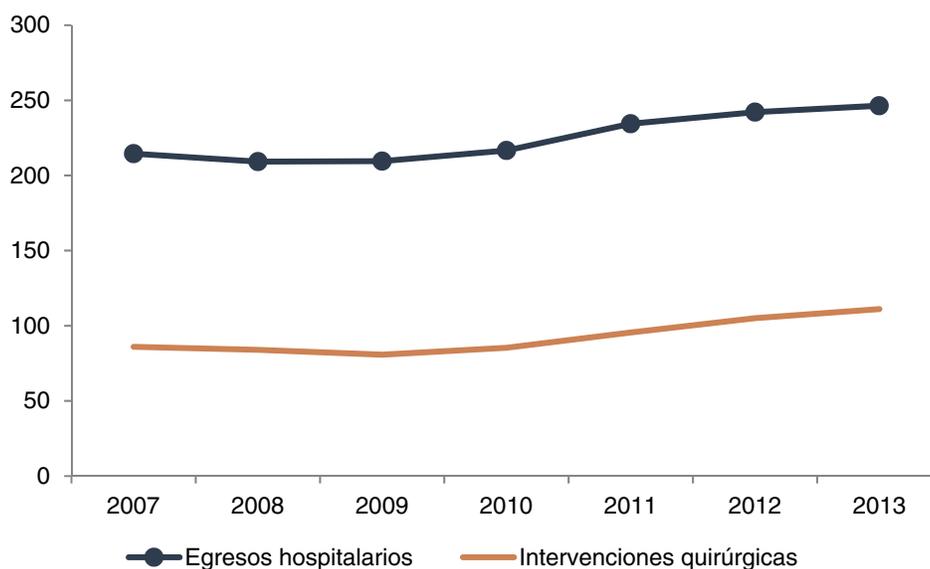
VIII.3.6. Atención médica

Las acciones del Modelo de Atención Integral a la Salud se otorgan a través de Hospitales Rurales, en

los cuales se cuenta con las especialidades básicas (Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Anestesiología), mismas que en el medio rural significan la única oportunidad de atención especializada en forma gratuita, siendo en algunos casos la diferencia entre la vida o la muerte. El funcionamiento del sistema hospitalario de IMSS-Oportunidades no podría entenderse sin la presencia continua y permanente de 2,000 residentes en su último año de adiestramiento que cada año rotan por los Hospitales Rurales, provenientes de los hospitales y Unidades Médicas de Alta Especialidad del IMSS en su Régimen Obligatorio, lo que ha permitido mantener la tendencia ascendente en el número de egresos hospitalario e intervenciones quirúrgicas (gráfica VIII.13).

Ante la necesidad de acercar los servicios de alta especialidad a las comunidades atendidas por IMSS-Oportunidades, se instrumentó hace 18 años una estrategia vanguardista y sin precedente denominada Encuentros Médico-Quirúrgicos, con el

Gráfica VIII.13.
Egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas, 2007-2013
(miles)



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta, 2007-2013.

objetivo de abatir rezagos en salud susceptibles de intervención quirúrgica en beneficio de una población predominantemente indígena que por sus condiciones de marginación y pobreza no han tenido las mismas oportunidades de recibir atención especializada, entre otras, las asociadas a malformaciones congénitas que afectan el desarrollo de niños y jóvenes, secuelas de accidentes, traumatismos y quemaduras, enfermedades discapacitantes como las cataratas que lesionan la calidad de vida de la población adulta, así como el diagnóstico oportuno y tratamiento de lesiones premalignas y malignas de cáncer cérvico-uterino y de mama. A la fecha se han realizado 330 Encuentros en las especialidades de Oftalmología, Cirugía Reconstructiva, Cirugía Pediátrica, Ginecología Oncológica y Urología, en los cuales se han valorado más de 171 mil personas y realizado más de 42 mil procedimientos quirúrgicos.

VIII.4. Opciones de política

Hay suficiente evidencia de que el Programa IMSS-Oportunidades es un caso de éxito en la historia de la salud pública en México. Su alto grado de aceptación social y base comunitaria, asignación eficiente de recursos, alto costo-efectividad de sus intervenciones y bajo costo administrativo, permiten explicar que se trata de un Programa de intervención en salud altamente referenciado nacional e internacionalmente. Las recientes discusiones sobre el Modelo de Atención Integral a la Salud que ha emprendido la Secretaría de Salud, reconocen a IMSS-Oportunidades como un referente nacional para la construcción del Modelo.

Para poder proseguir y mejorar sus estrategias a favor de la salud de la población sin seguridad social y formar parte del proyecto de universalización de la salud, el Programa requiere de su participación en el financiamiento del Seguro Popular, tal y como la Ley General de Salud lo establece. Esto significa entender que se trata de un prestador del Seguro Popular, precisamente el que cuenta con más población

y unidades médicas, que de manera inequívoca debe recibir los recursos de la parte de la cápita por todas aquellas personas que siendo afiliadas al Seguro Popular son atendidas por el Programa IMSS-Oportunidades.

Manteniendo sus señas de identidad, para 2013-2018 IMSS-Oportunidades contempla como estrategias prioritarias:

- a) Contribuir a la universalización del acceso a la salud.
- b) Garantizar servicios de salud con calidad protegiendo la seguridad de los pacientes.
- c) Promover el refuerzo de la atención primaria a la salud.
- d) Mejorar la atención a los grupos vulnerables en coordinación con la Cruzada Nacional contra el Hambre.

En este sentido, para garantizar la portabilidad del derecho a la salud, el Programa continuará promoviendo la firma de Convenios de Colaboración con el Seguro Popular en todos los estados donde IMSS-Oportunidades tiene presencia, como un justo reconocimiento a la cobertura que IMSS-Oportunidades proporciona al Seguro Popular. Para avanzar en la convergencia de servicios, se incrementará el Paquete Básico Garantizado de Salud para las familias beneficiarias del Programa IMSS-Oportunidades y la promoción de la afiliación de los beneficiarios de IMSS-Oportunidades al Seguro Popular.

En relación con el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, está previsto continuar con la acreditación de establecimientos médicos como garantía de calidad, el cumplimiento de las metas internacionales de seguridad del paciente, la expansión del aval ciudadano como parte de la contraloría social y la atención basada en la evidencia con el impulso a las Guías de Práctica Clínica.

El Programa IMSS-Oportunidades tiene una clara vocación de orientación a la prevención y a las intervenciones de salud pública, por ello se potenciarán acciones en favor de la centralidad de la atención basada en la Atención Primaria de Salud. Se busca reforzar la Red Comunitaria, un orgullo de IMSS-Oportunidades, y establecer la consulta de Enfermería para responder al auge de las enfermedades crónicas y la incorporación de Unidades Médicas Móviles que lleven las intervenciones de salud a las comunidades más alejadas.

Para mejorar el acceso y atención a los grupos vulnerables, además de la activa participación en los componentes de salud y alimentación de la Cruzada Nacional contra el Hambre, IMSS-Oportunidades pretende realizar acciones de concertación con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, potenciando la interculturalidad y el respeto a los derechos de los pueblos y comunidades indígenas a los que presta servicios integrales de salud el Programa.

Sin perder su tradición y sus características que le convierten en un programa exitoso de salud, el Programa IMSS-Oportunidades busca estar en la avanzada de la innovación de la gestión y organización de los servicios de salud, en la perspectiva de un sistema de salud más justo e incluyente.

Reservas y Fondo Laboral del Instituto



Capítulo IX

La Ley del Seguro Social (LSS) establece que el 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 debe administrar un fondo con el objeto de disponer de los recursos necesarios en el momento de la jubilación de sus empleados.

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. En la segunda sección se detallan los saldos alcanzados en 2013, la estrategia de inversión seguida durante el año, los rendimientos obtenidos, la evolución de la inversión en Afore XXI Banorte y los niveles de riesgo financiero en que se incurrió¹²².

¹²² El capítulo se complementa con el Anexo D, en el cual se detalla funcionalmente el proceso integral de inversión de las reservas; se incluye el recuento de diversas acciones realizadas para recuperar las inversiones en incumplimiento; se abunda sobre el registro contable de los instrumentos financieros del IMSS y transparencia y rendición de cuentas.

IX.1. Antecedentes

IX.1.1. La estructura de las reservas y Fondo Laboral 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).
- Reservas Financieras y Actuariales (RFA).
- Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF).
- 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 Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento y la Reserva General Financiera y Actuarial, al igual que el Fondo Laboral son globales, mientras que se debe establecer una Reserva Operativa y una Reserva Financiera y Actuarial por cada uno de los siguientes seguros y coberturas:

- Enfermedades y Maternidad (SEM).
- Gastos Médicos de 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 Ley del Seguro Social.

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

Gráfica IX.1.
Estructura de las reservas y Fondo Laboral del IMSS, de acuerdo con la Ley del Seguro Social



Fuente: Ley del Seguro Social.

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 Reservas Financieras y Actuariales, la Reserva General Financiera y Actuarial y el Fondo Laboral, se fijan dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación que apruebe la Cámara de Diputados.

En el caso del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), la administración de los recursos está a cargo de las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE). Por ello, para este seguro no hay necesidad de constituir y/o administrar reserva alguna por parte del IMSS.

El propósito de cada una de las reservas y Fondo Laboral se detalla en el cuadro IX.1.

IX.1.2. Régimen de inversión

La Ley del Seguro Social establece el marco general para la inversión de las reservas y el Fondo Laboral. El Ejecutivo Federal, mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2013, emitió el Reglamento al que se refiere el Artículo 286 de la Ley del Seguro Social (Reglamento)¹²³.

Derivado de este Reglamento, el H. Consejo Técnico emitió en octubre y diciembre de 2013 los Lineamientos, Políticas y Directrices para la inversión de cada portafolio institucional¹²⁴. Tales documentos normativos entraron en vigor el 28 de enero de 2014 conforme a lo aprobado por la Comisión de Inversiones Financieras, dejando sin efecto las disposiciones anteriores.

Los porcentajes de inversión de cada reserva o de las subcuentas del Fondo Laboral permitidos en cada clase de activo se detallan en el cuadro IX.2. Estos límites del régimen de inversión se establecieron en el Reglamento para la Administración e Inversión de los Recursos Financieros del Instituto Mexicano del Seguro Social y en la Norma de Inversiones Financieras, con base en los ordenamientos generales de la Ley del Seguro Social.

Las inversiones deben observar límites de calificaciones crediticias mínimas, para corto y largo plazos, para bancos en directo en escalas nacional y global, y para bancos y casas de bolsa en reporto. Asimismo, deben cumplirse límites de inversión para bancos de desarrollo en directo; para deuda corporativa por calificación de corto y largo plazos, por emisor, por emisión y por sector económico.

El régimen de inversión señalado se amplió con la entrada en vigor de los Lineamientos, Políticas y Directrices antes mencionados.

¹²³ Reglamento de la Ley del Seguro Social para la constitución, inversión y uso para la operación de las Reservas Financieras y Actuariales y la Reserva General Financiera y Actuarial, así como para la determinación de los costos financieros que deberán reintegrarse a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento.

¹²⁴ Lineamientos para la inversión de las Reservas Operativas y la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento; Políticas y Directrices para la inversión de la Reserva General Financiera y Actuarial y las Reservas Financieras y Actuariales, y Políticas y Directrices para la inversión del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual.

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

Reserva/Fondo	Propósito
Reservas Operativas (RO)	<p>Representan el capital de trabajo de los seguros y la vía de fondeo para las demás reservas. Se constituye con los ingresos por cuotas obrero-patronales, contribuciones y aportaciones federales, cuotas de los seguros voluntarios que se establezcan y otros que en forma adicional deba otorgar el Instituto, y de cualquier otro ingreso de los seguros.</p> <p>Se puede disponer de ellas sólo para hacer frente al pago de prestaciones, gastos administrativos y constitución de las RFA del seguro que corresponda, y para constituir la ROCF y la RGFA. Las RO se registran contablemente por separado y se invierten de manera global.</p>
Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF)	<p>Se constituye para procurar estabilidad y certidumbre en la operación cotidiana del Instituto, facilitar la planeación de mediano plazo, y alcanzar las metas de reservas y fondo señalados en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Debe mantener un monto de 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 debe ser reembolsado en un plazo máximo de tres años con intereses.</p> <p>Esta reserva se integra con los ingresos ordinarios y extraordinarios del IMSS. En caso de que el Instituto tuviera, al cierre del ejercicio anual, ingresos excedentes a los presupuestados, estos se aplican a la reserva y podrán destinarse, en forma excepcional, a programas prioritarios de inversión.</p>
Reservas Financieras y Actuariales (RFA)	<p>Constituidas para enfrentar el riesgo de caídas en los ingresos o incrementos en los egresos ocasionado por problemas económicos, normalizar el flujo de efectivo en caso de fluctuaciones en la siniestralidad de los seguros mayores a las estimadas en el Informe Financiero y Actuarial¹⁷ del IMSS, y financiar por adelantado los pagos futuros de prestaciones (profondeo).</p> <p>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 Informe Financiero y Actuarial del Instituto. Los montos definitivos de aportación a las RFA son aprobados cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación.</p> <p>Los recursos de cada una de estas reservas sólo pueden utilizarse para el seguro para el cual fueron establecidas, previo acuerdo del H. Consejo Técnico a propuesta del Director General, no teniendo que reembolsarse los montos que en su caso se utilicen.</p>
Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA)	<p>Diseñada para enfrentar efectos catastróficos o variaciones de carácter financiero significativos en los ingresos o incrementos drásticos en los egresos derivados de problemas epidemiológicos o económicos severos y de larga duración que provoquen insuficiencia de cualquiera de las RFA. Se constituye, incrementa o reconstituye a través de una aportación anual que se estima en el Informe Financiero y Actuarial.</p>
Fondo Laboral o FCOLCLC	<p>Fondo 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 el fondo los recursos necesarios para cubrir y financiar los costos derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de sus empleados que sean originados por la creación, sustitución o contratación de plazas. El fondo se registra en dos cuentas: Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y Cuenta de Otras Obligaciones Laborales.</p> <p>La Cuenta Especial para el Régimen de Jubilaciones y Pensiones se integra a su vez por dos Subcuentas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subcuenta 1 (RJPS1). Integrada con los recursos acumulados en el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual hasta el 11 de agosto de 2004. Se utilizará para el pago de las jubilaciones y pensiones de trabajadores y de los jubilados y pensionados que ostenten esta condición hasta antes de la fecha de la firma del Convenio²⁷ del 14 de octubre de 2005, incluyendo a los candidatos registrados en las Bolsas de Trabajo que hayan trabajado antes de la firma de dicho Convenio. - Subcuenta 2 (RJPS2). Se constituyó y se incrementa por i) la aportación al Régimen de Jubilaciones y Pensiones excedente a 3 por ciento del salario establecido para los trabajadores en activo, que ingresaron a Instituto antes del 14 de octubre de 2005, lo que constituye la Subcuenta 2A³¹, y ii) La aportación del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de 10 por ciento del salario de los trabajadores que ingresaron al Instituto a partir de 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 de junio de 2008, lo que conforma la Subcuenta 2B. La Subcuenta 2 se utiliza para el pago de las pensiones de los trabajadores que ingresaron al Instituto entre el 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 junio de 2008. <p>La Cuenta Otras Obligaciones Laborales no presenta recursos acumulados a la fecha.</p>

¹⁷De acuerdo con la Ley del Seguro Social, la Asamblea General del IMSS discutirá anualmente para su aprobación o modificación el Informe Financiero y Actuarial en el cual se examine la suficiencia de los recursos para todos y cada uno de los seguros.

²⁷Fuente: Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso, firmado el 14 de octubre de 2005 entre el Instituto y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

³¹El excedente asciende a 7 por ciento del salario.

Fuente: Ley del Seguro Social; Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro IX.2.
Régimen de inversión^{1/}
(porcentajes, límites)

Clase de Activo	RO	ROCF	RGFA	RFA	Subcuenta 1	Subcuenta 2
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 (%)			15	15	15	15
Notas de mercado accionario (%)			0	15	15	15
Moneda extranjera (%)	s/límite		30	30	30	30
Plazo máximo	Determina la DF^{2/}					
Horizonte de inversión	1 año					
Duración máxima			5 años	4 años	s/límite	

^{1/} Régimen de inversión vigente hasta el 27 de enero de 2014.

^{2/} La Dirección de Finanzas instruye el plazo a la Unidad de Inversiones Financieras de acuerdo con sus proyecciones del flujo de efectivo.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

IX.2. Inversión de las reservas y Fondo Laboral

IX.2.1. Evolución de las reservas y Fondo Laboral 2013

La gráfica IX.2 presenta la evolución del saldo contable de las Reservas Operativas, la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, las Reservas Financieras y Actuariales, la Reserva General Financiera y Actuarial, y el Fondo Laboral, que incluye la Subcuenta 1 y la Subcuenta 2.

La Subcuenta 1 se utiliza para el pago de las jubilaciones y pensiones de los trabajadores que ingresaron al Instituto antes del 14 de octubre de 2005 y se integró con los recursos acumulados en el Fondo Laboral hasta el 11 de agosto de 2004. La contribución de los trabajadores bajo este Régimen de Jubilaciones y Pensiones es de 3 por ciento del salario, adicional a las contribuciones que ya realizaban previo a las Reformas a la Ley del Seguro Social de 2004.

La Subcuenta 2 se utiliza para el pago de las pensiones de trabajadores que ingresaron al Instituto entre el 16 de octubre de 2005 y hasta el 27 de junio de

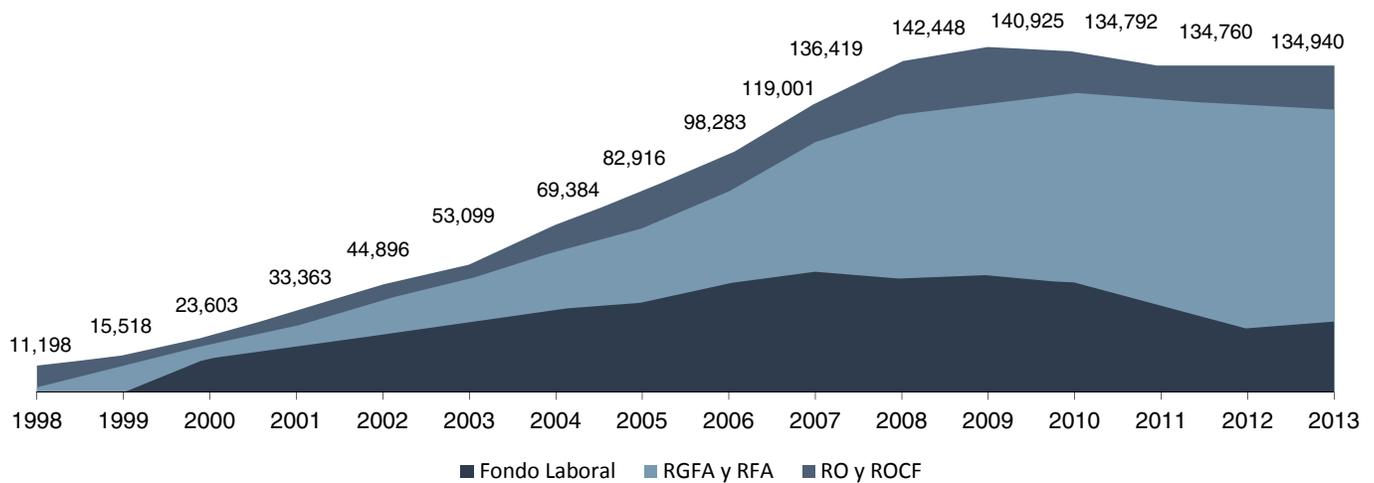
2008. Esta Subcuenta se fondea con 10 por ciento del salario de los trabajadores que ingresaron al Instituto entre el 16 de octubre de 2005 y el 27 de junio de 2008, así como por la aportación de 7 por ciento del salario de los trabajadores que ingresaron antes del 14 de octubre de 2005.

Considerando la reciente creación de la Subcuenta 2, en la gráfica IX.3 se presenta la evolución trimestral del saldo contable hasta 2013.

Al cierre de 2013, la posición contable de las reservas y Fondo Laboral del IMSS sumó 134,940 millones de pesos, lo que representa un incremento de 180 millones de pesos (0.13 por ciento), con respecto a la cifra de diciembre de 2012, tal y como se muestra en el cuadro IX.3. Las cifras de la posición contable se refieren a los recursos en inversión en instrumentos financieros y también incluyen los intereses devengados no cobrados.

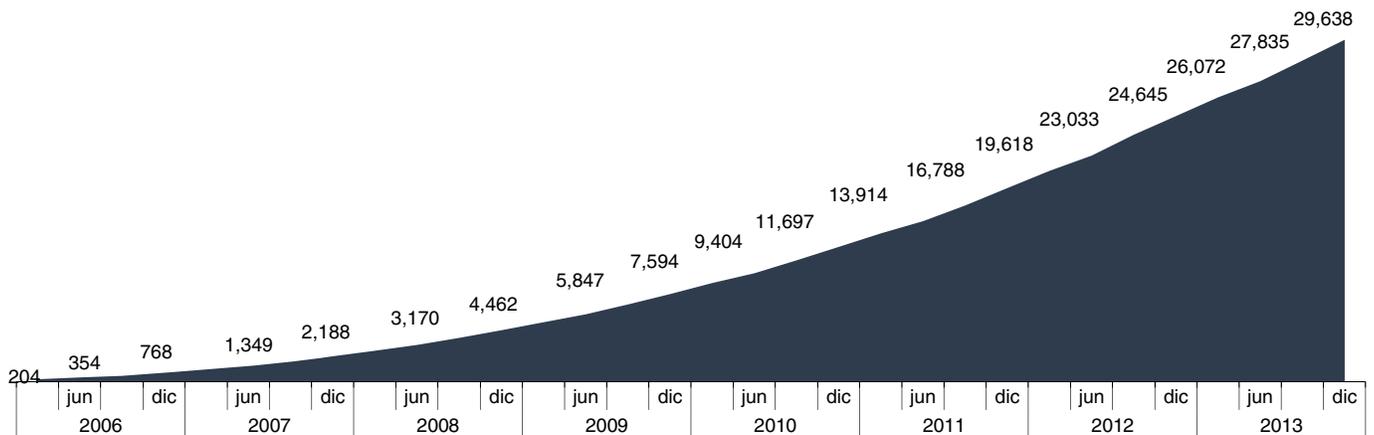
Las variaciones de las reservas y Fondo Laboral obedecen a múltiples movimientos en el año, aportaciones, pago de intereses, traspasos, así como de la venta de instrumentos financieros y el uso de recursos.

Gráfica IX.2.
Evolución del saldo de las reservas y Fondo Laboral, 1998-2013
(millones de pesos al cierre de cada año)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Gráfica IX.3.
Evolución del saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2006-2013
(millones de pesos al cierre de cada trimestre)



Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro IX.3.
Posición de las reservas y del Fondo Laboral,
2012 y 2013^{1/}
(millones de pesos corrientes)

Reserva/Fondo	2012	2013
RO	8,620	10,982
ROCF	9,321	7,275
RGFA	2,891	3,256
RFA ^{2/}	88,573	83,695
GMP	577	607
SRT	9,066	9,682
SIV	11,577	12,762
SEM	67,352	60,644
Fondo Laboral	25,355	29,732
Subcuenta 1	2,322	94
Subcuenta 2	23,033	29,638
Total	134,760	134,940

^{1/} En agosto de 2013 se realizó el reconocimiento del deterioro contable, como se muestra en el cuadro D.1. del Anexo D.

^{2/} En las reservas financieras y actuariales del Seguro de Invalidez y Vida y del Seguro de Riesgos de Trabajo se incluyen los valores contables de la posición en la Afore XXI Banorte, S. A. de C. V., los cuales se detallan en el cuadro IX.6.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

En 2013 se utilizaron 1,977 millones de pesos de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral para el pago de las pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y 9,164 millones de pesos de la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad para apoyar el gasto de la operación del Instituto del ejercicio 2013, totalizando un uso de reservas y Fondo Laboral por 11,141 millones de pesos. Considerando que en el Presupuesto de Egresos se contemplaba utilizar 19,526 millones de pesos, este menor uso representó un ahorro de 8,385 millones de pesos.

Al comparar el uso total de reservas y Fondo Laboral realizado en 2012, que fue de 22,755 millones de pesos, con el realizado en 2013 de 11,141 millones de pesos, se traduce en una disminución en el uso de estos recursos de más de 50 por ciento. Es decir, derivado del esfuerzo de la presente Administración, el uso de reservas y Fondo Laboral fue menor en 11,614 millones de pesos respecto a 2012¹²⁵.

Lo anterior es resultado de la estrategia de saneamiento financiero implementada en 2013; la disminución en el uso de las reservas y el Fondo Laboral se deriva del importante esfuerzo de productividad y mejoramiento de los servicios por parte del Instituto como se detalla en los siguientes Capítulos, en particular en los Capítulos XI y XII.

IX.2.2. Asignación estratégica de activos

La asignación estratégica de activos es una guía para realizar las operaciones de inversión para los portafolios de las reservas y Fondo Laboral, y se define como la ponderación porcentual óptima que se debe asignar a cada clase y subclase de activo de inversión. Dicha asignación toma en cuenta los objetivos de creación, constitución y usos; los diversos tipos de tasas de rendimiento en el caso de instrumentos de deuda, así como la naturaleza de las obligaciones, la normatividad en materia de inversiones, las expectativas del comportamiento del mercado analizadas en diversos escenarios económicos y los estudios actuariales.

Considerando que la Norma de Inversiones Financieras establece que la asignación estratégica de activos 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 Comisión aprobó en enero de 2013 la propuesta de la asignación estratégica de activos para la Reserva General Financiera y Actuarial y para la Reserva Financiera y Actuarial de cada ramo de seguro y cobertura, así como para la Subcuenta 2 del Fondo Laboral. Dicha propuesta modificó la asignación estratégica de activos vigente desde febrero de 2012 y tomó en consideración principalmente los siguientes factores:

¹²⁵ Todas las cifras aquí presentadas están en pesos corrientes.

1. Restricciones de liquidez y estimaciones de usos, en particular para la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad.
2. Bajos niveles de tasas de mediano y largo plazos que se esperaba se mantuvieran en 2013 y el primer trimestre de 2014.
3. Incremento en la inflación en 2014, en caso de aprobación de la reforma fiscal.

Con base en lo anterior, la estrategia de inversión se enfocó en la inversión en instrumentos bancarios de corto plazo –previando el uso de recursos y para generar liquidez–, y en instrumentos de deuda gubernamental. Posteriormente, en mayo de 2013, la Comisión de Inversiones Financieras autorizó la inversión en instrumentos de deuda corporativa de emisores cuasi-gubernamentales, tomando en consideración que cuentan con el soporte implícito del Gobierno Federal y con el fin de incrementar la diversificación de los portafolios de inversión.

En el cuadro IX.4 se resume la asignación estratégica de activos 2013 por clase de activos para la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales de cada uno de los ramos de seguros y coberturas, y para la Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

IX.2.3. Afore XXI Banorte

En 1997, el Instituto inició su participación en la industria de la administración de fondos para el retiro, a través de la inversión de 88 millones de pesos en Afore XXI. Durante los últimos dieciséis años, dicha inversión ha presentado importantes variaciones de capital. En particular, en los últimos dos años ha habido incrementos significativos, debido a la inversión estratégica requerida para la fusión con Banorte Generali en 2011 y la compra de Afore Bancomer en 2012.

La inversión en Afore XXI Banorte le ha generado al Instituto, desde el inicio de la misma, dividendos por 3,486 millones de pesos. La evolución de dicha inversión –en términos de capital invertido, dividendos recibidos y comisiones cobradas a sus afiliados– se puede observar en el cuadro IX.5.

Al final de la Administración anterior, en octubre de 2012, el H. Consejo Técnico acordó fortalecer la inversión en Afore XXI Banorte y en noviembre del mismo año, la administradora presentó una oferta vinculatoria para adquirir Afore Bancomer. La oferta fue aceptada y formalizada ese mismo mes, resultado de la aportación de 50 por ciento del capital necesario para tal efecto por parte del Instituto y del resto del capital por parte de Grupo Financiero Banorte.

Cuadro IX.4.
Asignación estratégica de activos de la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales de cada ramo de seguro y cobertura, y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2013^{1/}
 (porcentajes)

Clase de activo	RGFA	RFA GMP	RFA SIV	RFA SRT	RFA SEM	Subcuenta 2
Deuda gubernamental	19.8	15.5	37.5	55.3	24.3	40.1
Deuda bancaria	80.2	79.3	50.4	22.5	68.7	45.3
Deuda corporativa	-	5.2	12.1	15.8	7.0	14.5
Mercado accionario	-	-	-	6.5	-	-

^{1/} La asignación estratégica de activos fue aprobada el 30 de enero de 2013 y estuvo vigente hasta el 27 de enero de 2014.
 Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro IX.5.
Evolución de la inversión en Afore XXI Banorte
(millones de pesos corrientes)

Año	Capital ^{1/}				Dividendos ^{2/}	Comisiones ^{3/}	
	Inicial	Aportaciones	Revalorización	Cierre		Flujo (%)	Saldo (%)
1997		88	3	91	100	1.50	0.99
1998	91		74	165	113	1.50	0.20
1999	165		70	236	83	1.50	0.20
2000	236		-40	195	60	1.45	0.20
2001	195		38	233	0	1.45	0.20
2002	233		128	361	175	1.45	0.20
2003	361		-33	328	120	1.30	0.20
2004	328		-15	313	100	1.30	0.20
2005	313		48	361	115	1.30	0.20
2006	361		5	366	100	1.30	0.20
2007	366		-15	351	100	0.60	1.50
2008	351		2	354	113		1.45
2009	354		40	393	129		1.45
2010	393		98	492	190		1.42
2011	492	2,476	-102	2,866	414		1.40
2012	2,866	1,560	536	4,963	475		1.33
2013	4,963	8,546	534	14,042	1,100		1.10
Total		12,670	1,372		3,486		

^{1/} La revalorización incluye el capital social, la reserva legal y los resultados del ejercicio. Las aportaciones de capital en el periodo de 2011 a 2013 fueron requeridas para la fusión con Afore Banorte Generali y la adquisición de Afore Bancomer.

^{2/} Los dividendos se muestran en el ejercicio fiscal al que corresponden.

^{3/} Las modificaciones a la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro, que entraron en vigor el 15 de marzo de 2008, establecieron el cobro de las comisiones únicamente sobre el saldo de los recursos administrados. Anteriormente, las comisiones se aplicaban no sólo sobre el saldo de los recursos administrados sino también sobre el flujo de las aportaciones del seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

La inversión total del Instituto por la adquisición de Afore Bancomer ascendió a 10,328 millones de pesos. El monto fue cubierto en partes iguales con recursos de las Reservas Financieras y Actuariales del Seguro de Invalidez y Vida y del Seguro de Riesgos de Trabajo. El cuadro IX.6 muestra la situación contable al cierre del ejercicio de 2013 con respecto a la adquisición en compañías asociadas, como Afore XXI Banorte, S. A. de C. V., y el incremento de capital social por la adquisición de Afore Bancomer, S. A. de C. V.

Como resultado de esta fusión, de acuerdo con información de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, a diciembre de 2013, Afore XXI

Cuadro IX.6.
Inversiones en acciones de empresas afines al Instituto, Afore XXI Banorte^{1/}, ^{2/}
(millones de pesos corrientes)

Concepto	2012	2013
Valor Contable	3,108	12,187
SIV	2,260	6,791
SRT	848	5,396
Crédito mercantil	1,855	1,855
Total	4,963	14,042

^{1/} Proveniente de la inversión en Afore XXI Banorte, en febrero de 2013 el IMSS recibió pago de dividendos por 475 millones de pesos correspondientes al ejercicio 2012.

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

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Banorte ocupa el primer lugar en el mercado respecto al número de cuentas administradas y el primer lugar conforme a los recursos de los trabajadores. Al final del 2013, tuvo una participación en el mercado de 26 por ciento de las cuentas administradas y 26.6 por ciento de los recursos de los trabajadores del sistema, como se observa en el cuadro IX.7.

El principal beneficio derivado de la fusión de Afore XXI Banorte y Afore Bancomer ha sido la reducción de la comisión para sus afiliados de 1.24 por ciento previo a la fusión, a 1.10 por ciento en 2013 y a 1.07 por ciento en 2014, sobre el saldo administrado. De acuerdo con información de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, Afore XXI Banorte continuará siendo durante 2014 la administradora privada con la comisión más baja del mercado.

IX.2.4. Generación de liquidez para la Subcuenta 1 del Fondo Laboral y la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad

Con el fin de generar liquidez en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral y contar con recursos que apoyaran el gasto del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, la Comisión de Inversiones Financieras y el H. Consejo Técnico aprobaron en 2011 la venta e intercambio de instrumentos financieros de la Subcuenta 1. La contribución total por las ventas y los intercambios de instrumentos financieros de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral ascendió a 17,232 millones de pesos.

Cuadro IX.7.
Cuentas de trabajadores y recursos administrados por Afore XXI Banorte,
cifras al 31 de diciembre de 2013^{1/}

Cuentas de trabajadores			Recursos (millones de pesos)		
Lugar	Afore	Número de cuentas	Lugar	Afore	Recursos
1	XXI Banorte	11,597,769	1	XXI Banorte	546,073
2	Banamex	7,774,485	2	Banamex	350,380
3	SURA	6,140,956	3	SURA	289,193
4	Coppel	5,015,266	4	Profuturo GNP	241,500
5	Principal	3,854,251	5	Principal	137,466
6	Invercap	3,115,725	6	Invercap	125,339
7	Profuturo GNP	3,053,951	7	PensionISSSTE	97,348
8	PensionISSSTE	1,091,779	8	Inbursa	96,554
9	Inbursa	1,089,184	9	Coppel	80,143
10	Metlife	1,045,933	10	Metlife	62,500
11	Azteca	704,710	11	Azteca	19,566
12	Afirme Bajío	68,903	12	Afirme Bajío	5,342
Total		44,552,912			2,051,403

^{1/} Cifras no incluyen cuentas ni recursos administrados por Afore XXI Banorte como prestadora de servicios.

Fuente: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.

Asimismo, a partir de marzo de 2013, para generar liquidez en la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad con objeto de contar con recursos para apoyar el gasto médico, la Comisión de Inversiones Financieras y el H. Consejo Técnico han emitido diversos acuerdos que consideran la venta e intercambio de instrumentos financieros de dicha reserva. Al cierre de 2013, se generó liquidez en la reserva por 18,628 millones de pesos.

El cuadro IX.8 resume la generación de liquidez en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral y la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Cuadro IX.8.
Generación de liquidez, Subcuenta 1
del Fondo Laboral y la Reserva Financiera y Actuarial
del Seguro de Enfermedades y Maternidad,
al 31 de diciembre de 2013
(millones de pesos corrientes)

Operación	Subcuenta 1	RFA del SEM
Intercambios	14,051	1,643
Ventas	3,181	16,985
Total	17,232	18,628

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

La venta de los instrumentos de ambos portafolios de inversión se realizó en un marco de apreciación en su valor, dado el bajo nivel de tasas de interés, lo que generó utilidades en la subcuenta y la reserva mencionadas.

IX.2.5. Rendimientos financieros obtenidos en 2013

El cuadro IX.9 presenta los ingresos obtenidos durante 2013 por productos financieros. Las tasas de rendimiento obtenidas en 2013 fueron menores a las de 2012 en las reservas de corto plazo¹²⁶, debido a que el Banco de México bajó la tasa de interés de referencia. Por otro lado, en las inversiones de las reservas de mayor plazo¹²⁷, las tasas de rendimiento presentan un incremento contra el periodo anterior, debido a las ventas realizadas de instrumentos financieros para generar liquidez, en cumplimiento a lo establecido por la Comisión de Inversiones Financieras, en la “Estrategia para generar liquidez en la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad”.

Con respecto a la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, en el ejercicio 2012, la tasa de 15.5 por ciento es resultado de intercambios y ventas de instrumentos financieros, obteniéndose utilidades favorables para el Instituto; en tanto que para el ejercicio 2013, la disminución de la tasa de rendimiento es consecuencia de la cancelación de acciones de Metrofinanciera, recibidas por la reestructura de títulos de deuda en julio de 2010, y del registro de deterioro de los instrumentos financieros hipotecarios, el cual fue autorizado por la Comisión de Inversiones Financieras en agosto de 2013 e informado al Consejo Técnico en su sesión ordinaria del mismo mes. En el Informe anterior se describe la problemática derivada del incumplimiento que presentaron estas inversiones.

¹²⁶ Las Reservas Operativas, la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento y la Reserva General Financiera y Actuarial, dado su horizonte de inversión menor a un año.

¹²⁷ Las Reservas Financieras y Actuariales, todas con un horizonte de inversión mayor a dos años.

Cuadro IX.9.
Productos financieros por reserva y Fondo Laboral,
2012 y 2013^{1/, 2/, 3/}
(millones de pesos y tasas^{4/})

Reserva/Fondo	2012		2013	
	Mdp ^{5/}	Tasas (%)	Mdp ^{5/}	Tasas (%)
RO	543	4.67	578	4.22
ROCF	418	4.66	161	4.09
RGFA	127	4.71	133	4.29
RFA	5,307	6.27	8,002	8.84
Fondo Laboral	3,737	11.18	1,074	3.89
Subcuenta 1	2,220	15.45	-678	-27.04
Subcuenta 2	1,517	7.97	1,752	6.99
Total	10,132	7.17	9,948	7.16

^{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 Banorte, 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 2012 y 2013.

^{4/} Tasas nominales.

^{5/} Millones de pesos corrientes.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

IX.2.6. Riesgos financieros de las inversiones institucionales

El Instituto administra los riesgos financieros de mercado y de crédito a que se encuentran expuestos los portafolios de inversión, con base en el marco normativo, y bajo criterios de diversificación de riesgos, transparencia y respeto a las sanas prácticas y usos del medio financiero nacional e internacional.

El control y monitoreo de los riesgos de mercado y de crédito de las inversiones de las Reservas Financieras y Actuariales, la Reserva General Financiera y Actuarial, y las subcuentas del Fondo Laboral se realizan mediante la cuantificación del indicador estadístico Valor en Riesgo (VaR), que es un estimado de la máxima pérdida esperada que puede sufrir un portafolio durante un periodo específico y con un nivel de confianza o probabilidad definido, y conforme a los límites y referencias establecidos en la normatividad.

El valor en riesgo de mercado es la cuantificación de la pérdida potencial ante cambios en los factores de riesgo, tales como tasas de interés nominales o reales, tipos de cambio, inflación, índices de precios, entre otros, cuyos movimientos pueden generar cambios en el valor de mercado de los portafolios de inversión; en tanto que el valor en riesgo de crédito hace referencia a la cuantificación de la pérdida potencial en una operación de inversión, derivada del incumplimiento de un compromiso de pago del emisor o deudor.

Las posiciones de los valores en riesgo de mercado y crédito de las Reservas Financieras y Actuariales, la Reserva General Financiera y Actuarial, y las subcuentas del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2013, con respecto a los límites y referencias establecidos, se presenta en el cuadro IX.10.

Cuadro IX.10.
Valor en riesgo de mercado y de crédito
al cierre de 2013
(límites, referencias y posición)

Portafolio	Posición al 31 de diciembre			
	Porcentaje sobre el valor de mercado de cada cartera			
	Valor en Riesgo de mercado	Límite/ Referencia	Valor en Riesgo de crédito	Límite
RGFA	0.06	0.50	0.69	2.50
RFA ^{1/}	0.51	5.46	1.10	6.50
RJPS1 ^{2/}	0.04	1.00	45.74	2.00
RJPS2 ^{3/}	5.50	8.07	1.47	2.00

^{1/} Referencia Udibonos A: incluye todas las emisiones de Udibonos disponibles en el mercado

^{2/} Exceso de límite de Valor en Riesgo de crédito por cambio de Norma de Inversiones Financieras, autorizado por la Comisión de Inversiones Financieras mediante Acuerdo 8-433/10.

^{3/} Referencia Udibonos B, incluye las emisiones de Udibonos disponibles en el mercado con plazo mayor a cinco años.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

El exceso del límite del valor en riesgo de crédito de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral se deriva de la reducción del monto invertido en este portafolio por el uso de los recursos de esta subcuenta y de que el portafolio de activos remanente está constituido mayoritariamente por instrumentos del sector hipotecario considerados como de alto riesgo de incumplimiento.

Además de los límites y referencias de valor en riesgo, la normatividad contempla límites de inversión que se pueden agrupar en tres grandes rubros: a) por clase de activo y moneda extranjera; b) por contrapartes, y c) por deuda corporativa.

El monitoreo de los riesgos de inversión se realiza diariamente conforme a los límites de inversión normados y su cumplimiento; asimismo, los valores de riesgo de mercado y de crédito se presentan a la Comisión de Inversiones Financieras, en cada sesión ordinaria.

Pasivo Laboral y Otros Riesgos del Instituto



Capítulo X

Este capítulo presenta la situación del pasivo laboral del IMSS, la situación financiera de la Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual¹²⁸, y los principales riesgos que enfrenta el IMSS con relación a las contingencias de carácter litigioso y el Sistema Nacional de Tiendas.

Respecto al pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón, se presentan los resultados del estudio actuarial realizado por el despacho externo contratado por el Instituto¹²⁹, el cual tiene como propósito determinar:

- El pasivo que se genera de las obligaciones contractuales por el pago de prima de antigüedad e indemnizaciones a los trabajadores al término de su relación laboral con el Instituto.
- El pasivo que se deriva del plan de pensiones de los trabajadores del Instituto, denominado Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP).

¹²⁸ Para efectos de este capítulo se utilizará el término Subcuenta 2 del Fondo Laboral.

¹²⁹ La Valuación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad e Indemnizaciones de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social bajo la Norma de Información Financiera D-3 "Beneficios a los Empleados" al 31 de diciembre de 2013 y Proyecciones para 2014, fue realizada por el despacho Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V. y para efectos de este capítulo se utilizará el término Valuación Actuarial, Lockton.

Además de presentar los resultados del pasivo laboral por prima de antigüedad e indemnizaciones y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones para todos los trabajadores del Instituto vigentes a diciembre de 2013, incluyendo a los trabajadores del Programa IMSS-Oportunidades, se muestra de forma separada el pasivo de este Régimen para los trabajadores de IMSS-Oportunidades.

Respecto a la suficiencia financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, se presentan los principales resultados del “Estudio Actuarial para Medir la Suficiencia Financiera de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral al 31 de diciembre de 2013”¹³⁰, con el propósito de reportar la situación actual del plan de pensiones de los trabajadores contratados bajo el “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”. El pasivo que proviene de los trabajadores contratados bajo dicho Convenio no constituye un pasivo para el IMSS en su carácter de patrón.

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 el corto plazo pueden causar obligaciones de pago al Instituto.

El Sistema Nacional de Tiendas se incluye en el presente capítulo porque los resultados de operación de este sistema pueden generar un riesgo financiero cuando la operación es deficitaria.

X.1. Pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón

El pasivo laboral del Instituto se deriva de las obligaciones contractuales por prima de antigüedad e indemnizaciones y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, establecidos en el Contrato Colectivo de Trabajo que el IMSS tiene celebrado con sus trabajadores.

El pasivo laboral se estima de acuerdo con lo que establece la Norma de Información Financiera D-3 (NIF D-3) “Beneficios a los Empleados” y se determina aplicando el método de crédito unitario proyectado¹³¹. Esta metodología requiere de supuestos financieros y demográficos, los cuales se presentan en el Anexo F.

Los principales resultados que se obtienen conforme a la Norma de Información Financiera se definen a continuación:

- Obligaciones por beneficios definidos: es el valor presente del total de los beneficios devengados de acuerdo con los años de servicios prestados.
- 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 Fondo Laboral.
- Pasivo o activo neto proyectado: es la diferencia entre las obligaciones por beneficios definidos, 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).

¹³⁰ El estudio actuarial fue realizado por el despacho Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas, S. A. de C. V.

¹³¹ El método de crédito unitario proyectado es un método de valuación actuarial, en el cual se contempla cada año de servicio prestado como generador de una unidad adicional de derecho a los beneficios y se valúa cada unidad de forma separada asignándole una probabilidad de que el evento ocurra para determinar la obligación devengada.

- Costo neto del periodo: 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.
 - Costo financiero: es el costo del financiamiento por el periodo atribuible a las obligaciones por beneficios definidos, considerando en su cálculo los efectos por los pagos estimados del periodo.
 - Rendimiento de los activos del plan: se refiere a los rendimientos que se espera obtener durante el año de valuación por la inversión de los recursos acumulados en la Subcuenta 1 del Fondo Laboral.
 - Amortización de:
 - Variaciones en supuestos y ajustes por experiencia: es un concepto que refleja el impacto en el pasivo de los cambios en los supuestos utilizados para el cálculo de las obligaciones.
 - Servicios anteriores y modificaciones al plan: representan el reconocimiento retroactivo de los beneficios que se otorgan a los trabajadores.
 - En adición a los resultados señalados anteriormente y que se obtienen conforme a la Norma de Información Financiera D-3, se determina el Valor Presente de Obligaciones Totales, el cual se define como el costo total estimado que se tiene a la fecha de valuación por los beneficios de prima de antigüedad, indemnizaciones y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se otorgan a los trabajadores.

X.1.1. Pasivo laboral por prima de antigüedad e indemnizaciones

La obligación del IMSS por el pago de prima de antigüedad e indemnizaciones, se genera por los pagos que se realizan a sus trabajadores al término de la relación laboral por motivo de fallecimiento, invalidez, incapacidad permanente, jubilación por años de servicio, cesantía en edad avanzada, vejez, despido y renuncia. La población elegible para estos beneficios son todos los trabajadores del IMSS. El beneficio se determina con base en el Contrato Colectivo de Trabajo y en el Estatuto de Trabajadores de Confianza “A” del IMSS¹³².

Beneficios Valuados

La Norma de Información Financiera D-3 establece que los beneficios deben valuarse de forma separada para terminación y retiro. El cuadro X.1 presenta la clasificación de los beneficios por prima de antigüedad e indemnizaciones.

Población Valuada

El pasivo laboral por prima de antigüedad e indemnizaciones se valúa para todos los trabajadores del IMSS contratados a la fecha de valuación, dentro de los cuales se consideran a los siguientes grupos:

- Trabajadores contratados hasta el 15 de octubre de 2005 y que tienen derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones.
- Trabajadores contratados entre el 16 de octubre de 2005 y el 31 de julio de 2008, bajo las condiciones del “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso”¹³³.

¹³² Para los trabajadores contratados bajo el Estatuto A se valúan las obligaciones que se establecen en la Ley Federal del Trabajo, y la indemnización referida en el propio Estatuto A para el caso de muerte derivada de causas distintas a riesgos de trabajo.

¹³³ Para efectos de este capítulo se utilizará el término Convenio de 2005.

Cuadro X.1.
Beneficios por terminación y por retiro valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados” por prima de antigüedad e indemnizaciones

Beneficios por terminación	Beneficios por retiro
Prima de antigüedad e indemnizaciones antes del retiro por jubilación, cesantía en edad avanzada o vejez: <ul style="list-style-type: none"> - Muerte. - Invalidez e incapacidad permanente. - Despido ^{1/}. - Renuncia ^{1/}. 	Prima de antigüedad por motivo de jubilación, cesantía en edad avanzada o vejez ^{2/}

^{1/} Para despido justificado y renuncia se paga únicamente la prima de antigüedad.

^{2/} Para los trabajadores contratados bajo el Convenio del 2008 y del Estatuto A únicamente se les otorga la prima de antigüedad por cesantía en edad avanzada o vejez.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

- Trabajadores contratados a partir del 1° de agosto de 2008, bajo las condiciones del “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”¹³⁴.
- Trabajadores de Confianza “A” contratados a partir del 1° de enero de 2012 bajo el “Estatuto de trabajadores de Confianza A del Instituto Mexicano del Seguro Social”¹³⁵.

Resultados demográficos

La proyección del número de salidas de trabajadores por motivo de baja a los que se realizarán pagos por prima de antigüedad y/o indemnizaciones se muestra en el cuadro X.2. En este cuadro anterior se observa que la principal causa de baja es por jubilación, cesantía en edad avanzada y vejez. Esto se debe a que la mayor parte de los trabajadores valuados tienen

derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones y al Convenio de 2005, y se espera que en los próximos 20 años estos trabajadores alcancen los requisitos para jubilarse. Posteriormente, el principal motivo de salida será por cesantía en edad avanzada y vejez provenientes de los trabajadores contratados bajo el Convenio de 2008.

Resultados financieros

El valor presente de obligaciones totales por prima de antigüedad e indemnizaciones de los trabajadores contratados por el IMSS al 31 de diciembre de 2013 asciende a 103,468 millones de pesos de 2013. De estos 24.7 por ciento corresponden a obligaciones por terminación y 75.2 a obligaciones por retiro. Para estas obligaciones, se espera que el comportamiento futuro del valor presente de obligaciones totales no tenga fluctuaciones fuertes, debido a que su crecimiento está condicionado a las contrataciones de trabajadores que realiza el IMSS cada año.

¹³⁴ Para efectos de este capítulo se utilizará el término Convenio de 2008.

¹³⁵ Para efectos de este capítulo se utilizará el término Estatuto A. Para los trabajadores contratados bajo el Estatuto A únicamente se valúan las obligaciones que se establecen en la Ley Federal del Trabajo.

Cuadro X.2.
Proyección 2014-2095 de trabajadores IMSS que recibirán pagos por prima de antigüedad y/o indemnizaciones^{1/}

Año de Proyección	Proyección de bajas de la actividad laboral que causarán pagos por indemnizaciones y prima de antigüedad								Total
	Muerte	Invalidez	Muerte RT	Incapacidad	Renuncia	Despido justificado	Despido injustificado	Jubilación, Cesantía y Vejez	
2014	451	897	58	195	762	34	168	12,421	14,988
2015	452	909	56	195	726	32	159	14,738	17,269
2020	402	808	45	174	530	23	114	13,633	15,729
2025	384	800	36	166	368	16	82	9,082	10,935
2030	372	849	27	161	230	11	57	10,321	12,027
2035	380	951	19	164	130	8	38	5,840	7,528
2040	250	647	9	108	36	2	12	25,947	27,012
2045	40	84	1	17	2	-	1	3,042	3,187
2050	7	12	-	3	-	-	-	397	419
2055	-	1	-	-	-	-	-	31	32
2060	-	-	-	-	-	-	-	-	-

^{1/} La valuación se realizó considerando a los trabajadores contratados al 31 de diciembre de 2013 y no contempla la incorporación de nuevos trabajadores en el periodo de proyección.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton.

Principales resultados de la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3

Los principales resultados de la valuación actuarial de la prima de antigüedad e indemnizaciones se presentan en el cuadro X.3. De los resultados presentados en este cuadro se observa:

- Obligaciones por beneficios definidos: al 31 de diciembre de 2013 el monto de las obligaciones derivado de la prima de antigüedad e indemnizaciones, asciende a 46,465 millones de pesos (punto 2), de los cuales se tiene reconocido en el balance contable del IMSS 18,579 millones de pesos (punto 14), que representan 40 por ciento de las obligaciones por beneficios definidos.

- Costo neto del periodo: de acuerdo con la Norma D-3 el costo generado durante 2013, es de 8,378 millones de pesos (punto 7); sin embargo, el IMSS hizo un cargo a resultados del ejercicio 2013 por 4,219 millones de pesos. Lo anterior se realizó en apego a la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 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.
- El importe no reconocido del costo neto del periodo por prima de antigüedad e indemnizaciones por 4,159 millones de pesos¹³⁶ se acumula en una partida de servicios anteriores pendiente de amortizar, que deberá reconocerse a partir del ejercicio 2014 de acuerdo con lo establecido en la Norma D-3, según el tipo de beneficio.

¹³⁶ Resulta de la diferencia entre el costo neto del periodo (8,378) y el cargo a resultados de 2013 (4,219).

Cuadro X.3.
Principales resultados de la valuación actuarial por prima de antigüedad e indemnizaciones, al 31 de diciembre de 2013, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3
(millones de pesos de 2013)

Características principales del plan	Total ^{1/}	Prima de Antigüedad	
		Terminación	Retiro
1. Importe de las obligaciones por derechos adquiridos ^{2/}	-	-	-
2. Importe de las obligaciones por beneficios definidos	46,465	9,184	37,281
3. Importe de los servicios anteriores y modificaciones a las prestaciones	2,793	1,183	1,610
4. Importe del pasivo o activo de transición proveniente de las prestaciones valuadas	-	-	-
5. Importe de las pérdidas (ganancias) pendientes de reconocer	25,094	0	25,094
6. Importe del (pasivo) o activo neto proyectado	-18,579	-8,002	-10,577
7. Importe del costo neto del periodo	8,378	1,559	6,819
8. Importe de los pagos			
Pagos	4,219	376	3,843
9. Periodo de amortización de las partidas pendientes de amortizar, para las prestaciones valuadas		-	15
10. Indicar si los cálculos fueron efectuados por actuarios independientes o por la propia empresa	Independiente (Lockton México, 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 ^{3/, 4/} :			
Tasa de descuento	7.73%		
Tasa de incremento de salario ^{5/}	5.13%		
Tasa de incremento al salario mínimo	4.61%		
Tasa estimada a largo plazo de los rendimientos de los activos del plan	7.73%		
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	-	-	-
14. Reserva de obligaciones contractuales ^{6/}	-18,579	-8,002	-10,577

^{1/} El total puede no ser igual a la suma de los parciales debido al redondeo de las cifras.

^{2/} Los derechos adquiridos consideran únicamente las obligaciones de los Pensionados en Curso de Pago.

^{3/} Para la realización de cálculo, se consideró una curva de tasas de inflación en el periodo 2014-2019, a partir de 2020 la inflación es constante.

^{4/} Las tasas mostradas corresponden al primer año de proyección.

^{5/} La tasa no incluye el factor de ajuste de salario por antigüedad, pero sí es considerado en el cálculo de las obligaciones.

^{6/} La reserva de obligaciones contractuales considera la integración de los conceptos aplicados al 31 de diciembre de 2013 en el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC).

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton.

X.1.2. Pasivo laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones

El pasivo que se aborda en este apartado es el que se genera por las obligaciones que tiene el IMSS con los trabajadores que ha contratado bajo la cobertura del Régimen de Jubilaciones y Pensiones incorporado en el Contrato Colectivo de Trabajo que tiene celebrado con sus trabajadores. Los beneficios por pensión que se otorgan conforme a dicho Régimen tienen un componente que proviene de la Ley del Seguro Social y es cubierto por el IMSS en su carácter de asegurador, y otro complementario de esa Ley que es cubierto por el IMSS en su carácter de patrón.

La parte a cargo del IMSS como patrón se denomina pensión complementaria, misma que 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. El pasivo por pensiones que genera ese componente a cargo del IMSS-Patrón es el que se valúa actuarialmente cada año y sobre el cual se informa en este apartado.

Por su parte, el pasivo generado por el componente a cargo del IMSS-Asegurador, proviene de dos generaciones de trabajadores. La primera corresponde a los trabajadores que cotizaron antes del 1º de julio de 1997, para los cuales sus pensiones se consideran bajo la Ley del Seguro Social de 1973 con cargo al Gobierno Federal. La segunda corresponde a los trabajadores que empezaron a cotizar a partir del 1º de julio de 1997, para los cuales sus beneficios por pensión son con cargo a los ingresos por cuotas del IMSS conforme a lo que se establece en la Ley del Seguro Social vigente a partir de julio de 1997.

El financiamiento del Régimen de Jubilaciones y Pensiones proviene de tres fuentes:

- i) Los recursos del IMSS-Asegurador.
- ii) Las aportaciones de los trabajadores activos, correspondientes a 3 por ciento del salario base y del fondo de ahorro.
- iii) Los recursos que el IMSS tiene que aportar de su presupuesto para complementar dicho Régimen, es decir, la parte del IMSS-Patrón.

Actualmente, el pasivo que proviene del Régimen de Jubilaciones y Pensiones se deriva de los trabajadores que han sido contratados por el IMSS hasta el 15 de octubre de 2005. Respecto a este pasivo, la buena noticia es que dicho pasivo no se está haciendo más grande; sin embargo, el pasivo era muy grande y se va a tener que pagar en los siguientes años, por los pasivos que se continúen generando por los trabajadores en activo (costo de transición).

Las medidas que ha tomado el IMSS para detener el crecimiento del pasivo laboral derivado de este Régimen han sido la emisión de tres disposiciones:

- La primera disposición introdujo cambios en la Ley del Seguro Social a partir del 12 de agosto de 2004, en los Artículos 277 D y 286 K. A partir de esta reforma, el Instituto no puede crear, contratar o sustituir plazas sin el respaldo de los recursos necesarios para cubrir los costos futuros derivados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, y tampoco puede utilizar los recursos del IMSS-Asegurador para ese propósito.

- La segunda disposición es el Convenio suscrito el 14 de octubre de 2005 entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Mediante esta disposición se modificaron para los trabajadores contratados a partir del 16 de octubre de 2005 los requisitos de edad y antigüedad para la jubilación por años de servicio al pasar de 27 (mujeres)/28 (hombres) años de antigüedad y sin requisito de edad en este Régimen a 34 (mujeres)/35 (hombres) y 60 años de edad bajo el Convenio de 2005. Asimismo, para este Convenio se establece un nuevo esquema de financiamiento, en donde los recursos provienen de dos fuentes: i) las que hacen los trabajadores activos de Base y Confianza que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005 (7 por ciento del salario base y del fondo de ahorro), y ii) las que hacen los propios trabajadores contratados bajo el Convenio de 2005 (10 por ciento del salario base y del fondo de ahorro). Más adelante, el cuadro X.13 describe las contribuciones y requisitos de pensión del Convenio. Este esquema no le genera al Instituto un pasivo laboral adicional derivado del plan de pensiones.
- La tercera disposición es el Convenio suscrito el 27 de junio de 2008 entre el IMSS y el Sindicato, en el cual se establece un nuevo esquema de pensiones aplicable a los trabajadores que se hayan contratado a partir del 1º de agosto de 2008¹³⁷. Este plan de pensiones otorga prestaciones complementarias que son bajo un esquema de contribución definida, que se financia únicamente con los recursos que aportan los propios trabajadores a sus cuentas individuales del Sistema de Ahorro para el Retiro, por lo que el IMSS, en su carácter de patrón, tampoco genera un pasivo laboral por pensiones derivado de las nuevas contrataciones bajo este Convenio, por lo tanto no se hace valuación actuarial de esta prestación.

En adición a las disposiciones anteriores, a partir del 1º de enero de 2012 entró en vigor el Estatuto A, el cual establece para los trabajadores de Confianza “A” el régimen laboral complementario al dispuesto en el Apartado A del Artículo 123 Constitucional y la Ley Federal del Trabajo. Con este ordenamiento legal tampoco se genera un pasivo por pensiones a cargo del IMSS en su carácter de patrón y tampoco se realiza una valuación actuarial.

Beneficios Valuados

Los beneficios considerados en la valuación actuarial se agrupan, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3, en beneficios por terminación y beneficios por retiro. Los beneficios por terminación son los que deben pagarse al trabajador o sus beneficiarios en los casos de terminación de la relación laboral, cuando 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 deben pagarse al momento de jubilación o cesantía en edad avanzada o vejez, o posteriormente a esta fecha.

Cuadro X.4.
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
Pensiones por:	Pensiones por:
- Invalidez.	- Jubilación.
- Incapacidad permanente.	- Cesantía en edad avanzada.
- Muerte.	- Vejez.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

¹³⁷ El Convenio de 2008 no cubre a los trabajadores de Confianza “A” contratados a partir del 1º de enero de 2012.

Población valuada

La valuación del pasivo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones consideró una población específica que comprende dos grupos: i) los trabajadores activos de Base y Confianza que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005, y ii) los jubilados y pensionados bajo dicho Régimen, vigentes a la fecha de la valuación.

Los trabajadores con derecho a los beneficios establecidos en este Régimen son un grupo, al cual ya no se incorporan nuevos trabajadores, es decir, se considera como un grupo cerrado. Por esa razón, con el tiempo irá disminuyendo, por motivos de renuncia, despido, jubilación, invalidez, incapacidad o fallecimiento, siendo la jubilación la causa que genera el mayor número de decrementos en la población.

A diciembre de 2013 se identificaron en la nómina 248,831 trabajadores con derecho a los beneficios establecidos en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones¹³⁸, los cuales disminuyeron respecto a los valuados a diciembre de 2012 en 5 por ciento, es decir, que se registró una baja de 13,129 trabajadores. El número de los trabajadores por tipo de contratación y sus indicadores de edad y antigüedad promedio se presentan en el cuadro X.5.

Cuadro X.5.
Población de trabajadores considerados en la valuación del pasivo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2013

Tipo de contratación	Número de trabajadores	Edad promedio	Antigüedad promedio
Base	217,383	45.36	17.95
Confianza "B"	22,448	46.64	20.62
Confianza "A"	9,000	47.12	19.12
Total	248,831	45.54	18.23

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

¹³⁸ En esta valuación no se consideran con derecho a los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a los siguientes grupos de población: i) los trabajadores contratados bajo el Convenio de 2005; ii) los trabajadores que ingresaron bajo el Convenio de 2008, y iii) los trabajadores de Confianza "A" bajo la cobertura del Estatuto A.

Por otro lado, a la misma fecha se tenían registrados 242,155 jubilados y pensionados, con una edad promedio de 61 años (cuadro X.6). El número de pensionados respecto al que se tenía a diciembre de 2012 aumentó en 10,360 pensionados, cifra que representa un incremento de 4.5 por ciento.

Cuadro X.6.
Población de jubilados y pensionados del IMSS considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2013

Concepto	Número de pensionados ^{1/}	Edad promedio
Pensionados directos ^{2/}	218,557	61.6
Pensionados derivados ^{3/}	23,598	57.8
Totales	242,155	61.3

^{1/} El número total de pensionados incluye 1,055 trabajadores que a diciembre de 2013 se identificaron en proceso de incorporación a la nómina de pensionados.

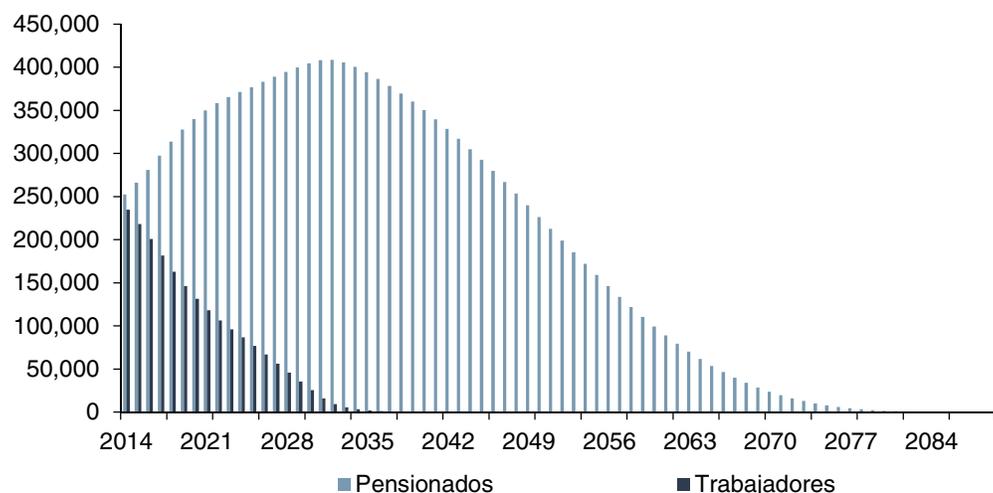
^{2/} Pensionados por invalidez, incapacidad permanente, jubilación, cesantía en edad avanzada y vejez.

^{3/} Pensionados por viudez, orfandad y ascendencia.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

En el futuro el número de trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones continuará disminuyendo y el número de pensionados aumentando, tal y como se muestra en la gráfica X.1.

Gráfica X.1.
Proyección del número de trabajadores y pensionados



Fuente: Valuación Actuarial, Lockton.

Resultados demográficos

Las proyecciones demográficas realizadas y que se presentan en el cuadro X.7, muestran 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 2013. De los resultados se desprende lo siguiente:

- i) Se estima que durante los próximos siete años el número de nuevos jubilados y pensionados provenientes de los 248,831 trabajadores valuados será de 16,708 en promedio por año.
- ii) Al final del 2035 se estima que habrá 393,967 jubilados y pensionados vigentes (columna j). Estos pensionados se integrarán por los 233,722 nuevos jubilados y pensionados vigentes (columna i), más los pensionados en curso de pago que estarán vigentes en ese año y que se estiman en 160,245 (columna c).

Resultados financieros

Los principales resultados financieros que genera la valuación actuarial son el flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones total del que está a cargo el IMSS-Asegurador y del que corresponde al IMSS en su carácter de patrón.

En la gráfica X.2 se muestra la proyección del flujo de gasto anual de dicho Régimen en pesos de 2013. El área sombreada representa el flujo de gasto anual a cargo del IMSS-Patrón y las barras representan el flujo de gasto anual total del Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

De la estimación del flujo de gasto anual total del Régimen, se tiene que el máximo de 150,236 millones de pesos se alcanzará en el año 2033. De este monto 69 por ciento (103,074 millones) corresponderá al IMSS-Patrón y el restante 31 por ciento

Cuadro X.7.
Proyección 2014-2095 de jubilados y pensionados del IMSS
(trabajadores que ingresaron antes del 16 de octubre de 2005)

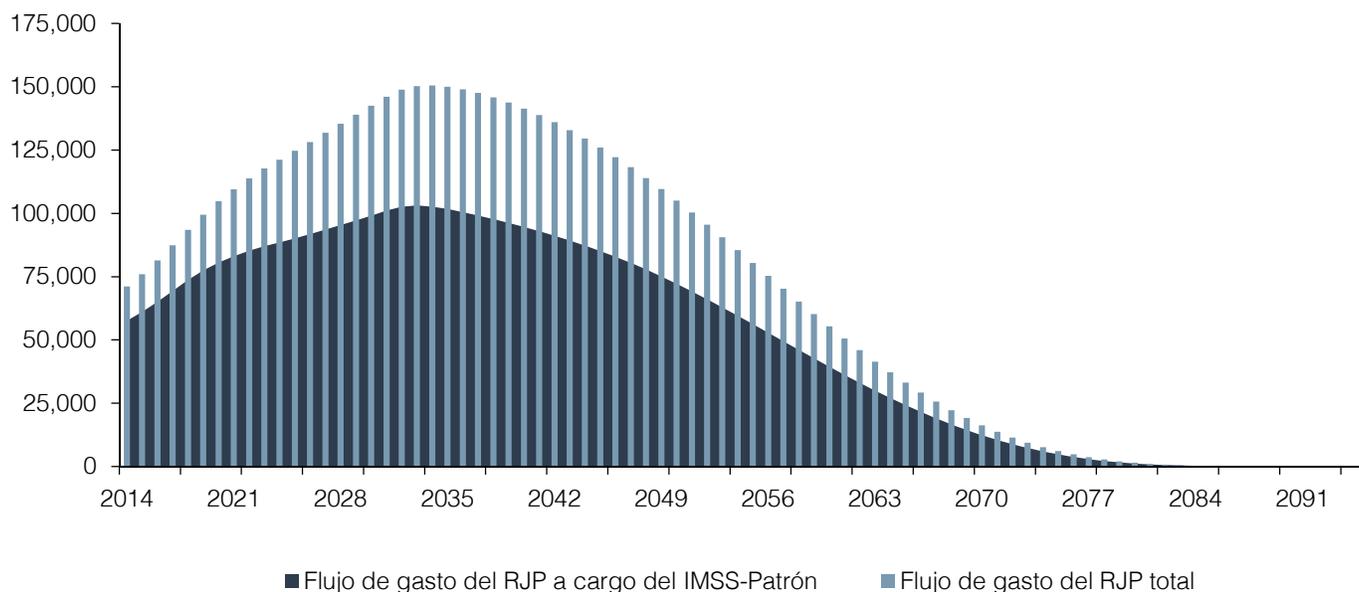
Año de Proyección	Proyección de jubilados y pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones									
	Sobrevivencia de los pensionados en curso de pago a diciembre de 2013			Nuevos pensionados provenientes de los trabajadores a diciembre de 2013			Sobrevivencia de los nuevos pensionados provenientes de los trabajadores a diciembre de 2013			Total de pensionados 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)	(j)=(c)+(i)
2014	215,500	23,312	238,812	13,363	403	13,766	13,363	403	13,766	252,578
2015	212,287	24,015	236,302	15,673	464	16,138	28,966	863	29,828	266,130
2020	193,786	31,080	224,866	14,302	858	15,160	110,703	4,175	114,878	339,744
2025	170,843	38,734	209,578	9,353	1,364	10,717	157,952	9,444	167,396	376,974
2030	143,426	45,034	188,460	9,873	2,016	11,889	198,885	16,951	215,836	404,296
2035	112,487	47,759	160,245	1,234	2,756	3,991	207,050	26,672	233,722	393,967
2040	80,344	44,797	125,141	209	3,482	3,691	187,372	37,595	224,967	350,108
2045	50,548	35,416	85,963	9	4,027	4,036	159,182	47,434	206,616	292,580
2050	26,792	21,886	48,678	1	4,152	4,153	125,244	52,455	177,698	226,377
2055	11,249	9,472	20,722	0	3,704	3,704	89,035	49,227	138,262	158,984
2060	3,426	2,571	5,998	0	2,758	2,758	55,464	37,951	93,416	99,413
2065	687	513	1,200	0	1,635	1,635	29,176	23,381	52,557	53,756
2070	105	131	237	0	726	726	12,374	11,197	23,571	23,808
2075	17	40	57	0	225	225	3,969	3,908	7,877	7,934
2080	2	11	14	0	36	36	863	861	1,724	1,738
2085	-	4	4	0	2	2	103	92	195	199
2090	-	1	1	0	0	0	5	2	7	8
2095	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

^{1/}Se conforma con los pensionados de jubilación por años de servicio, cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez e incapacidad permanente.

^{2/}Considera a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia vigentes al 31 de diciembre de 2013, y en el caso de las proyecciones de nuevos pensionados beneficiarios, sólo considera viudez.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton.

Gráfica X.2.
Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones,
total y a cargo del IMSS-Patrón
(millones de pesos de 2013)



Fuente: Valuación Actuarial, Lockton.

(47,161 millones) estará a cargo del IMSS-Asegurador, según corresponda a la Ley de 1973 o a la Ley de 1997. Aunque el pasivo laboral ya no continúa creciendo por las nuevas contrataciones de trabajadores, el IMSS debe hacer frente a un flujo creciente de pagos por pensiones, derivado de los actuales pensionados en curso de pago y de la incorporación al grupo de pensionados de los actuales trabajadores con derecho a este Régimen.

El valor presente de obligaciones totales, el cual se determina a partir de la estimación de los flujos anuales de gasto del Régimen total, es de 2.7 billones de pesos y el que está a cargo del IMSS-Patrón asciende a 1.9 billones de pesos.

En el cuadro X.8 se muestra el valor presente de obligaciones totales que corresponde a los jubilados y pensionados y a los trabajadores en activo, indicando para cada grupo:

- i) Obligaciones totales derivadas del Régimen de Jubilaciones y Pensiones por terminación y retiro, para pensionados y jubilados (renglón a), para trabajadores (renglón d) y para el total (renglón g).
- ii) Obligaciones totales derivadas de pensiones con cargo al IMSS-Asegurador, por terminación y retiro, para pensionados y jubilados (renglón b), para trabajadores (renglón e) y para el total (renglón h).
- iii) Obligaciones totales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones complementario por terminación y retiro, para pensionados y jubilados (renglón c), para trabajadores (renglón f) y para el total (renglón i).

Del cuadro X.8 se desprende que del valor presente de obligaciones totales a cargo del IMSS-Patrón, 48.7 por ciento corresponde al pago complementario de pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se otorga actualmente a los pensionados en curso de pago, mientras que 51.3 por ciento corresponde a las pensiones complementarias que se otorgarán a los trabajadores en activo en el futuro.

Cuadro X.8.
Valor presente de obligaciones totales, al 31 de
diciembre de 2013
(millones de pesos de 2013)

Concepto	Beneficios valuados		
	Terminación	Retiro	Total
Jubilados y pensionados			
RJP total (a)	59,940	1,187,578	1,247,518
IMSS-Asegurador (b)	14,848	294,173	309,020
IMSS-Patrón ^{1/} (c)	45,092	893,405	938,497
Trabajadores activos			
RJP total (d)	82,630	1,359,752	1,442,381
IMSS-Asegurador (e)	33,981	418,794	452,775
IMSS-Patrón ^{1/} (f)	48,648	940,958	989,606
Total			
RJP total (g)=(a)+(d)	142,569	2,547,330	2,689,899
IMSS-Asegurador (h)=(b)+(e)	48,829	712,967	761,795
IMSS-Patrón ^{1/} (i)=(c)+(f)	93,741	1,834,363	1,928,104

^{1/} El Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) del IMSS-Patrón no necesariamente resulta de la diferencia de este Régimen total menos el pasivo por pensiones del IMSS-Asegurador (pensiones otorgadas bajo la Ley del Seguro Social). Esto obedece a que para algunos trabajadores la pensión complementaria a cargo del IMSS-Patrón es cero, ya que dependiendo del nivel de sus salarios y de la antigüedad laboral, la pensión que les correspondería bajo la Ley del Seguro Social puede ser igual o mayor a la que se calcula en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Por ejemplo, para un trabajador cuya pensión de este Régimen se determinara en 800 pesos diarios, podría alcanzar por su antigüedad laboral una pensión de la Ley del Seguro Social de 830 pesos diarios. En consecuencia, su pensión complementaria sería cero, y ésta no podría calcularse como la diferencia del Régimen de Jubilaciones y Pensiones total menos la pensión de la Ley del Seguro Social.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton.

Las obligaciones por beneficios definidos equivalen al pasivo total menos las obligaciones por devengar por los trabajadores activos. Al 31 de diciembre de 2013 estas obligaciones ascienden a 1.6 billones de pesos (10.1 por ciento del Producto Interno Bruto de ese mismo año)¹³⁹.

¹³⁹ Las obligaciones por beneficios definidos son las que se tienen adquiridas tanto con los pensionados en curso de pago, como con los trabajadores en activo por los servicios que estos han proporcionado desde su ingreso al IMSS hasta la fecha de valuación. Por ello, se dice que son obligaciones por servicios pasados.

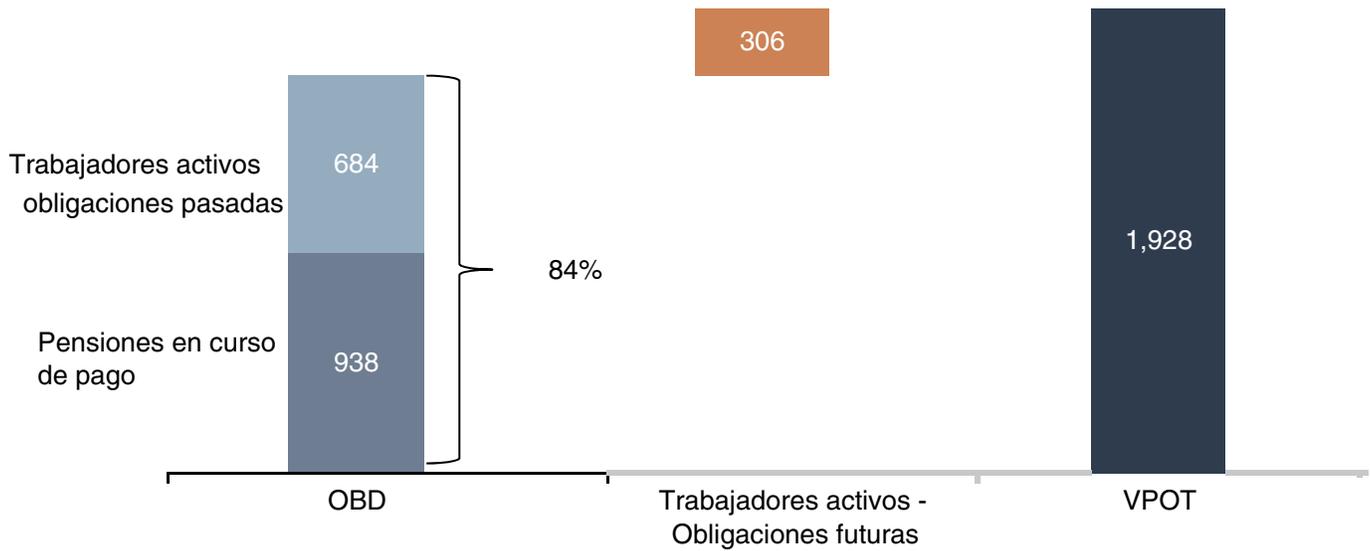
El pasivo total del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2013 corresponde a una población cerrada de 248,831 trabajadores activos y 242,155 jubilados y pensionados, esto equivale a 1.9 billones de pesos de 2013.

De estos 1.9 billones de pesos de obligaciones, 49 por ciento corresponden a las obligaciones para hacer frente a las pensiones en curso de pago y 35 por ciento es parte ya devengada de las obligaciones del personal activo, de tal forma que sólo queda por devengar 16 por ciento de obligaciones que corresponde al tiempo futuro que laborará el personal activo con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones (gráfica X.3).

Principales resultados de la aplicación de la Norma de Información Financiera D-3

Esta sección presenta los principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, obtenidos conforme a los lineamientos de la Norma de Información Financiera D-3, y a partir de los cuales se cuantifica el pasivo por obligaciones laborales y el costo neto del periodo, aplicando las hipótesis de cálculo financieras y demográficas señaladas en el cuadro F.3 del Anexo F. El pasivo que se calcula corresponde al que se genera por las pensiones complementarias a las que otorga la Ley del Seguro Social.

Gráfica X.3.
Distribución de valor presente de obligaciones totales, al 31 de diciembre de 2013
Régimen de Jubilaciones y Pensiones
(millones de pesos de 2013)



Fuente: Valuación Actuarial, Lockton.
OBD = Obligaciones por beneficios definidos.
VPOT = Valor presente de obligaciones totales.

Los principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones se presentan en el cuadro X.9, separando lo correspondiente a terminación y a retiro. De los resultados presentados en este cuadro se comenta lo siguiente:

- Obligaciones por beneficios definidos: al 31 de diciembre de 2013 el monto de las obligaciones derivado del Régimen de Jubilaciones y Pensiones asciende a 1.6 billones de pesos (punto 2)¹⁴⁰, de los cuales se tiene reconocido en el balance contable del IMSS 53,239 millones de pesos (punto 14), que representan 3.3 por ciento de las obligaciones por beneficios definidos.

- Costo neto del periodo: de acuerdo con la Norma D-3, el costo generado durante 2013 es de 711,158 millones de pesos (punto 7). Sin embargo, el IMSS hizo un cargo a resultados del ejercicio 2013 por 59,982 millones de pesos. Lo anterior se realizó en apego a la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 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.

El importe no reconocido del costo neto del periodo por 651,176 millones de pesos¹⁴¹, se acumula en una partida de servicios anteriores pendiente de amortizar que deberá reconocerse a partir del ejercicio 2014, de acuerdo con lo establecido en la Norma D-3, según el tipo de beneficio.

¹⁴⁰ De estos 1.6 billones, 42.1 por ciento corresponde al personal activo valuado con los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y 57.9 por ciento, al personal pensionado y jubilado de este Régimen.

¹⁴¹ Resulta de la diferencia entre el costo neto del periodo (711,158 millones de pesos) y el cargo a resultados de 2013 (59,982 millones de pesos).

Cuadro X.9.
Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2013,
de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3
(millones de pesos de 2013)

Características principales del plan	Total ^{1/}	RJP	
		Terminación	Retiro
1. Importe de las obligaciones por derechos adquiridos ^{2/}	938,497	45,092	893,405
2. Importe de las obligaciones por beneficios definidos	1,622,121	74,130	1,547,991
3. Importe de los servicios anteriores y modificaciones al plan de pensiones	1,349,527	70,588	1,278,939
4. Importe del pasivo o activo de transición proveniente de planes de pensiones	-	-	-
5. Importe de las pérdidas (ganancias) pendientes de reconocer	219,356	0	219,356
6. Importe del (pasivo) o activo neto proyectado	-53,144	-3,536	-49,609
7. Para el plan de pensiones, el importe del costo neto del periodo	711,158	75,849	635,310
8. Importe de los pagos y contribuciones del plan de pensiones			
Pagos	51,840	4,624	47,216
9. Periodo de amortización de las partidas pendientes de amortizar, para el plan de pensiones		-	10
10. Indicar si los cálculos fueron efectuados por actuarios independientes o por la propia empresa	Independiente (Lockton México, 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 ^{3/} , ^{4/} :			
Tasa de descuento	7.73%		
Tasa de incremento de salario ^{5/}	5.13%		
Tasa de incremento al salario mínimo	4.61%		
Tasa estimada a largo plazo de los rendimientos de los activos del plan	7.73%		
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	94	7	88
14. Reserva de obligaciones contractuales ^{6/}	-53,239	-3,542	-49,696

^{1/} El total puede no ser igual a la suma de los parciales debido al redondeo de las cifras.

^{2/} Los derechos adquiridos consideran únicamente las obligaciones de los Pensionados en Curso de Pago.

^{3/} Para la realización de cálculo, se consideró una curva de tasas de inflación en el periodo 2014-2019, a partir de 2020 la inflación es constante.

^{4/} Las tasas mostradas corresponden al primer año de proyección.

^{5/} La tasa no incluye el factor de ajuste de salario por antigüedad, pero sí es considerado en el cálculo de las obligaciones.

^{6/} La reserva de obligaciones contractuales considera la integración de los conceptos aplicados al 31 de diciembre de 2013 en el Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton.

X.1.3. El Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Programa IMSS-Oportunidades

En 1973 se originó IMSS-Oportunidades, el cual es un programa de salud del Gobierno Federal en beneficio de la población que habita en zonas rurales y urbano-marginadas del país.

Derivado del convenio celebrado el 15 de octubre de 2003 entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y avalado por el H. Consejo Técnico, se estableció que los beneficios contenidos en el Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS aplican para los trabajadores del Programa IMSS-Oportunidades. Esta disposición entró en vigor el 1° de enero de 2004. Al igual que los trabajadores del Régimen Ordinario, fueron sujetos de las modificaciones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, conforme a la reforma de la Ley del Seguro Social para aquellos que fueron contratados antes del 12 de agosto de 2004.

Costo laboral del Programa IMSS-Oportunidades

A diciembre de 2013 se identificaron en la nómina 15,035 trabajadores con derecho a los beneficios establecidos en el Régimen de Jubilaciones y Pensiones¹⁴², los cuales disminuyeron respecto a los valuados a diciembre de 2012 en 5.9 por ciento, es decir, que se registró una baja de 943 trabajadores. El número de los trabajadores por tipo de contratación y sus indicadores de edad y antigüedad promedio se presentan en el cuadro X.10.

¹⁴² En esta valuación no se consideran con derecho a los beneficios del Régimen de Jubilaciones y Pensiones a los siguientes grupos de población: i) los trabajadores contratados bajo el Convenio de 2005; ii) los trabajadores que ingresaron bajo el Convenio de 2008, y iii) los trabajadores de Confianza "A" bajo la cobertura del Estatuto A.

Cuadro X.10.
Población de trabajadores del Programa IMSS-Oportunidades considerados en la valuación del pasivo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2013

Tipo de contratación	Número de trabajadores	Edad promedio	Antigüedad promedio
Base	13,110	44.38	16.28
Confianza	1,925	46.55	18.84
Total	15,035	44.66	16.61

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Se identificaron en la nómina de pensiones 4,920 jubilados y pensionados con una edad promedio de 54.4 años (cuadro X.11). Estos pensionados tienen una cuantía completa promedio mensual de 18,343 pesos¹⁴³ Aunque IMSS-Oportunidades es un programa federal, actualmente la parte del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de sus jubilados y pensionados que es complementaria a la de la Ley del Seguro Social se cubre con recursos del presupuesto del IMSS.

Cuadro X.11.
Jubilados y pensionados del Programa IMSS-Oportunidades considerados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2013

Concepto	Número de pensionados ^{1/}	Edad promedio
Pensionados directos ^{2/}	4,567	56.0
Pensionados derivados ^{3/}	353	33.8
Totales	4,920	54.4

^{1/} El número total incluye a 72 trabajadores que a diciembre de 2013 se identificaron en proceso de incorporación a la nómina de jubilados y pensionados.

^{2/} Pensionados por invalidez, incapacidad permanente, jubilación, cesantía en edad avanzada y vejez.

^{3/} Pensionados por viudez, orfandad y ascendencia.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

¹⁴³ La cuantía completa promedio mensual se estima a partir de la suma del importe mensual de la pensión, el aguinaldo mensual, el aguinaldo anual "mensualizado" y fondo de ahorro "mensualizado".

Las proyecciones demográficas de la valuación, presentadas en el cuadro X.12, señalan que en los próximos 22 años se retirarán, por motivo de pensión, aproximadamente 14,290 trabajadores adscritos a IMSS-Oportunidades (columna g), lo que equivale a 95 por ciento de la plantilla de 15,035 trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones que se tenían al 31 de diciembre de 2013.

Por otro lado, los resultados financieros indican que al 31 de diciembre de 2013 el pasivo correspondiente a obligaciones por beneficios definidos que han generado los trabajadores de IMSS-Oportunidades es de 52,836 millones de pesos de 2013¹⁴⁴. Este pasivo no se encuentra fondeado, ya que las aportaciones de los trabajadores solamente financian una parte del gasto anual que realiza el IMSS para cubrir las jubilaciones y pensiones de los trabajadores del programa.

X.2. Situación financiera del Fondo Laboral para las contrataciones bajo el Convenio de 2005

Dentro de los acuerdos que han celebrado el Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social y el Instituto para disminuir el pasivo laboral a cargo del IMSS en su carácter de patrón está el “Convenio Adicional para las Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Base de Nuevo Ingreso” (Convenio de 2005), firmado el 14 de octubre de 2005. Este Convenio contempla un nuevo esquema de pensiones para las contrataciones de Base y Confianza “B” realizadas por el Instituto bajo su cobertura.

El Convenio de 2005 dispone que el financiamiento de las pensiones complementarias a las de la Seguridad Social provendrá de las aportaciones de los trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones que ingresaron al IMSS antes del 15 de octubre de 2005 (7 por ciento del salario base más fondo de ahorro), así como de las aportaciones de los trabajadores contratados bajo el Convenio 2005 (10 por ciento del salario base más el fondo de ahorro) (cuadro X.13). Lo anterior, a efecto de que el IMSS no destine recursos financieros para el pago de pensiones complementarias y así dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en los Artículos 277 D y 286 K de la Ley del Seguro Social. Las aportaciones realizadas por los anteriores y los nuevos trabajadores se depositan en una cuenta especial denominada Subcuenta 2 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (Subcuenta 2 del Fondo Laboral), cuyos recursos se mantienen independientes de la Subcuenta 1 del Fondo Laboral, que corresponde a las reservas que el IMSS constituyó en el pasado para financiar el plan de pensiones del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los antiguos trabajadores.

¹⁴⁴ Este monto se integra por 50,825 millones de pesos del pasivo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones y 2,011 millones de pesos de prima de antigüedad e indemnizaciones.

Cuadro X.12.
Proyecciones 2014-2095 de jubilados y pensionados del Programa IMSS-Oportunidades
(trabajadores que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005)

Año de Proyección	Proyección de jubilados y pensionados del Régimen de Jubilaciones y Pensiones										
	Sobrevivencia de los pensionados en curso de pago a diciembre de 2013			Nuevos pensionados provenientes de los trabajadores a diciembre de 2013				Sobrevivencia de los nuevos pensionados provenientes de los trabajadores a diciembre de 2013			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 directas	Pensiones directas ^{1/}	Pensiones derivadas ^{2/}	Total	
(a)	(b)	(c)=(a)+(b)	(d)	(e)	(f)=(d)+(e)	(g)	(h)	(i)	(j)=(h)+(i)	(k)=(c)+(j)	
2014	4,539	327	4,866	532	22	553	532	532	22	553	5,419
2015	4,508	325	4,833	581	25	606	1,113	1,110	46	1,156	5,989
2020	4,312	390	4,702	860	44	904	4,996	4,921	217	5,138	9,840
2025	4,025	536	4,560	722	73	794	9,131	8,818	495	9,313	13,873
2030	3,621	728	4,349	663	110	773	12,648	11,856	903	12,759	17,108
2035	3,084	910	3,993	148	152	301	14,290	12,692	1,445	14,137	18,130
2040	2,430	1,005	3,435	14	197	211	14,470	11,692	2,074	13,766	17,201
2045	1,718	945	2,663	-	234	235	14,477	10,107	2,681	12,788	15,451
2050	1,045	706	1,752	-	251	251	-	8,132	3,065	11,196	12,948
2055	515	370	885	-	234	234	-	5,933	2,997	8,930	9,816
2060	186	113	299	-	183	183	-	3,798	2,393	6,191	6,489
2065	43	20	63	-	112	112	-	2,043	1,457	3,500	3,563
2070	6	5	12	-	49	49	-	870	614	1,484	1,496
2075	1	1	2	-	13	13	-	269	155	423	426
2080	-	-	-	-	1	1	-	53	18	71	71
2085	-	-	-	-	-	-	-	5	1	6	6
2090	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2095	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

^{1/} Incluye jubilados por años de servicio y pensionados por cesantía en edad avanzada, vejez, invalidez e incapacidad permanente.

^{2/} Incluye a los pensionados por viudez, orfandad y ascendencia vigentes al 31 de diciembre de 2013, y para las proyecciones de nuevos pensionados sólo se considera viudez.

Fuente: Valuación Actuarial, Lockton.

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 tiene los siguientes objetivos:

- Determinar conforme al Artículo 277 D de la Ley del Seguro Social el esquema de pensiones que se encuentra plenamente fondeado para las nuevas contrataciones realizadas entre el 16 de octubre de 2005 y el 31 de julio de 2008 bajo el Convenio de 2005.
- Dar cumplimiento al Artículo Tercero Transitorio de la reforma del 11 de agosto de 2004 a la Ley del Seguro Social y que entró en vigor el 12 de agosto del mismo año, 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 Ley del Seguro Social.
- Evaluar la aplicación del esquema de contribuciones, beneficios y requisitos derivado de dicho Convenio, cuyas características de contribuciones, jubilación y pensión por edad se muestran en el cuadro X.13.

Cuadro X.13.

Contribuciones y requisitos establecidos para poder otorgar a los trabajadores que se contrataron bajo el Convenio de octubre de 2005 los beneficios de una jubilación por años de servicio o una pensión por edad

Concepto	Generación actual^{1/}	Nuevas contrataciones^{2/}
Contribuciones		
a) Para el RJP de los trabajadores actuales	3% del salario básico (SB) y del fondo de ahorro (F)	
b) Para fondear el RJP de la generación futura de trabajadores		
A partir del 16 de octubre de 2005	1% del SB y F	4% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 2006	2% del SB y F	5% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 2007	3% del SB y F	6% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 2008	4% del SB y F	7% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 2009	5% del SB y F	8% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 2010	6% del SB y F	9% del SB y F
A partir del 16 de octubre de 2011	7% del SB y F	10% del SB y F
Beneficios y Requisitos		
a) Jubilación por años de servicio		
Años de servicio	27 mujeres y 28 hombres.	34 mujeres y 35 hombres.
Edad mínima	No se establece como requisito.	60 años.
Beneficio	El monto de la pensión se calcula conforme a lo establecido en los Artículos 5, 6, 7 y 22 del RJP de la generación actual.	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 de Base y Confianza que ingresaron al IMSS antes del 16 de octubre de 2005

^{2/} Trabajadores que ingresaron al IMSS a partir del 16 de octubre de 2005 y hasta el 31 de julio de 2008.

RJP: Régimen de Jubilaciones y Pensiones.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Para llevar a cabo el estudio se utilizaron hipótesis financieras y bases biométricas que se detallan en el Anexo F de este Informe.

Población valuada

La población considerada en este estudio es de 42,395 trabajadores y 190 pensionados por las siguientes causas:

- i) 8 de incapacidad permanente por riesgo de trabajo.
- ii) 44 de invalidez por enfermedad general.
- iii) 138 pensiones derivadas del fallecimiento de trabajadores o pensionados.

Resultados del estudio actuarial

Con base en la población sujeta de valuación, los beneficios establecidos en el Convenio de 2005, así como en los supuestos adoptados, se estima que el valor presente de obligaciones totales por concepto de las prestaciones del Convenio de 2005 asciende a 70,540 millones de pesos.

Por su parte, a la fecha de valuación el saldo de los recursos acumulados en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral asciende a 29,638 millones de pesos, distribuidos como se indica en el cuadro X.14.

De acuerdo con las aportaciones realizadas hasta el 31 de diciembre de 2013, así como con las expectativas de las aportaciones futuras y con los rendimientos que se generarán, asumiendo una tasa de interés de 3.7 por ciento real anual, se estima que los recursos acumulados para financiar las pensiones serán en valor presente de 71,129 millones de pesos, los cuales son prácticamente equivalentes al valor presente de las obligaciones a cubrir. Estos resultados se presentan en el cuadro X.15 relativo al balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2013.

Cuadro X.14.
Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2013
(millones de pesos corrientes)

Concepto	Saldo a diciembre 2012	Aportaciones	Productos financieros	Partidas en conciliación	Saldo a diciembre 2013
Subcuenta 2A					
Concepto 107 Provisión fondo de jubilación ^{1/}	19,872	4,008	1,500	-0.04	25,380
Subcuenta 2B					
Concepto 108 Provisión RJP ^{2/}	3,161	844	252	0.04	4,257
Total	23,033	4,852	1,752	-0.01	29,638

^{1/} Aportaciones que han realizado los trabajadores con fecha de ingreso anterior al 16 de octubre de 2005.

^{2/} Aportaciones que han realizado los trabajadores contratados bajo el Convenio Adicional de 2005.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro X.15.
Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2013
(millones de pesos)

Activo		Pasivo	
Saldo diciembre de 2013 Subcuenta 2 del FCOLCLC, Concepto 107.	25,380	Subtotal VPOT ^{3/} trabajadores incorporados bajo el Convenio Adicional.	70,433
Saldo diciembre de 2013 Subcuenta 2 del FCOLCLC, Concepto 108.	4,257	Subtotal VPOT ^{3/} pensionados bajo el Convenio Adicional.	107
Subtotal VPFA ^{1/} de los trabajadores con derecho al RJP.	25,120		
Subtotal VPFA ^{1/} de los trabajadores incorporados bajo el Convenio Adicional.	16,372		
Producto Financiero logrado con la meta fijada por el Instituto, en exceso a 3.68% requerido para garantizar la suficiencia de la Subcuenta 2 del FCOLCLC ^{2/}	-589		
Total activo	70,540	Total pasivo	70,540

^{1/} VPFA: Valor presente de futuras aportaciones.

^{2/} La meta institucional sobre la tasa de inversión de los recursos de la Subcuenta 2 es de 3.7 por ciento.

^{3/} VPOT: Valor presente de obligaciones totales.

Fuente: Estudio Actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, Lockton.

De manera ilustrativa se presenta en la gráfica X.4 el flujo de ingresos y egresos derivado del comportamiento de las obligaciones ante los 42,395 trabajadores y 190 pensionados considerados en la valuación y de las aportaciones para financiar dicho pasivo. Se observa que las aportaciones de los trabajadores con derecho al Régimen de Jubilaciones y Pensiones anterior al Convenio de 2005 alcanzan su nivel máximo en el año 2014 con un monto de 3,449 millones de pesos de 2013 y después disminuirán hasta extinguirse en el 2039. Por su parte, las aportaciones de los trabajadores cubiertos bajo el convenio alcanzarán su nivel más alto en el 2030 con 1,098 millones de pesos de 2013 y se terminarán en el 2049.

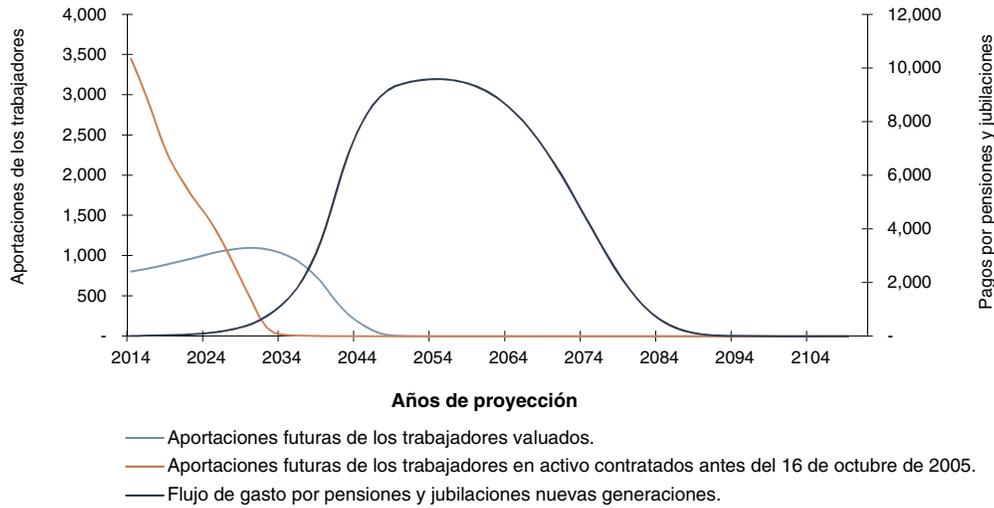
Se estima que en el año 2055 se alcanzará el nivel máximo del pasivo con un importe de pensiones y jubilaciones de 9,587 millones de pesos de 2013.

X.3. Contingencias de carácter litigioso

El IMSS es una institución compleja dada su naturaleza como: organismo descentralizado, órgano fiscalizador, ente asegurador y patrón. Derivado de esa complejidad y tamaño, el Instituto recibe una gran cantidad de demandas que le generan riesgos financieros considerables. Además, el IMSS es sujeto de diversos actos de distintas autoridades, los cuales, en ocasiones, son combatidos por el propio Instituto cuando considera son contrarios a la ley. Estos actos también le generan presión financiera.

En esta sección se detalla la composición de la contingencia por juicios en los que el IMSS es parte, así como las acciones de mejora que se llevaron a cabo en el periodo 2012-2013. Las estrategias y resultados que aquí se presentan son acordes a los dos objetivos principales que esta Administración se ha propuesto: sanear las finanzas institucionales y mejorar la calidad de los servicios.

Gráfica X.4.
Estimación de las aportaciones anuales de los trabajadores
y de los pagos anuales por pensiones y jubilaciones
(millones de pesos de 2013)



Fuente: Estudio Actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, Lockton.

Al cierre de 2012 el IMSS tenía un total de 240,352 juicios en trámite, que implicaban un pasivo contingente de 51,876 millones de pesos. Esta situación ha puesto al Instituto en una posición delicada, dado los limitados recursos, tanto financieros como humanos, con que cuenta para su atención.

20,177 millones de pesos con respecto a 2012. Dicho monto representa alrededor de 10 por ciento del total recaudado por el IMSS en 2013 por concepto de Ingresos Obrero-Patronales, los cuales ascendieron a 214,536 millones de pesos.

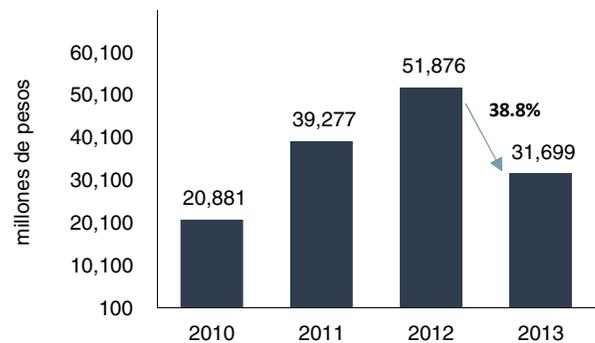
No obstante, a partir de 2013, la Dirección Jurídica como órgano encargado de la atención de los juicios en que el Instituto forma parte, puso en marcha un ambicioso programa de reversión, contención y disminución del número de juicios y del pasivo contingente, sin que ello implicara erogaciones adicionales o la creación de nuevas plazas, bajo tres ejes:

Con estas acciones, se rompió por primera vez la tendencia a la alza de la contingencia de los últimos tres años por juicios en contra del Instituto, tal y como se ve en la gráfica X.5.

- Detección de las vulnerabilidades del Instituto.
- Priorización de juicios en razón de la cuantía, importancia o trascendencia.
- Reforzamiento de la defensa del Instituto ante los tribunales del país.

Gracias a este proceso se han logrado resultados históricos para el IMSS, destacándose la disminución de la contingencia por juicios en 38.8 por ciento o

Gráfica X.5.
Comparativos pasivos contingentes,
diciembre 2010-2013
(millones de pesos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Si bien los resultados son positivos y van en el sentido correcto, aún falta mucho por hacer. Al cierre de 2013, la cartera litigiosa del IMSS fue de 247,236 juicios, que implican un pasivo contingente de 31,699 millones de pesos¹⁴⁵. Esto ocasiona que en caso de no obtener resolución favorable en esos asuntos, en el extremo podría condenarse al Instituto al pago de dicha cantidad.

Por ello, para 2014 se han fijado como metas mantener la tendencia a la baja de la contingencia y aumentar el porcentaje de juicios ganados, con especial atención a las materias laboral y fiscal. Para lograr estas metas, además de la continuación en la implementación del programa antes mencionado, se adicionarán las siguientes medidas que buscan generar mayor certeza jurídica, tanto al interior del Instituto, como a los particulares, siendo éstas:

- Unificación de criterios en las Jefaturas de Servicios Jurídicos de todas las Delegaciones en el país.
- Depuración de los juicios mayores a 10 años.
- Capacitación del personal del Instituto en la emisión de actos que provocan demandas a éste.
- Estandarización de formatos y procedimientos del Instituto a efecto de garantizarles certeza jurídica a los particulares.

El objetivo del Instituto es brindar certeza jurídica en la emisión de sus actos, aumentando con ello el porcentaje de asuntos favorables, disuadiendo, de esta manera, la presentación de nuevas demandas. Si bien es natural que existan disputas por la actividad propia del Instituto, la meta a largo plazo es que éstas sean menores y con ello lograr que los recursos limitados con que cuenta, sean destinados a los fines para los cuales fue creado.

A continuación se detallan, por materia, los resultados antes mencionados respecto al periodo que se informa.

X.3.1. Contingencias en juicios laborales

En el ámbito laboral, el Instituto puede ser demandado desde dos perspectivas: como órgano asegurador o como patrón. El primer supuesto comprende las demandas que son presentadas por los derechohabientes, que reclaman derechos derivados de las diversas ramas de aseguramiento o subsidios que contempla la Ley del Seguro Social; el segundo tipo de demandas se presentan ya sea por los trabajadores del Instituto en activo, por ex trabajadores o pensionados, cuando estiman que han sido violados sus derechos laborales.

Como se señaló, al cierre de 2012, el IMSS contaba con 240,352 asuntos en trámite, de los cuales 86 por ciento, es decir, 208,067 eran laborales y representaban un pasivo contingente de 22,789 millones de pesos.

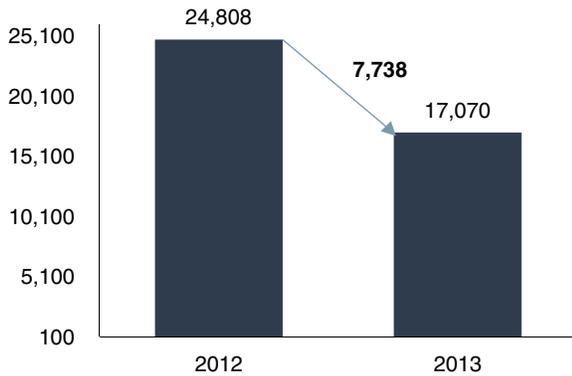
Para atender esta problemática, se establecieron diversas líneas de acción, tendientes a: i) fortalecer la defensa del Instituto ante las autoridades laborales y judiciales; ii) disminuir el pasivo contingente, y iii) aumentar el porcentaje de asuntos ganados.

Derivado de lo anterior, en 2013 se lograron resultados positivos para la institución, que permitieron lograr los objetivos planteados.

En efecto, derivado de la implementación de medidas de prevención en los procesos del Instituto susceptibles de impugnarse, durante 2013 se presentaron 7,738 demandas menos con respecto a las 24,808 al cierre de 2012, lo que equivale a una reducción en 31.2 por ciento (gráfica X.6).

¹⁴⁵ El porcentaje de estas cantidades se integra así: la materia laboral concentra 86.6 por ciento de los juicios en trámite del Instituto, seguida de las materias fiscal con 9.8 por ciento; penal con 3.2 por ciento y civil y mercantil con 0.4 por ciento. Dichos datos son proporcionales a la contingencia litigiosa, en donde la materia laboral concentra 69.9 por ciento; fiscal con 20.3 por ciento; penal con 0.1 por ciento y civil y mercantil con 9.7 por ciento.

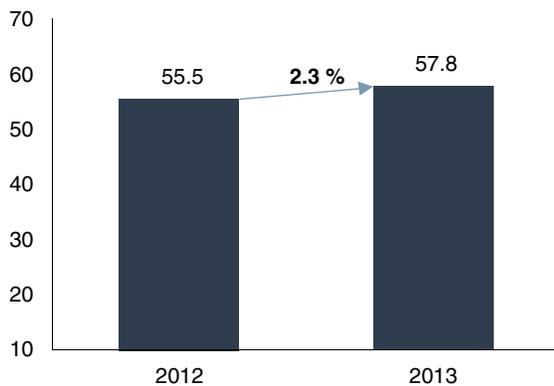
Gráfica X.6.
Demandas laborales notificadas, que representan pasivo contingente, diciembre 2012-2013
 (asuntos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Asimismo, gracias al fortalecimiento de la estrategia de defensa ante los tribunales, se logró aumentar en 2.3 por ciento los asuntos ganados con respecto a 2012 tal y como se advierte en la gráfica X.7.

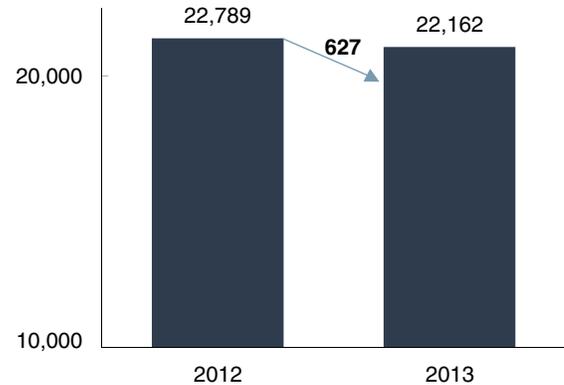
Gráfica X.7.
Laudos favorables, pasivo contingente, diciembre 2012 y diciembre 2013
 (porcentaje)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Todo lo anterior, favoreció para que el pasivo contingente en materia laboral disminuyera en 627 millones de pesos al cierre del 2013, como se muestra en la gráfica X.8.

Gráfica X.8.
Demandas laborales notificadas, que representan pasivo contingente, diciembre 2012-2013
 (millones de pesos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Aun cuando estos son avances importantes, la materia laboral sigue siendo el reto más grande tanto por el número de juicios como por el monto del pasivo contingente. Para 2014, se continuará con el fortalecimiento jurídico de los actos que emite el IMSS en su calidad de patrón y ente asegurador, de acuerdo con los criterios emitidos por las autoridades laborales y el Poder Judicial, a fin de generar mayor certeza y evitar con ello la presentación de nuevas demandas. Además, se continuará mejorando los procesos de contestación y litigio de las demandas que son interpuestas en contra del IMSS, a fin de lograr mejores resultados en tribunales, disminuyendo con ello el pasivo laboral.

X.3.2. Contingencias en juicios fiscales y administrativos

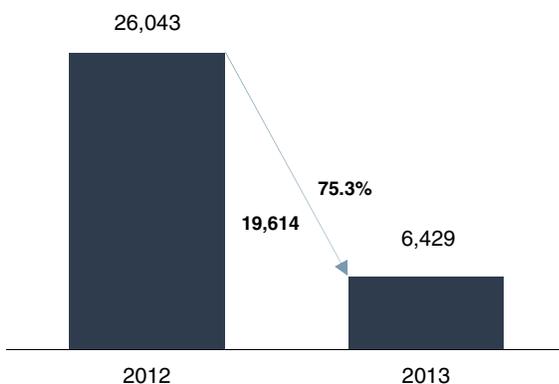
En materia fiscal y administrativa, los juicios en los que el Instituto forma parte son de dos tipos: i) como “demandado” cuando son los contribuyentes, asegurados y/o patrones quienes demandan al Instituto por considerar que sus derechos han sido violentados, y ii) como “actor” cuando es el propio IMSS quien promueve la demanda al ver afectados sus intereses.

En 2012, de los 240,352 juicios en trámite, 19,887 eran de naturaleza fiscal y administrativa, es decir, 8.3 por ciento. No obstante, en sólo 396 de esos juicios se contenía la totalidad del pasivo contingente por la cantidad de 26,043 millones de pesos.

Dada la magnitud de la contingencia en relación con el número de juicios, se puso en marcha un programa de detección de los asuntos más cuantiosos y que requerían atención prioritaria para su resolución.

Así, gracias a la detección oportuna y atención especial, durante 2013 se logró la reducción histórica de 19,614 millones de pesos del pasivo contingente por juicios fiscales y administrativos. Esto implicó la reducción en 75.3 por ciento de la contingencia por juicios que por ese rubro se tenía en 2012.

Gráfica X.9.
Pasivos contingentes en juicios fiscales y administrativos, diciembre 2012-2013
(millones de pesos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

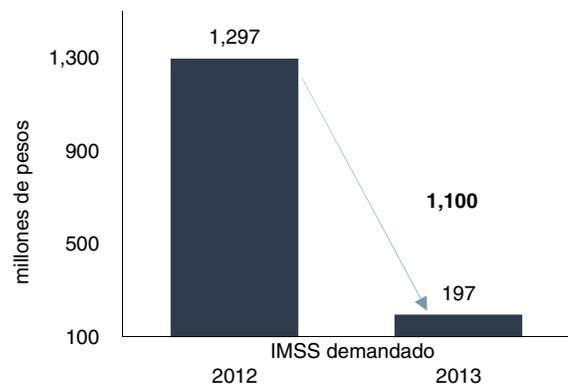
La disminución del pasivo antes mencionado se concentró en dos rubros: IMSS demandado e IMSS actor. El detalle por categoría se presenta a continuación.

Juicios en los que el IMSS es demandado

En el rubro de IMSS demandado, al cierre de 2012 se contaba con un pasivo contingente de 1,297 millones de pesos, concentrado en 59 demandas. Los principales temas en este segmento son: responsabilidad patrimonial del Estado, devolución de cuotas obrero-patronales y solicitudes de reintegro de gastos médicos.

A fin de disminuir el pasivo contingente, se implementaron medidas de contención y reforzamiento de litigio para aquellos asuntos que concentraban la mayor contingencia. Así, derivado de las acciones realizadas por la Dirección Jurídica, se logró la reducción del pasivo contingente por 1,100 millones de pesos. Esto derivó en que al cierre de 2013, el pasivo contingente en este rubro fuera de 197 millones de pesos (gráfica X.10).

Gráfica X.10.
Comparativo pasivos contingentes en juicios fiscales y administrativos, IMSS demandado, diciembre 2012-2013
(millones de pesos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

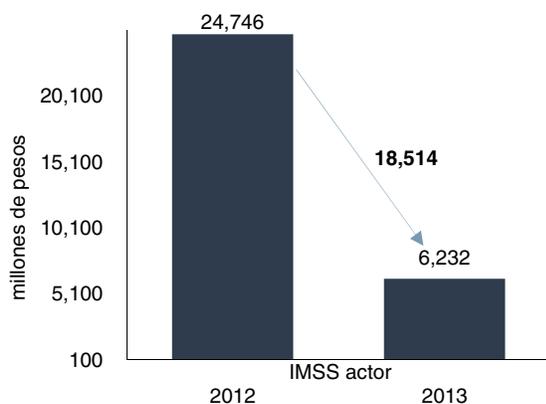
Juicios en los que el IMSS es actor

Respecto a las demandas en las que el IMSS es quien promueve al ver afectados sus intereses, al cierre de 2012 el pasivo contingente era de 24,746 millones de pesos, contenidos en 337 juicios. Entre los temas que destacan en este segmento se encuentran las determinaciones de créditos y actos de ejecución de los que el IMSS es objeto y que se han emitido para exigirle al Instituto el pago de diversos gravámenes federales y locales.

Así, para 2013 se definió como prioridad la atención de estos juicios ante los tribunales, lográndose resultados históricos en beneficio del Instituto. En efecto, gracias a las estrategias de litigio implementadas en diversos juicios promovidos por el IMSS, se logró una significativa reducción en el pasivo de 18,514 millones de pesos.

Los resultados obtenidos en los juicios fiscales y administrativos han puesto al IMSS en una situación menos vulnerable. Sin embargo, el problema no está resuelto (gráfica X.11).

Gráfica X.11.
Comparativo pasivos contingentes en juicios fiscales y administrativos, IMSS actor, diciembre 2012-2013
(millones de pesos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

El reto en materia fiscal y administrativa es fortalecer jurídicamente y estandarizar los actos que el IMSS emite hacia los patrones en sus funciones de afiliación y recaudación a fin de evitar litigios costosos. Estos actos deben estar apegados al marco legal y a los criterios judiciales con el objeto de hacerlos incontrovertibles. En la medida que los actos que emite el Instituto cumplan con esas características todos se verán beneficiados.

Para ello, en 2014 la Dirección Jurídica continuará con el proceso de validación de los actos que emite el área de fiscalización y recaudación. La meta es haber validado 100 por ciento de los actos, de acuerdo con el marco legal y con los criterios jurisdiccionales. Con esto se buscará, por una parte, disminuir el número de demandas interpuestas en contra del Instituto y, por otra, aumentar el porcentaje de asuntos favorables, fortaleciendo con ello los ingresos del IMSS.

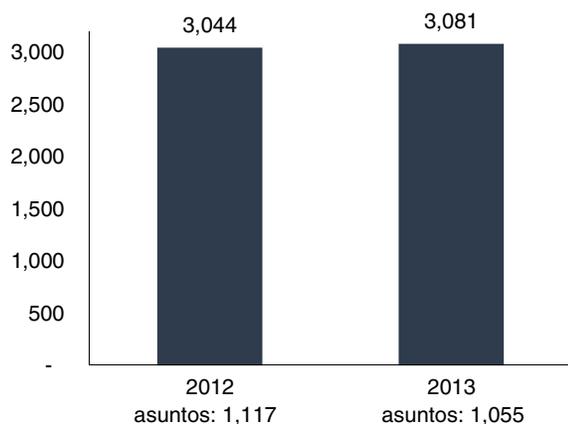
X.3.3. Contingencias en juicios civiles y mercantiles

En materia civil y mercantil, el IMSS recibe este tipo de demandas cuando los particulares consideran que se han visto afectados sus intereses con motivo de la prestación de servicios a cargo del Instituto o bien, cuando estiman que el IMSS ha incumplido los términos pactados en los contratos suscritos en materia de contratación de servicios, adquisiciones y obra pública.

Al cierre de 2012, el IMSS contaba con 1,117 juicios civiles y mercantiles, que implicaban una contingencia de 3,044 millones de pesos; mientras que al cierre de 2013, el Instituto tenía 1,055 juicios en trámite con un monto de pasivo contingente de 3,081 millones de pesos.

A diferencia de las materias laboral y fiscal, en este rubro el pasivo contingente se incrementó en 37 millones de pesos durante el periodo que se informa, debido a la revaluación judicial de diversos inmuebles objeto de estos juicios, tal y como se aprecia en la gráfica X.12.

Gráfica X.12.
Comparativo pasivos contingentes en juicios civiles y mercantiles, diciembre 2012-2013
 (millones de pesos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Ante tal circunstancia se ha venido trabajando en un proceso de detección y contención de los asuntos más cuantiosos, a efecto de brindar mayor asistencia y apoyo a las delegaciones encargadas de su litigio, con la finalidad de fortalecer la defensa de los mismos.

Para ello, durante 2014 se implementarán acciones tendientes a procurar un mayor acercamiento con las autoridades jurisdiccionales para encauzar sus criterios a la obtención de sentencias favorables a los intereses institucionales.

X.3.4. Asuntos penales

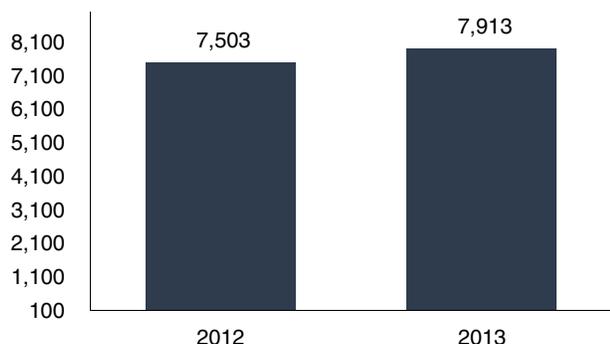
Existen una serie de actos constitutivos de delitos que perjudican al IMSS, los cuales son denunciados ante las instancias de procuración de justicia. Estos asuntos detonan la acción institucional para combatir estos actos que afectan el óptimo funcionamiento de la institución.

En el 2012, se encontraban en trámite 7,503 asuntos penales en su mayoría iniciados por el IMSS; de estos, sólo uno representa un pasivo contingente por un monto de 27 millones de pesos por concepto de reparación del daño. Dicho asunto aún se encuentra pendiente de resolución.

Para 2013, a fin de evitar y sancionar prácticas delictivas, se fortalecieron los controles institucionales que derivaron en una mayor presentación de denuncias y acciones disuasivas; asimismo, se fortalecieron las investigaciones, lo cual provocó que durante 2013 el número de asuntos penales incrementara en 5.4 por ciento con respecto a 2012. Esto no implica que los delitos hayan aumentado sino que la Dirección Jurídica ejerció mayor acción en este tipo de actos. A diferencia de otras materias, el aumento de los asuntos penales refleja la acción decidida del Instituto por combatir las conductas delictivas cometidas por particulares y servidores públicos, tales como robo, cohecho, tráfico de influencias, defraudación a los regímenes del Seguro Social, entre otros. Este aumento se aprecia en la gráfica X.13.

Por otra parte, en 2013 se logró la recuperación histórica de más de 8 millones de pesos en un caso de defraudación fiscal, hecho de gran relevancia, ya que no existe registro en el IMSS de una recuperación similar.

Gráfica X.13.
Juicios penales en trámite, diciembre 2012-2013
(asuntos)



Fuente: Dirección Jurídica, IMSS.

Para 2014, la meta en materia penal es fortalecer la cultura de cumplimiento y respeto al marco jurídico institucional mediante acciones preventivas del delito. Esto se llevará a cabo a través de dos medidas; la primera consiste en el lanzamiento de una campaña preventiva del delito cuyo objeto sea disminuir la actividad delictiva en perjuicio del Instituto y la segunda, a través del establecimiento de canales efectivos de comunicación con las autoridades de procuración de justicia y el fortalecimiento en la estrategia de investigación para la aportación de elementos eficaces y contundentes en la averiguación previa y proceso penal.

X.3.5. Conclusiones

Derivado de su complejidad y tamaño, el IMSS recibe una gran cantidad de juicios de diversa índole, los cuales le generan riesgos financieros.

En 2013, a través de un ambicioso programa de reversión, contención y disminución de juicios y pasivo contingente, se lograron resultados históricos para el IMSS. Esto se consiguió, en gran medida, gracias a la oportuna detección de los asuntos y/o procesos que se

impugnaban con mayor frecuencia, así como los que representaban una mayor contingencia para el Instituto; situación que permitió concentrar los recursos técnicos y humanos en las delegaciones que presentaban una mayor incidencia de dichas demandas, para reforzar las estrategias de litigio.

Para 2014, el objetivo que se ha trazado para prevenir nuevas demandas y con ello disminuir el pasivo contingente, es generar mayor seguridad y certeza jurídica. Esto es fundamental en la construcción de la nueva visión del IMSS.

Para ello, la Dirección Jurídica ha establecido un proceso de validación jurídica y estandarización de los actos que emite el Instituto a fin de que los mismos se encuentren apegados al marco legal. La meta es que los actos que día a día el IMSS emite generen certeza entre los derechohabientes, particulares y sus propios trabajadores, evitando la necesidad de tener que recurrir a instancias judiciales para dirimir las diferencias.

Si bien es natural que existan controversias entre el IMSS y las personas con las que se relaciona, éstas deben ser las menos posibles. Es por esto que la Dirección Jurídica ha trazado un plan que facilite estas relaciones y sólo intervenga en caso de conflicto, evitando con ello más juicios que le generan costos financieros, los cuales en muchos casos, son innecesarios.

Con estas medidas, la Dirección Jurídica reitera el compromiso y la obligación que tiene para velar por los intereses institucionales, fortaleciendo y facilitando las relaciones con los derechohabientes y favoreciendo así, el cumplimiento de la finalidad principal del Instituto: el óptimo funcionamiento de la seguridad social del país.

Estas acciones confirman el objetivo de la Dirección Jurídica de defender los intereses institucionales y garantizar los derechos de la población asegurada, en concordancia con los objetivos trazados por esta Administración: sanear las finanzas institucionales y mejorar la calidad de los servicios.

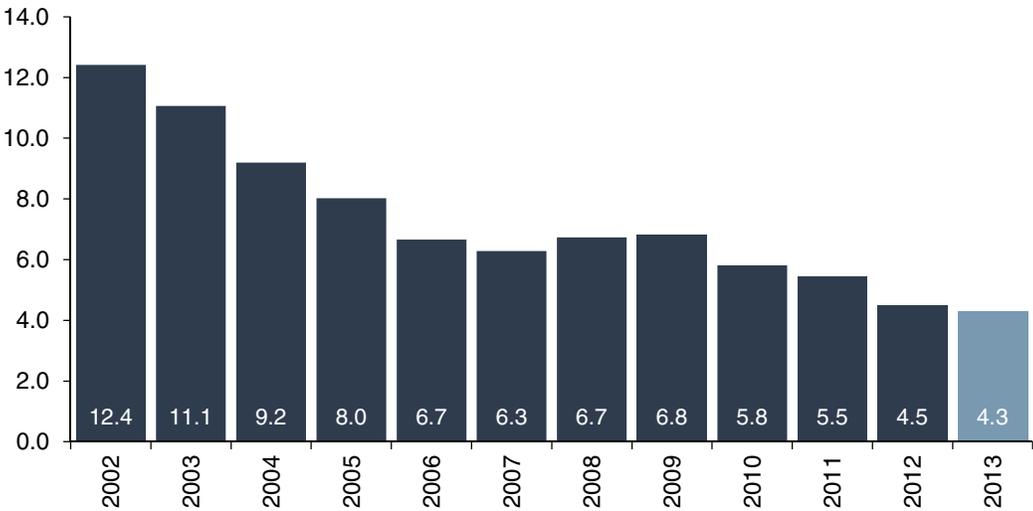
X.4. Sistema Nacional de Tiendas

Como se mencionó en la introducción de este capítulo, la inclusión de un análisis financiero del Sistema Nacional de Tiendas obedece al principio de que los resultados de operación del mismo pueden generar riesgo financiero cuando la operación es deficitaria. En 2013, este Sistema operó con 136 establecimientos, distribuidos en las 35 delegaciones del territorio nacional.

En 2013, un total de 4.3 millones de clientes acudieron a establecimientos del Sistema Nacional de Tiendas, 4.2 por ciento menos que la cifra registrada en 2012. En la última década se observa un descenso sostenido en el número de clientes atendidos, de manera que la cifra de 2013 representa casi una tercera parte de la que se registró en 2002, que fue de 12.4 millones. Este comportamiento se muestra en la gráfica X.14.

El descenso en el número de clientes se explica principalmente por dos factores: i) el desabasto de productos líderes, ocasionado por la problemática financiera por la que atraviesa el Instituto, y ii) la insuficiencia en la dotación de los equipos punto de venta y el cierre provisional de algunas tiendas.

Gráfica X.14.
Número de clientes atendidos en el Sistema Nacional de Tiendas, 2002-2013
(millones de clientes)



Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

X.4.1. Resultados financieros, 2007-2013

En este apartado se hace un análisis de los resultados financieros registrados por el Sistema Nacional de Tiendas durante el periodo 2007-2013, los cuales se resumen en el cuadro X.16. El cuadro muestra que durante el periodo analizado, el sistema ha enfrentado un deterioro sostenido, hasta llegar a un déficit oscilante, cuyo monto máximo alcanzó los 478 millones de pesos en 2007. De 2009 a 2013 se han observado caídas en las ventas de 6.1 por ciento en promedio lo que ha repercutido en el incremento del déficit del sistema, el cual pasó de 310 millones de pesos en 2009 a 351 millones de pesos en 2013.

Al mismo tiempo, aunque los costos se han mantenido constantes, son altos en este tipo de negocio.

Con el fin de advertir la situación financiera que podría presentar el Sistema Nacional de Tiendas en los próximos seis años, a continuación se presenta la proyección realizada considerando las hipótesis que se indican en el cuadro X.17.

Los resultados de la proyección se resumen en el cuadro X.18, del cual se concluye que, de acuerdo con las hipótesis consideradas, el déficit de dicho sistema podría llegar a un monto de 453.5 millones de pesos en 2019.

Cuadro X.16.
Resumen financiero del Sistema Nacional de Tiendas, 2007-2013
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ventas (1)	2,312.8	2,416.2	2,466.8	2,224.3	2,108.1	1,851.8	1,902.3
Otros Ingresos (2) ^{1/}	0.8	0.8	0.7	0.6	0.6	0.6	0.5
Ingresos Totales (3)=(1)+(2)	2,313.6	2,417.0	2,467.5	2,224.9	2,108.8	1,852.4	1,902.9
Costo de ventas y de artículos promocionales (4)	1,983.7	2,088.3	2,143.7	1,922.2	1,802.9	1,586.6	1,639.3
Bonificaciones (5)	-	-	-	-	-	-	-
Diferencia de Inventarios (6)	30.0	17.2	23.0	26.1	20.8	14.6	13.3
Utilidad bruta (7)=(3)-(4)-(5)-(6)	299.9	311.5	300.8	276.6	285.2	251.3	250.3
Gasto corriente (8) ^{2/}	597.7	596.7	581.2	591.0	598.4	580.3	559.3
Resultado de operación (9)=(7)-(8)	-297.8	-285.2	-280.4	-314.4	-313.2	-329.0	-309.1
Provisión para RJP (10)	170.9	90.1	35.5	40.7	13.9	39.3	42.0
Otros gastos (11) ^{3/}	9.5	-3.6	-5.6	-10.0	-0.6	4.9	-0.3
Resultado total (12)=(9)-(10)-(11)	-478.3	-371.7	-310.3	-345.1	-326.5	-373.2	-350.7
Variación porcentual respecto al año anterior							
Ventas		4.5	2.1	-9.8	-5.2	-12.2	2.7
Otros Ingresos		3.0	-21.5	-13.1	12.7	-5.0	-12.5
Ingresos Totales		4.5	2.1	-9.8	-5.2	-12.2	2.7
Costo de ventas y de artículos promocionales		5.3	2.7	-10.3	-6.2	-12.0	3.3
Bonificaciones		-100.0	-	-	-	-	-
Diferencia de Inventarios		-42.6	33.4	13.3	-20.4	-29.8	-8.7
Utilidad bruta		3.9	-3.4	-8.0	3.1	-11.9	-0.4
Gasto corriente		-0.2	-2.6	1.7	1.3	-3.0	-3.6
Resultado de operación		-4.2	-1.7	12.1	-0.4	5.0	-6.1
Provisión para RJP		-47.3	-60.6	14.7	-65.9	182.6	6.8
Otros gastos		-137.9	56.2	76.5	-93.9	-897.8	-106.9
Resultado total (12)=(9)-(10)-(11)		-22.3	-16.5	11.2	-5.4	14.3	-6.0
Procentaje de venta							
Costo de ventas y de artículos promocionales	85.8	86.4	86.9	86.4	85.5	85.7	86.2
Diferencia de Inventarios	1.3	0.7	0.9	1.2	1.0	0.8	0.7
Utilidad bruta	13.0	12.9	12.2	12.4	13.5	13.6	13.2
Gasto corriente	25.8	24.7	23.6	26.6	28.4	31.3	29.4
Resultado de operación	-12.9	-11.8	-11.4	-14.1	-14.9	-17.8	-16.2
Resultado total	-20.7	-15.4	-12.6	-15.5	-15.5	-20.2	-18.4

^{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/} El rubro de otros gastos contempla los conceptos de rectificación de ejercicios anteriores y recuperación de bienes siniestrados.

Fuente: Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, IMSS.

Cuadro X.17.
Hipótesis utilizadas en la proyección de los ingresos y gastos del Sistema Nacional de Tiendas, 2014-2019

Concepto	Tasa de crecimiento porcentual					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ingresos en tiendas	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Gasto de servicios de personal	2.1	3.8	3.3	3.4	3.3	3.3
Gasto por consumos	-0.3	4.6	5.9	4.8	4.3	4.5
Gasto de mantenimiento	-2.0	3.3	3.4	3.4	3.3	3.2
Gasto por servicios generales	-2.0	3.3	3.4	3.4	3.3	3.2
Gasto por provisión del RJP	2.4	5.4	4.1	5.0	5.6	5.9

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro X.18.
Situación financiera del Sistema Nacional de Tiendas, proyección 2014-2019
(millones de pesos de 2014)

Concepto	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ventas (1)	1,902.3	1,928.3	1,954.6	1,981.2	2,008.3	2,035.6	2,063.4
Otros Ingresos ^{1/} (2)	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Ingreso total (3)=(1)+(2)	1,902.9	1,928.8	1,955.1	1,981.8	2,008.8	2,036.2	2,063.9
Costos ^{2/} (4)	1,652.6	1,675.1	1,698.0	1,721.1	1,744.6	1,768.4	1,792.5
Utilidad bruta (5)=(3)-(4)	250.3	253.7	257.1	260.6	264.2	267.8	271.4
Gasto Corriente ^{3/} (6)	559.3	577.8	594.1	610.9	628.4	646.5	665.0
Resultado de operación (7)=(5)-(6)	-309.1	-324.1	-337.0	-350.2	-364.2	-378.7	-393.6
Provisión para el RJP (8)	42.0	43.2	47.3	50.6	53.7	57.0	59.8
Otros gastos (9)	-0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Resultado total (10)=(7)-(8)-(9)	-350.7	-367.4	-384.4	-400.9	-418.0	-435.7	-453.5

^{1/} Incluye ingresos por 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, comisión por cupones recibidos y servicios bancarios.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.



El presente capítulo describe las acciones realizadas para incrementar la productividad y la eficiencia del gasto; presenta la situación en la que se encuentran las instalaciones y el equipo del Instituto; detalla el inventario inmobiliario y médico al 31 de diciembre de 2013, y describe la estrategia tecnológica que el IMSS ha implementado en los últimos meses.

Como se señaló en capítulos anteriores, el quehacer institucional se encaminó durante 2013 al logro de los dos objetivos institucionales: mejorar la calidad y calidez de los servicios y sanear financieramente al IMSS. Para conseguirlo fue necesario emprender acciones encaminadas a hacer más con los mismos recursos. Por ello, las estrategias implementadas durante ese año se fundamentaron en incrementar la productividad y eficiencia a través de aumentar la competitividad hacia adentro y fuera del Instituto, y transparentar las decisiones.

Los resultados obtenidos, que se describen a continuación, marcan un primer paso en mejorar la administración del Instituto Mexicano del Seguro Social. En los siguientes años, las acciones de eficiencia y contención del gasto que se han realizado permitirán transformar la manera en que el personal que toma las decisiones día con día, incluso a nivel de cada unidad médica, lo haga con un criterio de optimizar al máximo los recursos humanos, materiales y financieros con los que se cuenta, con el objetivo fundamental de mejorar el servicio y la atención al derechohabiente.

Como se discute en los Capítulos I y XII, la mayor parte del saneamiento financiero del Instituto logrado durante 2013 provino de medidas de austeridad y eficiencia en el gasto, encaminadas al aprovechamiento óptimo de los recursos, sin demérito de la calidad y oportunidad de los servicios.

El abasto de medicamentos es una de las necesidades más sentidas de la derechohabencia y desde el primer día de la presente Administración se atendió mediante la mejora del proceso de compra y distribución de medicamentos y materiales de curación. Las primeras medidas fueron la eliminación de las compras emergentes locales de medicamentos y la optimización de los inventarios de medicamentos en los almacenes, para culminar al cierre del año en uno de los proyectos que más impacto ha tenido en el Sector Salud, tanto a nivel federal como estatal: la compra consolidada de bienes terapéuticos y material de curación más grande de la historia del país. Esta compra mejorará el abasto de medicamentos a más de 70 millones de mexicanos.

Para el IMSS, la compra implicó la redefinición de estrategias de abasto más eficientes como la entrega directa en farmacia de los medicamentos de alto costo y la administración de inventarios por parte del proveedor para los de mayor consumo, las cuales sirven de referencia actualmente para otras instituciones públicas de salud.

En lo relativo al gasto administrativo y de operación, se implementaron acciones de racionalidad y contención del gasto en servicios generales y conservación, las cuales generaron ahorros cercanos a los 1,000 millones de pesos. Alrededor de 2 millones de personas visitan el IMSS todos los días, por lo que se inició un proceso de optimización del uso de las instalaciones.

Para brindar cada vez más y mejores servicios, el quehacer diario del personal del Instituto es clave. Durante el periodo de este Informe se priorizó la contratación de categorías de médicos especialistas y enfermeras, para una atención médica oportuna y de calidad.

Estas y otras acciones permitieron reducir al cierre de 2013 el gasto corriente en 5,556 millones de pesos, lo que representa 7 por ciento menos en términos reales respecto al gasto de 2012, revirtiendo la tendencia al alza de los años anteriores, que se reflejó en el incremento de 14 por ciento de 2011 a 2012. La mejor noticia es, sin embargo, que se logró brindar más y mejores servicios con mayor productividad y eficiencia del gasto. En 2013 se realizaron más consultas médicas y se surtieron más recetas que en cualquiera de los años anteriores. Por la relevancia de los resultados obtenidos, se incorpora en este Informe un capítulo sobre las acciones administrativas más relevantes emprendidas por la presente Administración.

XI.1. Acciones para incrementar la eficiencia del gasto y mejorar los servicios

XI.1.1. Mejoras en los esquemas de abasto y suministro de medicamentos y servicios médicos

Uno de los temas más sensibles para la población derechohabiente del IMSS es el abasto de medicamentos. En el Instituto, tener la medicina necesaria de manera oportuna es de los aspectos más valorados pues permite brindar un servicio oportuno y de calidad en beneficio de millones de mexicanos. Este fue uno de los primeros temas a los cuales se avocó la presente Administración, para lo cual, durante 2013, se emprendieron una serie de acciones que se orientaron a mejorar el abasto de medicamentos de la manera más costo-efectiva.

Eliminación de compras emergentes

El Instituto, como una estrategia para evitar el desabasto, llevaba a cabo compras emergentes de medicamentos y material de curación a través de las delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), mediante la herramienta denominada Bolsa Única de Ofertas (BUO). Esta estrategia representaba un gasto anual de 1,500 millones de pesos. Sin embargo, la pulverización en la compra de los bienes referidos y un proceso que no fomentaba la competencia, provocaba que su adquisición no se realizara bajo las mejores condiciones. Esta problemática se sumaba a la falta de planeación al momento de definir los requerimientos de compra de medicamentos por parte de las unidades médicas. Por ello, se decidió eliminar la Bolsa Única de Ofertas a partir del segundo semestre de 2013, sustituyéndola por un esquema de compra que garantizara una mayor competencia y transparencia en los procesos. Esta medida generó ahorros por 500 millones de pesos y mejoró el abasto de medicamentos en los hospitales y clínicas del Instituto.

Optimización de los inventarios de medicamentos

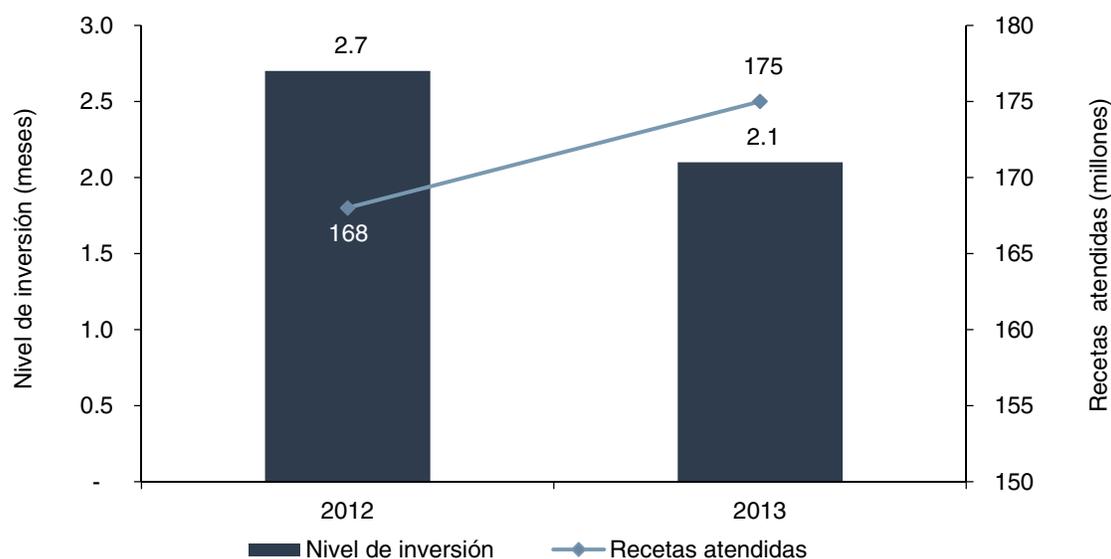
Durante 2013 se surtieron 175 millones de recetas en el IMSS, 7 millones más que en 2012, con una prescripción promedio de 5 medicamentos por receta. La optimización de la cadena de suministro, desde la entrega del medicamento a los almacenes del IMSS, hasta la entrega del producto al derechohabiente en la farmacia, es un proceso fundamental que está en constante mejora. Tradicionalmente, el Instituto había seguido una política de inventarios altos para evitar el desabasto, lo que implicaba elevados costos de sobreinversión y riesgo de mermas.

De haberse conservado esta política, se habría puesto en riesgo la atención de un número de recetas en constante crecimiento. A mediados de 2013 se redujo el nivel de inventario de medicamentos en almacenes de 3 a 2 meses en promedio, reduciendo su costo en más de 1,000 millones de pesos para colocar con más oportunidad los medicamentos en las farmacias, lo que permitió mantener y mejorar gradualmente un nivel alto de atención a recetas (gráfica XI.1). Asimismo, se analizó la congruencia entre el consumo promedio mensual pronosticado y el consumo real, y se implementaron directrices para el seguimiento y validación de los requerimientos por parte de las unidades médicas.

Para mantener el abasto oportuno de los medicamentos, se aumentó la periodicidad bajo la cual se supervisan y generan los requerimientos de medicamentos por parte de las delegaciones y las Unidades Médicas de Alta Especialidad. Asimismo, en línea con una estrategia general de automatización de procesos, se implementó una plataforma electrónica en la cual se registran y monitorean los incumplimientos de los proveedores, a efecto de resolver de manera oportuna el abasto de medicamento no suministrado.

Durante 2014, la mejora del proceso de suministro de los insumos terapéuticos se centrará en nuevas estrategias que giran en torno a las premisas siguientes: disminución de los costos de mantenimiento de inventarios en claves de alto volumen y bajo costo; optimización de los niveles de inventarios en las farmacias de medicamentos de alto costo, y mejoras en la distribución interna entre almacenes y farmacias delegacionales.

Gráfica XI.1.
Optimización de los inventarios de medicamentos y comportamiento del número de recetas atendidas, 2012-2013



Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Compra consolidada de bienes terapéuticos

La acción más relevante del proceso de mejora en los esquemas de abasto y suministro de medicamentos realizada durante 2013 es la compra consolidada de medicamentos y materiales de curación más grande de la historia en el Sector Público mexicano. Esta compra, realizada en el marco de la universalización de los servicios de salud con calidad, garantiza la oportunidad y la calidad de esos insumos para la salud, contribuye a reducir costos y mejora el proceso de suministro, a través de nuevas y mejores condiciones de abastecimiento. La compra ascendió a cerca de 43 mil millones de pesos y comprendió más de 1,800 tipos de medicamentos y materiales de curación en beneficio de más de 70 millones de mexicanos.

En este esfuerzo de coordinación interinstitucional participaron, además del IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina; los Hospitales

de la Mujer, de Psiquiatría, Nacional Homeopático y Juárez del Centro de la Secretaría de Salud, así como los estados de Baja California, Campeche, Colima, Tlaxcala y Veracruz. Comprar medicamentos de esta forma coordinada permitió mejorar su abasto en beneficio de la derechohabiente.

El éxito de esta innovadora compra, además de buscar mejorar el abasto oportuno, radicó en implementar una estrategia de coordinación interinstitucional que privilegió la transparencia, competencia y certidumbre, con el acompañamiento de la Secretaría de la Función Pública, la Secretaría de Economía, el Órgano Interno de Control en el IMSS, y 3 testigos sociales: Transparencia Mexicana, A. C., Academia Mexicana de Auditoría Integral al Desempeño, A. C., y Contraloría Ciudadana para la Rendición de Cuentas, A. C., así como de la Comisión Federal de Competencia Económica, además de que la totalidad de los procedimientos de licitación estuvieron a disposición para su consulta pública a través del portal de Compranet y del propio Instituto. Para garantizar que la compra fuera participativa e

incluyente se llevaron a cabo reuniones con la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica y la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación, lo que permitió incrementar el número de empresas participantes.

La compra consolidada generó ahorros con respecto a los precios del año anterior de 3,700 millones de pesos (equivalentes a poco más de 9 por ciento): 3,100 millones de pesos en medicamentos genéricos y material de curación, y cerca de 600 millones de pesos en medicamentos con patente o de marca única. Los ahorros para el Instituto ascendieron a cerca de 1,900 millones de pesos, lo que equivale a la inversión en obra y equipamiento de 2 Hospitales Generales de Zona de 144 camas.

De acuerdo con las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los procesos licitatorios fomentaron la competencia a través de mecanismos innovadores. En 5 procedimientos de licitación se utilizaron las subastas en reversa, conocidas como ofertas subsecuentes de descuento, obteniéndose ahorros, sólo en esta modalidad, por más de 1,000 millones de pesos, lo cual permitió obtener el reconocimiento de dicho organismo por los procedimientos de compra del IMSS.

La estrategia de compra realizada guardó como premisa el apoyo a la industria nacional. Para ello se utilizó al máximo la Reserva Permanente de Compra, la cual ascendió a más de 5,600 millones de pesos, mientras que en el año previo (2012) fue de 3,800 millones de pesos. Esta acción permitió que un número mayor de medicamentos fueran adjudicados a más proveedores nacionales. En 2012 fueron 243 medicamentos y 703 en 2013, incrementándose el número de empresas adjudicadas de 170 a 197; de estas últimas, 108 son Pequeñas y Medianas Empresas (PyMES), gracias a estrategias de contratación incluyentes y transparentes (gráfica XI.2).

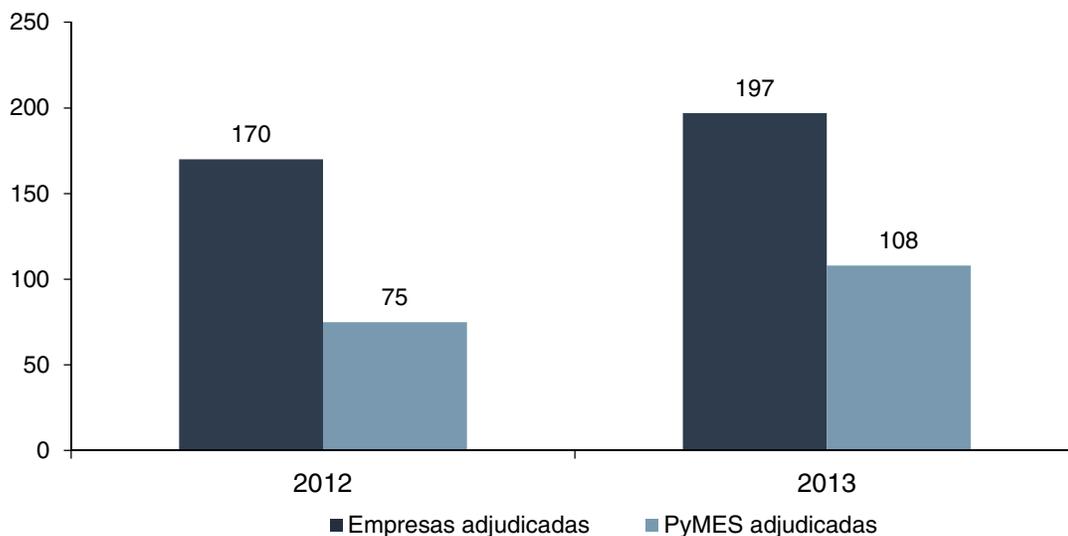
Todos los procesos de compra fomentaron la competencia en la industria farmacéutica, lo que resultó en que los 12 principales proveedores de medicamentos disminuyeron su participación relativa en la venta de medicamentos, en cerca de 10 puntos porcentuales.

Para la compra consolidada de medicamentos próxima a realizarse en 2014, el Instituto encamina sus esfuerzos al reforzamiento de la transparencia y competencia en los procesos de compra. Participarán la Secretaría de la Función Pública, la Comisión Federal de Competencia Económica, la Secretaría de Economía y Testigos Sociales. Con base en la experiencia generada y el análisis de los resultados obtenidos en la compra consolidada del año anterior, se mejorarán los procedimientos y se incrementará la participación de las entidades federales y estatales, se impulsará aún más la competencia entre los participantes y se promoverá una mayor efectividad del abasto en las farmacias.

En complemento a las acciones realizadas durante 2013 por parte del Instituto para avanzar en un abasto suficiente y oportuno, en 2014, se ampliará el mecanismo de “consumo en demanda” o consignación, que permitirá tanto a la industria como al Instituto mantener un nivel de inventario suficiente para atender la demanda de las 20 claves de mayor consumo en el IMSS, mediante la administración por parte del proveedor de dichos inventarios en los almacenes del Instituto; de esta forma, el proveedor y el Instituto son responsables de mantener los niveles de inventario óptimos de tales claves, a efecto de garantizar su abasto oportuno en beneficio de los derechohabientes.

Se espera que este esquema, junto con la modalidad de entrega directa de la proveeduría a la farmacia para grupos de medicamentos de alta especialidad y alto costo, permita obtener una disminución adicional del

Gráfica XI.2.
Empresas y Pequeñas y Medianas Empresas nacionales adjudicadas en compra consolidada



Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

costo de los inventarios y reduzca el riesgo de merma en el almacén delegacional durante el envío a las unidades médicas.

Centros Automatizados de Distribución de Insumos Terapéuticos. Unidosis intrahospitalaria

Con el fin de minimizar el riesgo en la ministración de medicamentos a pacientes hospitalizados en las 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad, se dio continuidad a la unidosis intrahospitalaria y se consolidaron los Centros Automatizados de Distribución de Insumos Terapéuticos (CADIT), proporcionando dosis personalizadas las 24 horas del día, los 365 días del año. Esto se traduce en importantes beneficios para los derechohabientes hospitalizados, tales como: el suministro oportuno y exacto de los medicamentos; la automatización y simplificación de los procesos; una mayor calidad y calidez en la atención del personal de Enfermería y farmacia, y una mayor seguridad para el paciente. Adicionalmente, se evitaron mermas y

fugas y se obtuvo una reducción en el consumo de dichos bienes por 101 millones de pesos con relación al consumo registrado en 2012.

En 2013 se automatizó el proceso de identificación de medicamentos inyectables, a través de la emisión automatizada de etiquetas adheribles que cumplen con los elementos que se evalúan en el proceso de Certificación Hospitalaria del Consejo de Salubridad General. Con esto, se homologa la distribución de bienes terapéuticos en los hospitales, generando información en línea de inventarios y consumo real, que permitirá una mejor planeación de la demanda y un mayor control en la utilización de los insumos.

Servicios médicos integrales

Dentro de los servicios médicos que presta el IMSS, destacan por su impacto en la salud de la derechohabencia y por su complejidad diagnóstica y terapéutica, los denominados servicios integrales, a los que el Instituto destina más de 13,500 millones de pesos

anuales. Estos servicios constituyen una alternativa de contratación para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, completos y específicos para que las unidades médicas den respuesta a las demandas de atención, otorgándolos de forma integral y sin interrupciones. Los servicios médicos integrales se conforman por el equipo médico y sus accesorios, el instrumental quirúrgico y los bienes de consumo. Estos servicios comprenden, entre otros, hemodiálisis subrogada e interna, diálisis peritoneal automatizada y continua ambulatoria, estudios de laboratorio, banco de sangre y cirugía de mínima invasión.

Asignar tal cantidad de recursos orientados a temas tan sensibles para la población derechohabiente ha sido posible porque la contratación de servicios, a partir del año anterior, se acompaña de una política de supervisión y control que refuerza la vigilancia local para que los servicios se presten a usuarios con vigencia de derechos comprobada y con acciones permanentes para el control riguroso de los censos de pacientes.

Durante 2012 el gasto total en dichos servicios aumentó 24.7 por ciento respecto a 2011, lográndose disminuir dicha tendencia a 13.7 por ciento en 2013. Lo anterior fue posible a través de una política de supervisión y control para garantizar que los recursos destinados a estos servicios se utilicen de manera eficiente. Así, por primera vez en la historia del Instituto, se elaboró un censo de diabéticos confiable y verificable, lo cual implicó un gran trabajo de campo para comprobar, entre otros aspectos, la vigencia de derechos de los beneficiarios de este programa, lográndose ahorros por más de 300 millones de pesos.

En la atención de pacientes con insuficiencia renal crónica, la supervisión se orienta al cumplimiento de los protocolos de atención médica, que establecen que la primera etapa de su atención sea en diálisis peritoneal y, sólo después, en hemodiálisis. Asimismo, se inició un

programa para hacer un uso intensivo y más eficiente de la modalidad intramuros de hemodiálisis, con lo que se aprovecha la formación de médicos especializados en Nefrología y se optimizan los recursos disponibles.

Respecto al suministro de oxígeno domiciliario y hospitalario que se utiliza para el tratamiento terapéutico y quirúrgico, al que se destinan más de 1,100 millones de pesos, se observó que existían precios diferentes en las distintas delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad. En consecuencia, en 2013 el Instituto estableció con la proveeduría un precio uniforme para todo el país, lográndose una disminución en el precio en términos reales de aproximadamente 13 por ciento para oxígeno domiciliario y 9 por ciento para oxígeno hospitalario, con respecto al año anterior. Esta mejora en las condiciones de contratación permitió hacer frente a la creciente demanda de este insumo, con un presupuesto similar al de 2012.

Actualmente, el IMSS se encuentra en el diseño de la estrategia de contratación de los servicios integrales, analizando la conveniencia de hacerlo bajo un esquema anual o plurianual. Dicha estrategia tiene como premisa fundamental utilizar los mismos criterios de contratación que guiaron la compra consolidada de medicamentos en 2013; esto es, fomentar la competencia, garantizar la transparencia y obtener un servicio médico de calidad para la derechohabiencia.

Con relación a la contratación del servicio de oxígeno hospitalario para 2014, se establecieron términos y condiciones con precios de referencia a nivel nacional, así como la inclusión de mejoras en el servicio, como son: pruebas de hermeticidad en las unidades médicas, a fin de detectar y reparar fugas existentes; análisis e identificación de sistemas de almacenamiento idóneos; seguimiento y monitoreo remoto a las centrales de gases ubicadas en las unidades médicas, y capacitación constante a las áreas de conservación y personal médico. Para el caso

de oxígeno domiciliario, se operará a nivel nacional con un sistema para la administración y registro del suministro, dando puntual seguimiento al control de cada paciente que recibe el servicio.

Servicio de Traslado de Órganos y Pacientes

El trasplante de órganos es uno de los procedimientos médicos que muestra que es posible mejorar la calidad de vida de los derechohabientes y, simultáneamente, las finanzas institucionales, al contener el gasto de las enfermedades crónico-degenerativas. Para contribuir a la mejora del servicio a los derechohabientes que requieren de un trasplante de órgano, en 2013 se trabajó para hacer más eficiente el servicio para la procuración y traslado de órganos vitales, que deben ser transportados en un mínimo de tiempo para trasplantarse con éxito. Se logró transportar en los tiempos requeridos 140 órganos en 95 traslados, lo que representó un incremento de 75 por ciento en el número de órganos y de 38 por ciento en el número de traslados con respecto al año 2012, año en el que se trasladaron 80 órganos en 69 traslados.

Con relación al servicio de traslado de pacientes que por sus condiciones de salud y estado de gravedad deben transportarse en ambulancia aérea que cuente con equipo y personal médico especializado, durante 2013 se logró el traslado de 20 pacientes, cifra superior en 43 por ciento a la obtenida en 2012, que fue de 14.

XI.1.2. Optimización del gasto administrativo y de operación

En el año 2012, el crecimiento del gasto en conservación y servicios generales fue de 13 por ciento con respecto al año anterior, motivo por el cual en 2013 se implementaron acciones de racionalización, contención y eficiencia del gasto, con énfasis en la supervisión en instalaciones del Instituto. En total, se obtuvieron ahorros cercanos a 1,000 millones de pesos en servicios generales y conservación.

Arrendamiento de vehículos

Hasta el año 2012 el IMSS compraba toda su flota vehicular, lo cual implicaba altos costos de operación y mantenimiento. En 2013 se decidió la contratación, al igual que en el Gobierno Federal, de un servicio de arrendamiento integral de transporte vehicular. Se llevó a cabo una primera etapa de sustitución de 165 vehículos. En este esquema el proveedor del servicio administra la plantilla vehicular, se hace cargo de los mantenimientos, aseguramiento y cualquier costo asociado, así como de garantizar la disponibilidad inmediata del parque vehicular. Con esto se logró mejorar en el periodo de agosto a diciembre de 2013 la calidad del servicio y una reducción del gasto en diversos rubros como el mantenimiento y aseguramiento vehicular.

Dentro de los diversos rubros de racionalización del gasto, se tiene el de las dotaciones de combustible por cilindraje y tipo de servicio que prestan los vehículos. Se redujo en promedio 10 por ciento la cuota asignada y se fortalecieron los controles para su uso. Este esfuerzo mereció el reconocimiento otorgado por primera vez al Instituto, por la Secretaría de Energía a través de la Comisión Nacional de Uso Eficiente de Energía, por lograr en el año 2013 un ahorro de 1.7 millones de litros de combustible, equivalente a 20.2 millones de pesos.

Con base en esta nueva forma de administrar la flota vehicular se elaboró un plan de modernización de ambulancias mediante el esquema de arrendamiento, el cual permitirá, en breve, la renovación de ambulancias del Instituto y ofrecerá a los derechohabientes y sus acompañantes que requieren de un traslado, mejores condiciones de seguridad, comodidad, atención oportuna y calidad en el servicio, así como en la reducción de gastos en los rubros antes señalados.

Optimización del gasto en conservación y mantenimiento de equipo médico

En el año 2013 se realizaron acciones con el objetivo de optimizar y hacer eficiente el gasto de conservación en instalaciones y equipo médico a nivel nacional, mediante una mejora en la administración de los contratos de servicios e incrementando las supervisiones en campo. En 2013 se efectuó en tiempo y forma el mantenimiento preventivo y correctivo a 5,600 equipos médicos, lo que representa un incremento de casi 5 por ciento con respecto a lo realizado en 2012. Para 2014 se dará mantenimiento a 7,119 equipos médicos, 27 por ciento más que el año anterior con precios unitarios iguales o menores al 2013. Para lograr lo anterior se establecieron medidas para la contención o reducción del precio unitario de mantenimiento preventivo y correctivo.

Con el objetivo de mejorar el servicio y la imagen institucional, durante 2013 se implementó el programa “Peso sobre Peso”. El programa tiene como objetivo impactar favorablemente en la percepción que tiene el derechohabiente sobre el IMSS, a través de proyectos de equipamiento, mejora de las instalaciones y optimización de los servicios institucionales. En este programa las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad definen sus proyectos y proponen el monto que su presupuesto les permite financiar proveniente de ahorros generados. Nivel Central analiza la viabilidad técnica y, de resultar procedente y que no implique un gasto regularizable, otorga un peso por cada peso de aportación de las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad.

El presupuesto asignado para el apoyo de los proyectos por parte de Nivel Central en el ejercicio fiscal de 2013, tuvo un tope de 200 millones de pesos con un monto máximo de 20 millones de pesos para cada proyecto, obteniéndose como resultado la conclusión de 58 proyectos con un monto total de 182 millones de pesos, dentro de los que destacan los

de remodelación y mantenimiento, baños, salas de espera, luminarias, pintura e impermeabilización, así como adquisiciones de equipo médico.

Servicios de Seguridad Privada

Hasta 2013 este servicio se contrató de forma independiente por las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad a través de 47 procesos de licitación. Lo anterior representó un alto costo administrativo, una gran diversidad de proveedoría y escasa infraestructura tecnológica. Para el 2014 se implementó la contratación regionalizada del servicio alineada a la estrategia de seguridad del Gobierno Federal, reduciéndose a 7 procesos de contratación, con lo cual se pretende mejorar la prestación del servicio con uniformidad y suficiencia tecnológica para la reducción de vulnerabilidades en las instalaciones; homologación de la operación en todo el país; mayor capacitación a los miembros de los cuerpos de seguridad, y actualización de protocolos de seguridad.

Actualmente, el IMSS se encuentra en proceso de incorporación al Sistema Nacional de Seguridad a través del Grupo de Coordinación de Instalaciones Estratégicas, lo que permitirá contar con el apoyo de las Fuerzas Federales, Estatales y Municipales de manera oportuna y eficiente ante situaciones de riesgo que pudiesen afectar la integridad física de la derechohabiente, los trabajadores e instalaciones institucionales.

XI.1.3. Acciones para optimizar la utilización de inmuebles

A partir de 2013 se inició el análisis de los espacios disponibles en los inmuebles propios y arrendados a fin de optimizarlos y en su caso cancelar los no necesarios, lo que permitió reducir cerca de 2 por ciento el presupuesto autorizado. En materia de arrendamiento, se realizó un análisis para determinar el destino y finalidad en la utilización de estos bienes

inmuebles, estableciéndose las acciones preventivas siguientes: homologación de criterios para evitar incrementos de renta sin sustento técnico-jurídico, optimización y administración de espacios arrendados para aprovecharlos de manera eficiente, lo que generó en 2013 la disminución de contratos de arrendamiento en 5 por ciento.

Para inmuebles propios, se implementaron acciones de reordenamiento que propiciaron un adecuado aprovechamiento. Esto permitió el uso eficiente de una superficie de 15,203 metros cuadrados en beneficio de 1,608 servidores públicos del Instituto, evitando la contratación de nuevos arrendamientos.

Se buscó un mejor aprovechamiento de los espacios disponibles en donde los permisionarios prestan, entre otros servicios, la venta de: aparatos ortopédicos, libros, artesanías, alimentos y bebidas, logrando incrementar el número de permisos de uso temporal revocable y obtener por este concepto un incremento de 8 por ciento en el ingreso institucional respecto a 2012, año en que se obtuvieron ingresos por 100 millones de pesos.

XI.1.4. Optimización del gasto en servicios personales

El gasto de servicios de personal representa 33 por ciento del gasto total del Instituto. Es por eso que esta Administración, para enfrentar la creciente demanda de más y mejores servicios, estableció las estrategias siguientes: orientación del gasto para privilegiar la contratación de médicos especialistas, enfermeras y paramédicos, y control eficiente de asistencia de los trabajadores, con lo cual se contribuyó al incremento de la productividad. En materia de honorarios, se racionalizó el gasto y se obtuvo un ahorro de 19 millones de pesos.

La implementación de estas estrategias permitió fortalecer los servicios médicos, contribuyendo al desahogo de la demanda de atención de urgencias, la

disminución del rezago quirúrgico y el aumento de la consulta externa en los tres niveles de atención médica. Para el ejercicio 2014, se mantendrá la política de redireccionamiento del gasto en servicios personales respecto de los techos financieros autorizados, priorizando la contratación de personal médico.

XI.1.5. Inversión física

Para enfrentar la creciente demanda de servicios y la necesidad de ampliar la infraestructura y la capacidad instalada, la actual Administración trabaja en la definición de un nuevo modelo de unidades médicas que considere las necesidades de los derechohabientes, asegure la funcionalidad y eficiencia de los inmuebles y reduzca los costos de diseño, construcción y operación, sin menoscabo de la capacidad de atención o de la calidad y calidez de los servicios.

La planeación de la nueva infraestructura médica se realizará conjuntamente con las demás instituciones públicas de salud, a fin de fortalecer la capacidad de atención y respuesta del sector, evitar duplicidades y asegurar que cada peso invertido tenga el mayor impacto social posible.

En congruencia con lo anterior, la actual Administración contuvo durante 2013 una parte del gasto en infraestructura médica, con el objetivo de reorientar los recursos en 2014 hacia obras de mayor impacto social y menor costo. Así, para este año, se contó con un presupuesto de 1,200 millones de pesos, inferior al promedio anual de 4,500 millones de pesos registrado en los últimos 9 años. Estos recursos se destinaron principalmente a la conclusión y equipamiento de las obras iniciadas en ejercicios anteriores, garantizando con ello su inicio de operación y la optimización de los recursos financieros.

En 2013 se dotó del equipamiento y se puso en operación un nuevo Hospital General de Zona de 189 camas con Unidad de Quemados, en Hermosillo,

Sonora. Con esta acción el Instituto logró un cambio relevante en la atención a los derechohabientes que requieren este tipo de atención especializada. Se concluyeron 26 ampliaciones y/o remodelaciones de unidades médicas, de las cuales 12 correspondieron al Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Urgencias, 3 al Programa de Escaleras de Emergencia para reforzar el Programa de Protección Civil y 11 atienden el fortalecimiento de diversas áreas de unidades de primer, segundo y tercer niveles de atención (cuadro XI.1).

Estas obras añadieron 125 camas y 5 consultorios a la infraestructura institucional, con una población beneficiada superior a los 7 millones de derechohabientes. La ampliación y remodelación de las áreas fue de más de 44 mil metros cuadrados, equivalente a la superficie de 2 hospitales generales de 144 camas cada uno. Con estas obras se contribuye a la reducción de los tiempos de espera en las áreas de Urgencias y se mejora sustancialmente la calidad de los servicios de primer contacto con la población derechohabiente.

Por primera vez en la historia del IMSS se iniciaron los trabajos para la construcción de 5 hospitales generales en un mismo año, y en junio de 2013 se inició la construcción de una clínica en Irapuato, Guanajuato, que corresponde al compromiso presidencial número 225, la cual iniciará operaciones en el verano de 2014 (cuadro XI.2).

La conclusión de estos 5 hospitales, incrementará en 847 camas la capacidad de infraestructura institucional, en beneficio de una población de 5 millones de derechohabientes.

Al cierre de 2013, continúan en proceso de construcción el Hospital General de Zona de Reynosa, Tamaulipas, de 216 camas, que se encuentra en las fases finales de instalación de equipos y dotación de personal, y la Central de Servicios del Centro Médico

Nacional “La Raza”, que contiene las instalaciones de soporte a la operación de los hospitales que lo integran.

XI.2. Estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto

Este apartado presenta la situación en la que se encuentran las instalaciones y equipo del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica. Presenta el inventario inmobiliario y médico al 31 de diciembre de 2013.

XI.2.1. Infraestructura inmobiliaria institucional

De acuerdo con el inventario inmobiliario institucional, al cierre de 2013 se cuenta con un total de 3,200 unidades en operación del Régimen Ordinario. De éstas, 2,279 (71 por ciento) están asignadas a la prestación de servicios médicos o son apoyo de los mismos, en tanto que 921 (29 por ciento) se destinan a realizar funciones relacionadas con prestaciones económicas y sociales, servicios de incorporación y recaudación y de administración.

Instalaciones médicas del Régimen Ordinario

Las unidades están organizadas en tres niveles de atención originadas por la magnitud y complejidad de las necesidades de salud de la población derechohabiente. El primer nivel atiende principalmente servicios ambulatorios; el segundo brinda acciones y servicios de atención ambulatoria especializada, hospitalización y de urgencias, y el tercer nivel atiende las enfermedades de mayor complejidad, que necesitan equipos e instalaciones especializadas.

Al 31 de diciembre de 2013, el Instituto cuenta con 1,502 unidades de primer nivel, de las cuales 1,100 son Unidades de Medicina Familiar (UMF) y 381 son

Cuadro XI.1.
Obras médicas concluidas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de Obra	Fecha de Término
Programa de fortalecimiento de los servicios de urgencias					
1	Baja California	Ensenada	HGZ No.8	Amp y Rem Urgencias	(septiembre 2013)
2	Chihuahua	Ciudad Juárez	HGZ No.6	Amp y Rem Urgencias	(enero 2013)
3	Estado de México	Los Reyes	HGZ No.53	Amp y Rem Urgencias	(enero 2013)
4	Estado de México	La Quebrada	HGZ No.57	Amp y Rem Urgencias	(enero 2013)
5	Morelos	Cuatla	HGZ/MF No.7	Amp y Rem Urgencias	(marzo 2013)
6	Oaxaca	Oaxaca	HGZ/MF No.1	Amp y Rem Urgencias	(abril 2013)
7	Sinaloa	Los Mochis	HGZ No.49	Amp y Rem Urgencias	(marzo 2013)
8	Tamaulipas	Matamoros	HGZ No.13	Amp y Rem Urgencias	(marzo 2013)
9	Yucatán	Mérida	HGR No.1	Amp y Rem Urgencias	(febrero 2013)
10	Distrito Federal Norte	Magdalena de las Salinas	UMAE, H.Traumatología	Amp y Rem Urgencias	(mayo 2013)
11	Distrito Federal Sur	Tizapan	UMAE, HGO No. 4	Amp y Rem Urgencias	(marzo 2013)
12	Distrito Federal Sur	Troncoso	HGZ No.2A	Amp y Rem Urgencias	(febrero 2013)
Programa de escaleras de emergencia					
1	Nuevo León	Monterrey	HGZ/MF No.2	Amp y Rem Escaleras de emergencia	(enero 2013)
2	Nuevo León	San Nicolás de los Garza	HGZ/MF No.6	Amp y Rem Escaleras de emergencia	(mayo 2013)
3	Distrito Federal Norte	CMN "La Raza"	UMAE, Hospital Especialidades	Amp y Rem Escaleras de emergencia	(noviembre 2013)
Otras ampliaciones y/o remodelaciones					
1	Baja California Sur	San José del Cabo	HGS/MF No.38	Amp y Rem Barda Perimetral	(octubre 2013)
2	Coahuila	Ciudad Acuña	UMF No.87	Amp y Rem	(junio 2013)
3	Michoacán	Uruapan	UMF No. 81	Amp y Rem (Sustitución UMF No. 76)	(julio 2013)
4	Nuevo León	Monterrey	HGZ No.17	Amp y Rem	(marzo 2013)
5	Tabasco	Villahermosa	HGZ No.46	Amp y Rem (Carril interior y rampa)	(junio 2013)
6	Tlaxcala	Tlaxcala	HGZ No. 1	Amp y Rem (UCIA)	(abril 2013)
7	Distrito Federal Norte	Insurgentes	HGZ No.24	Amp y Rem	(diciembre 2013)
8	Distrito Federal Norte	San Juan de Aragón	HGZ/MF No. 29	Amp y Rem	(mayo 2013)
9	Distrito Federal Norte	Tlatelolco	HGZ No. 27	Demolición	(septiembre 2013)
10	Distrito Federal Norte	Tlatelolco	HGO S/N	Amp y Rem (Sustitución del HGZ No. 27)	(septiembre 2013)
11	Distrito Federal Norte	CMN "La Raza"	UMAE, Hospital General	Amp y Rem (Centro de documentación)	(octubre 2013)

26 Total de acciones

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

Cuadro XI.2.
Obras médicas iniciadas

No.	Delegación	Localidad	Unidad	Tipo de Obra	Fecha de Término ^{1/}	No. de Camas por Delegación	Incremento de Camas	Porcentaje de Incremento ^{2/}
1	Aguascalientes	Aguascalientes	HGZ 144 Camas	Nueva	(abril 2015)	348	144	44
2	Colima	Villa de Álvarez	HGZ 165 Camas	Nueva sustitución	(julio 2015)	188	165	42
3	Guanajuato	León	HGR 250 Camas	Nueva	(agosto 2015)	657	250	38
4	Sonora	Nogales	HGZ 144 Camas	Nueva	(mazo 2016)	1,075	144	13
5	Chiapas	Tapachula	HGZ 144 Camas	Nueva sustitución	(abril 2016)	302	144	3.6
6	Guanajuato	Irapuato	UMF 10 Consultorios	Nueva	(febrero 2014)	-	-	-

6 Total de acciones

^{1/} Las fechas reportadas son susceptibles de modificarse en razón de su desarrollo constructivo.

^{2/} Las obras de Villa de Álvarez, Colima, y Tapachula, Chiapas, por ser obras de sustitución el incremento real de camas es de 79 y 11, respectivamente. Los porcentajes de incremento corresponden a estos valores.

Fuente: Dirección de Administración, IMSS.

unidades auxiliares, con una antigüedad promedio de 34 y 27 años, respectivamente; asimismo, existen 21 Unidades de Medicina Familiar con Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) (cuadro XI.3).

En el segundo nivel de atención, existen 246 unidades con una antigüedad promedio de 37 años. Entre éstas, se incluyen 39 Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, de las cuales 10 corresponden a unidades independientes y 29 son unidades anexas a Unidades de Medicina Familiar u hospitales. Las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria tienen una antigüedad promedio de 7 años.

En el tercer nivel de atención se tienen 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad y 11 unidades médicas complementarias, las cuales ofrecen servicios para la atención de patologías de alta complejidad diagnóstica

y terapéutica. El cuadro XI. 4 que contiene el detalle de estas unidades). La infraestructura de tercer nivel tiene 39 años de antigüedad en promedio.

Se cuenta con 488 unidades que apoyan la atención médica o están dedicadas a la educación e investigación médica (cuadro XI.3). Algunas de estas unidades se encuentran en inmuebles independientes, otras operan en inmuebles de unidades médicas o administrativas del Instituto. Entre ellas se incluyen 428 bibliotecas, 13 centros de investigación educativa y formación docente, y 39 unidades y centros de investigación en salud.

En el cuadro XI.5 se presenta la distribución por región, delegación y nivel de atención de las unidades del Régimen Ordinario dedicadas a la prestación de servicios médicos.

Cuadro XI.3.
Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2012 y 2013

Tipo de unidad	Núm. de unidades	
	2012	2013
Unidades médicas		
Primer nivel de atención	1,499	1,502
Unidades de Medicina Familiar (UMF)	1,098	1,100
Unidades de Medicina Familiar con UMAA	20	21
Unidades Auxiliares de Medicina Familiar (UAMF)	381	381
Segundo nivel de atención	244	246
Hospitales Generales	114	116
Hospitales Generales con MF	112	112
Hospitales Generales con UMAA	8	8
Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA)	10	10
Tercer nivel de atención^{1/}	36	36
Total de unidades médicas	1,779	1,784
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	428
Escuelas de Enfermería	7	7
Centros de investigación educativa y formación docente	13	13
Unidades y centros de investigación en salud	40	39
Bioterio	1	1
Total de infraestructura para la capacitación, desarrollo médico e investigación en salud	482	488
Total	2,268	2,279

^{1/} No incluye la Unidad de Consulta Externa, del Centro Médico Nacional "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, tanto del Hospital de Especialidades como del Hospital General, ambos del Centro Médico Nacional "La Raza".

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Estado físico de las unidades médicas del Régimen Ordinario

En atención a lo establecido en el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social se valoró el estado físico de equipos propios, instalaciones e inmuebles en 1,464 unidades médicas, es decir, 82 por ciento del total de las unidades médicas en operación (1,784 unidades). El estado del equipo de las unidades se calificó como bueno o regular en 97, 95 y 96 por ciento de las unidades del primer, segundo y tercer

niveles de atención, respectivamente. El porcentaje de las unidades de primer nivel cuyas instalaciones se calificaron en condiciones buenas o regulares fue de 97 por ciento, mientras que los porcentajes para el segundo y tercer niveles fueron de 90 y 89 por ciento, respectivamente. Con relación al estado de los inmuebles, los porcentajes obtenidos fueron los siguientes: 95, 95 y 93 por ciento de las unidades de primer, segundo y tercer niveles, respectivamente, y se calificaron en condiciones buenas o regulares.

Cuadro XI.4.

Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2013^{1/}

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 Donald Colosio Murrieta", Centro Médico Nacional Noroeste.

Mérida, Yucatán

25. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Ignacio García Téllez".

^{1/} No incluye la Unidad de Consulta Externa, del Centro Médico Nacional "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad, tanto del Hospital de Especialidades como del Hospital General, ambos del Centro Médico Nacional "La Raza".

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Cuadro.XI.5.
Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2013
(número de unidades)

Región/Delegación	Primer nivel			Segundo nivel			Tercer nivel ^{4/}
	Medicina familiar ^{1/}	Medicina Familiar con UMAA	Unidades Auxiliares de MF	Hospitales ^{2/}	Hospitales con UMAA	UMAA ^{3/}	
Centro	177	7	88	43	2	2	18
Distrito Federal Norte	21	-	34	6	1	-	8
Distrito Federal Sur	19	3	20	10	1	-	8
Guerrero	13	1	9	6	-	-	-
México Oriente	41	2	17	11	-	1	-
México Poniente	41	1	2	5	-	-	2
Morelos	21	-	2	3	-	-	-
Querétaro	21	-	4	2	-	1	-
Oficinas Centrales	-	-	-	-	-	-	-
Norte	273	7	55	52	2	3	7
Aguascalientes	10	1	1	2	-	-	-
Coahuila	36	1	13	12	-	1	1
Chihuahua	46	1	3	9	1	-	-
Durango	29	1	18	4	-	-	-
Nuevo León	46	1	7	9	-	1	6
San Luis Potosí	30	-	6	6	-	-	-
Tamaulipas	43	2	6	8	1	-	-
Zacatecas	33	-	1	2	-	1	-
Occidente	353	5	140	80	1	3	7
Baja California	30	-	4	8	-	1	-
Baja California Sur	13	1	7	6	-	-	-
Colima	10	-	6	3	-	-	-
Guanajuato	35	-	4	10	-	1	2
Jalisco	102	1	59	16	1	-	4
Michoacán	44	1	17	10	-	-	-
Nayarit	21	-	10	5	-	1	-
Sinaloa	40	1	28	8	-	-	-
Sonora	58	1	5	14	-	-	1
Sur	297	2	98	53	3	2	4
Campeche	9	-	6	2	-	1	-
Chiapas	27	1	13	4	-	-	-
Hidalgo	14	-	5	6	-	-	-
Oaxaca	23	-	5	3	1	-	-
Puebla	44	-	1	4	2	-	2
Quintana Roo	8	-	8	6	-	-	-
Tabasco	30	-	2	3	-	-	-
Tlaxcala	14	-	2	3	-	-	-
Veracruz Norte	45	1	6	8	-	-	1
Veracruz Sur	59	-	23	9	-	-	-
Yucatán	24	-	27	5	-	1	1
Total	1,100	21	381	228	8	10	36

^{1/} Incluye Unidades de Medicina Familiar con Hospitalización (UMFH) y Unidades Médicas Rurales de Esquema Modificado.

^{2/} Incluye Centro Comunitario de Salud Mental; no incluye Laboratorio de Citología Exfoliativa.

^{3/} Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) autónoma.

^{4/} Incluye Unidad Médica de Alta Especialidad y unidades complementarias. No incluye la Unidad de Consulta Externa, del Centro Médico Nacional "La Raza", que es una unidad administrativa que proporciona servicios a las Unidades Médicas de Alta Especialidad tanto del Hospital de Especialidades y como del Hospital General, ambos del Centro Médico Nacional "La Raza".

Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.

Instalaciones médicas del Programa IMSS-Oportunidades

La infraestructura inmobiliaria operativa de IMSS-Oportunidades, que forma parte del patrimonio del Instituto, incluye a diciembre de 2013, un total de 3,938 unidades. El cuadro XI.6 muestra la distribución por región, delegación y nivel de atención de las unidades médicas con que cuenta el Programa. Las unidades médicas de primer nivel de atención (3,859) corresponden a las Unidades Médicas Rurales (3,589) y Unidades Médicas Urbanas (270). 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 (79) son los Hospitales Rurales, a los cuales corresponde aproximadamente 15 por ciento de la demanda de atención. Adicionalmente, existen 270 unidades de apoyo a la atención médica que en su gran mayoría son equipos móviles que otorgan un paquete básico de servicios médico-preventivos.

Estado físico de las unidades médicas de IMSS-Oportunidades

De la valoración del estado físico del equipo, instalaciones e inmueble de las unidades de primer nivel de atención del Programa IMSS-Oportunidades se obtuvo que en 40, 96 y 93 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 se encuentran en buen o regular estado de conservación en 82, 95 y 89 por ciento de los casos, respectivamente.

Unidades no médicas

La infraestructura inmobiliaria no médica del Instituto se integra por unidades donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales, de incorporación y recaudación, de servicios administrativos y de servicios generales, propios y rentados.

Actualmente, el Instituto cuenta con 921 inmuebles propios (cuadro XI.7), de los cuales 444 son unidades donde se desarrollan actividades de prestaciones económicas y sociales con una edad promedio de 36 años; 71 son unidades de actividades de incorporación y recaudación con una edad promedio de 33 años; 46 son unidades administrativas con una edad promedio de 37 años; 115 son unidades de servicios generales con una edad promedio de 34 años; 94 son inmuebles que aún no tienen destino específico, y 151 son terrenos desocupados.

Al mismo tiempo, el Instituto renta 289 inmuebles. En general, la mayoría de las unidades no médicas rentadas albergan actividades relacionadas con servicios generales (60 por ciento), seguidas por actividades de prestaciones económicas y sociales (40 por ciento).

En el caso de los inmuebles propios, la variación entre el 2012 y 2013 obedece principalmente al aumento del número de inmuebles que aún no tiene destino específico y terrenos desocupados, que en su conjunto suman 110 inmuebles adicionales, así como por el aumento en 11 inmuebles propios que funcionan como Centros de Seguridad Social para el Bienestar Familiar. El incremento en el número de inmuebles que aún no tiene destino específico y terrenos desocupados, obedece a que las delegaciones obtuvieron durante el segundo semestre de 2013 inmuebles mediante las modalidades de donación, adjudicación y dación en pago, los cuales son considerados como reservas territoriales para la ampliación de los servicios que presta este Instituto.

Cuadro.XI.6.
Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por región, delegación, nivel
de atención y tipo de unidad, 2013
(número de unidades)

Región/Delegación	Núm. de delegaciones	Primer nivel		Total	Segundo nivel
		Unidades Médicas Rurales	Unidades Médicas Urbanas		Hospital Rural
Centro	5				
Distrito Federal Sur		-	21	21	-
México Poniente		27	8	35	2
Morelos		-	4	4	-
Querétaro		-	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		-	3	3	-
San Luis Potosí		202	6	208	4
Tamaulipas		103	-	103	4
Zacatecas		141	9	150	5
Occidente	7				
Baja California		11	4	15	1
Guanajuato		-	11	11	-
Jalisco		-	9	9	-
Michoacán		335	15	350	7
Nayarit		79	4	83	1
Sinaloa		103	5	108	3
Sonora		-	5	5	-
Sur	9				
Campeche		39	4	43	2
Chiapas		557	12	569	10
Hidalgo		215	6	221	4
Oaxaca		469	21	490	9
Puebla		305	13	318	7
Tlaxcala		-	3	3	-
Veracruz Norte		291	19	310	3
Veracruz Sur		229	36	265	3
Yucatán		83	12	95	4
Total Nacional	28	3,589	270	3,859	79

Fuente: Unidad del Programa IMSS-Oportunidades, IMSS.

Cuadro XI.7.
Inmuebles no médicos propiedad del IMSS y rentados por tipo de función del inmueble,
2012 y 2013

Tipo de función del inmueble	2012		2013	
	Número de inmuebles			
	Inmuebles propios	Inmuebles rentados	Inmuebles propios	Inmuebles rentados
Unidades de Prestaciones Económicas y Sociales	413	121	444	115
Centros de seguridad social para el bienestar familiar	124	13	135	12
Teatros	14	-	18	-
Deportivos	16	1	20	1
Tiendas	21	100	25	98
Centros vacacionales	5	-	5	-
Velatorios	8	-	11	-
Guarderías	220	7	220	4
Bibliotecas	1	-	1	-
Albergues	3	-	8	-
Unidad de congresos	1	-	1	-
Unidades de Incorporación y Recaudación	66	59	71	57
Subdelegaciones	66	59	71	57
Unidades Administrativas	45	55	46	47
Oficinas delegacionales	26	44	29	43
Casas delegados	18	11	16	4
Organismo de seguridad social (CIESS) ^{1/}	1	-	1	-
Unidades de Servicios Generales	113	70	115	70
Lavanderías regionales	18	-	18	-
Centros de capacitación	5	5	5	6
Unidades de reproducciones gráficas	1	-	1	-
Módulos de ambulancia y transportes	10	-	10	-
Estacionamientos ^{2/}	6	-	7	-
Centrales de servicio	13	-	16	-
Almacenes	47	8	46	10
Bodegas	8	15	7	15
Bodegas de bienes embargados	5	42	5	39
Unidades desocupadas	135	-	245	-
Terrenos	107	-	151	-
Inmuebles pendientes de aplicar ^{3/}	28	-	94	-
Total	772	305	921	289

^{1/} CIESS: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

^{2/} Por lo que hace a los inmuebles no médicos con tipo de función de estacionamientos en la presente comparación 2012-2013, se consideró procedente omitir el registro de 631 cajones de estacionamiento, toda vez que estos representan sólo la contratación de un servicio para el Instituto.

^{3/} 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: Dirección de Administración, IMSS.

En cuanto a los inmuebles rentados, la disminución de 16 inmuebles entre 2012 y 2013 obedece principalmente a la disminución de siete casas delegacionales (44 por ciento) por aplicación de la normatividad que rige la materia, así como la reducción de seis inmuebles destinados a las actividades de prestaciones económicas y sociales (38 por ciento).

Estado físico de las unidades no médicas

El estado que guardan los inmuebles institucionales no médicos se valoró considerando el estado físico del propio inmueble, sus instalaciones y equipos. En este sentido, el porcentaje de los tres rubros (equipo, instalaciones e inmuebles), es de 97, 95 y 96 por ciento, respectivamente, que resultaron en condiciones buenas o regulares.

XI.2.2. Equipo institucional

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 71 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 es difícil de determinar y depende de varios factores. La obsolescencia puede darse por falta de refacciones, accesorios y consumibles o por descomposturas frecuentes que disminuyen la productividad del equipo. La sustitución de equipos que aún con vida útil son rebasados por el surgimiento de nuevas tecnologías menos invasivas, de menor costo de utilización y que superan las opciones diagnósticas y terapéuticas existentes.

En 2013 se realizó una inversión en equipo y mobiliario médico equivalente a 1,546 millones de pesos (gráfica XI.3). Al importe del Régimen Ordinario se añade la inversión en equipo y mobiliario médico del Programa IMSS-Oportunidades que alcanzó 84.9 millones de pesos, situando la inversión total del Instituto en 1,630 millones de pesos.

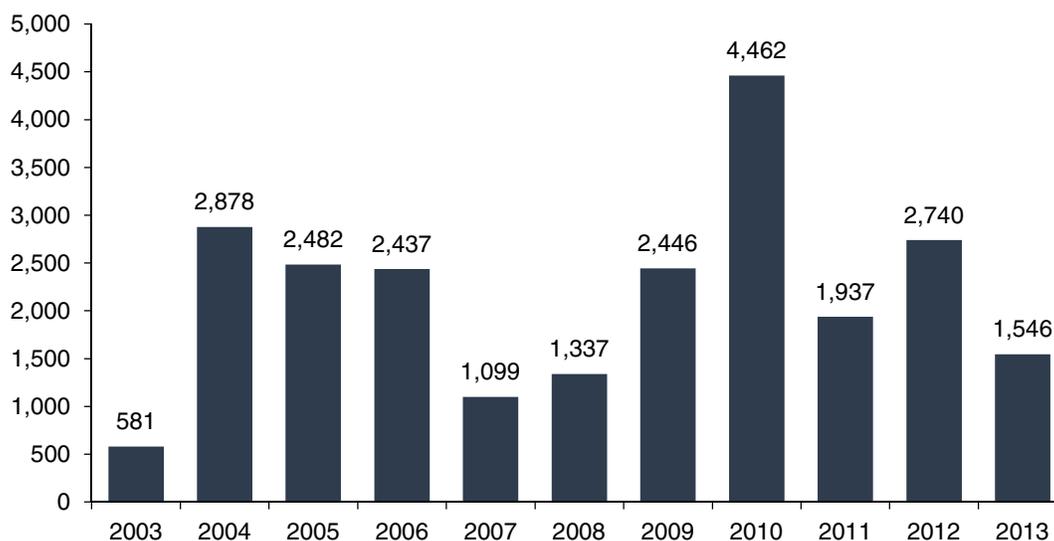
Al 31 de diciembre de 2013, el Instituto contaba con un inventario de equipo y mobiliario médico de más de 586 mil bienes (cuadro XI.8). De estos bienes, 89.1 por ciento pertenecen al Régimen Ordinario, mientras el restante 10.9 por ciento, al Programa IMSS-Oportunidades.

En 2013 se invirtieron 1,630 millones de pesos en 12,111 bienes de equipo y mobiliario (2.1 por ciento del total del inventario existente), de los cuales 5,667 son aparatos médicos y 4,690 son bienes de mobiliario médico (cuadro XI.9). Al Régimen Ordinario se destinó 97.2 por ciento del total de los bienes; esta inversión representó más de 94.8 por ciento del gasto total en equipo y mobiliario médico en este año.

XI.3. IMSS Digital

Históricamente, la agenda tecnológica del IMSS se ha conformado de manera reactiva a las solicitudes de las múltiples áreas del Instituto, sin realizar mayores esfuerzos de racionalización y armonización institucional, resultando en un complejo ecosistema

Gráfica XI.3.
Importe de las altas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2013^{1/}
(millones de pesos de 2012)



^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro XI.8.
Número de bienes clasificados por categoría funcional del
Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades, al cierre de 2013^{1/}

Categoría funcional	Número de bienes		Total
	Régimen Ordinario	IMSS-Oportunidades	
Aparato médico	224,456	31,686	256,142
Aparato e instrumental de laboratorio	33,526	8,442	41,968
Instrumental de cirugía general	10,181	512	10,693
Instrumental de cirugía y especialidad	56,325	4,941	61,266
Aparato médico Influenza A H1N1	2,324	141	2,465
Mobiliario médico	175,466	18,876	194,342
Mobiliario de laboratorio	18,537	559	19,096
Mobiliario médico Influenza A H1N1	64	-	64
Total	520,879	65,157	586,036

^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.
Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

Cuadro XI.9.
Equipo médico adquirido en 2013 por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades^{1/}

Categoría funcional	Régimen Ordinario		IMSS-Oportunidades		Total	
	Núm. de bienes	Importe (pesos)	Núm. de bienes	Importe (pesos)	Núm. de bienes	Importe (pesos)
Aparato médico	5,335	1,390,299,756	332	84,832,156	5,667	1,475,131,912
Aparato e instrumental de laboratorio	535	28,359,581	1	34,000	536	28,393,581
Instrumental de cirugía general	356	18,670,225	-	-	356	18,670,225
Instrumental de cirugía y especialidad	533	25,064,550	-	-	533	25,064,550
Aparato médico Influenza A H1N1	74	6,116,210	-	-	74	6,116,210
Mobiliario médico	4,687	75,760,993	3	26,448	4,690	75,787,441
Mobiliario de laboratorio	255	1,446,122	-	-	255	1,446,122
Mobiliario médico Influenza A H1N1	-	-	-	-	-	-
Total	11,775	1,545,717,437	336	84,892,604	12,111	1,630,610,041

^{1/} La información sobre equipo y mobiliario médico proviene del Módulo de Activo Fijo.

Fuente: Dirección de Finanzas, IMSS.

tecnológico y operativo, sumamente costoso de mantener y evolucionar. Este enfoque privilegió la atención de necesidades internas que se han traducido en iniciativas desarticuladas e incongruentes entre sí, descuidando la actualización, modernización y correcto soporte, así como el mantenimiento de la infraestructura y maduración del modelo operativo. La cultura institucional es de tolerancia a niveles de servicio y desempeño tecnológicos sumamente precarios, en los que ya sea por desconocimiento o tolerancia, se asumen altos riesgos tecnológicos y operativos de forma cotidiana en un entorno de obsolescencia e incapacidad estructural para mejora e innovación.

El ecosistema tecnológico resultante se tradujo en más de 174 sistemas en producción, casi 4,500 bases de datos, que procesan más de 7 millones de transacciones diarias de forma distribuida en 3,000 instalaciones como hospitales, Unidades de Medicina Familiar y delegaciones. Por sí mismas, estas dimensiones son congruentes con el tamaño del IMSS; sin embargo, al no estar armonizadas bajo una misma lógica y diseño, no permiten economías de escala, la integración de procesos, ni la eficiencia de gestión; de igual forma, la complejidad fomenta la baja calidad en la información derivada de inconsistencias

procedimentales y de ambigüedad o definición de datos. Tan solo, como muestra de dicho volumen transaccional, el expediente clínico electrónico del primer nivel de atención, se encuentra distribuido en casi 1,300 instancias independientes, que en conjunto suman 50 millones de expedientes que contienen la información clínica de un mismo número de personas desde 2004 hasta la fecha, conformando una de las mayores bases de conocimiento de su tipo, en cuanto a volumen a nivel mundial.

Derivado de la visión integral de la actual Administración, encaminada en mejorar la calidad y calidez de los servicios prestados y sanear financieramente al IMSS, la Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico inició una transformación de su rol dentro de la institución, de un área de primordial atención de requerimientos departamentales, a un habilitador estratégico a partir de la innovación y servicios digitales. Dicha transformación nace de un cambio de paradigma del deber ser de la innovación y desarrollo tecnológico institucional, para ahora privilegiar la satisfacción de las necesidades de la sociedad, de los ciudadanos y de los derechohabientes; en contraste con la visión anterior que prestaba poca o nula atención a las necesidades de los usuarios externos al IMSS.

En consecuencia al cambio de paradigma expuesto, se definió la iniciativa IMSS Digital en apego al marco de actuación promovido por la Presidencia de la República, para buscar la adopción y el desarrollo de tecnologías de la información y comunicaciones (TICs), e impulsar un gobierno eficaz que inserte a México en la sociedad de la información y del conocimiento. Esta iniciativa persigue la habilitación de un modelo unificado de operación y de un modelo moderno de atención, mediante la homologación de la información a lo largo de la operación y la puesta en marcha de canales de atención no presenciales, para favorecer el incremento de la productividad y el fortalecimiento de la transparencia dentro del Instituto. La iniciativa IMSS Digital hizo evidente la necesidad de nuevos servicios y competencias adicionales a los disponibles en el Instituto.

Como un primer paso para romper con la inercia y cultura institucional de bajos niveles de servicios y altos riesgos de operación tecnológica, se realizaron cuatro acciones: i) racionalización y priorización del portafolio de iniciativas tecnológicas para revertir la práctica de atención de requerimientos primordialmente departamentales; ii) revisión y optimización de contratos vigentes para racionalizar el costo operativo; iii) cancelación y/o redefinición de algunas iniciativas que resultaban costosas e incongruentes y que respondían al paradigma anterior, y iv) generación de eficiencias en el ecosistema tecnológico. Esto provocó un mejor aprovechamiento de recursos y reasignación de una parte sustantiva de los mismos a otros proyectos estratégicos del Instituto.

A pesar de la problemática expuesta y la firme determinación de transitar hacia un nuevo paradigma, es innegable la dependencia operativa de múltiples áreas y procesos del Instituto respecto del ecosistema tecnológico actual. En consecuencia, el aseguramiento de la continuidad operativa resulta de la mayor importancia; bajo esta premisa, la presente Administración estableció como prioridad mitigar los riesgos bajo los que se opera, reconociendo que debe

procurarse maximizar la disponibilidad de servicios, independientemente de la calidad técnica y fiabilidad tecnológica existente. El doble reto, entonces, ha consistido en invertir una importante cantidad de horas y recursos en continuidad operativa, al mismo tiempo, y en cuidadosa sincronización con las acciones estratégicas de evolución hacia la nueva visión.

Por ello, el Instituto inició un proceso para optimizar su ambiente tecnológico, para disminuir riesgos operativos y generar eficiencias y economías. Destaca la reorganización de funciones operativas y la actualización de los sistemas operativos tanto de las bases de datos como de los lenguajes de programación de 174 componentes críticos del ambiente tecnológico del IMSS, que se encontraban operando en plataformas tecnológicas no soportadas e inclusive descontinuadas por los fabricantes. Igualmente, se mejoró el monitoreo de los sistemas y de la atención a fallas e incidentes, y por primera vez se incorporaron en los procesos de atención, los reportes canalizados vía Centro de Contacto Ciudadano. Con esto, el IMSS reconoce que los principales usuarios y beneficiarios de los servicios tecnológicos son los derechohabientes y ciudadanos.

Primera etapa de IMSS Digital

A la par de lo anterior, se inició la ejecución de la primera iteración de IMSS Digital, enfocada en crear las condiciones mínimas necesarias para poder ejecutar la nueva visión del Instituto. Esta fase se enfocó en cuatro ejes estratégicos: i) mejora y modernización de procesos y sistemas legados hacia un modelo unificado de operación; ii) la redefinición del modelo de telecomunicaciones; iii) el aprovisionamiento de mayor capacidad de cómputo y almacenamiento centralizado en un ambiente seguro y de alta disponibilidad, y iv) la habilitación de un modelo moderno de atención para lo que se inició la construcción de la primera versión de la nube privada del IMSS para la habilitación de los primeros servicios digitales.

Modernización de procesos y sistemas legados

A partir del establecimiento de la visión de un modelo unificado de operación del Instituto, se comenzó por generar espacios de redefinición de procesos y evaluación del futuro de los sistemas legados con cada una de las áreas del IMSS. Esto resulta fundamental pues el despliegue de servicios digitales requiere de una organización que opera apegada a procesos de forma unificada, uniforme y con calidad, bajo modelos modernos de organización. Lo anterior contrasta con la organización actual por silos que opera de forma distribuida y no estandarizada en ventanilla, fomentando discrecionalidad operativa en detrimento de la calidad de la atención.

Destaca en este esfuerzo, la estrecha colaboración con la Dirección de Incorporación y Recaudación, que ha sentado los cimientos para superar progresivamente el reto tecnológico, que implica el despliegue de servicios digitales en convivencia con el ecosistema tecnológico prevaleciente. Lo anterior será posible por el esfuerzo realizado de unificación de las identidades de patrones y derechohabientes a partir de la consolidación de más de 1,200 bases de datos en una plataforma con altos niveles de calidad y confiabilidad. Esta nueva plataforma, que ya cuenta con casi 6 mil millones de registros patronales y de asegurados, incluyendo las relaciones laborales y los beneficiarios de estos últimos, es la pieza toral de la nueva arquitectura de sistemas. Así, de manera paulatina permitirá sustituir al ecosistema tecnológico legado que data de los años 80, por medio del cual el Instituto administra las cuentas únicas de los trabajadores y sus relaciones laborales con los patrones.

Como parte de estos esfuerzos, también se inició la depuración y estandarización de los procesos de domiciliación a partir de convenios con el Servicio Postal Mexicano (SEPOMEX) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Al contar con métodos

de domiciliación más precisos, se impacta de manera importante en la operación del Instituto, ya que, entre otros, se mejoran los procesos de incorporación y recaudación que requieren la ubicación y jurisdicción de las diferentes oficinas administrativas, unidades médicas y domicilios de sujetos obligados y derechohabientes. Además, sienta las bases para en un futuro incorporar métodos de georreferenciación a los procesos del IMSS.

Telecomunicaciones

El modelo de telecomunicaciones se redefinió para llegar a un esquema técnica y económicamente viable, que permitiera proveer servicios de telecomunicaciones a través de diferentes proveedores, combinando distintas tecnologías y niveles de servicio. Bajo este modelo se concluyó un periodo de más de 10 años con el mismo proveedor, lo que permitió acceder a un esquema más amplio de servicios para casi 3 mil sitios, que van desde delegaciones, subdelegaciones y unidades médicas de los tres niveles de atención, hasta guarderías, velatorios, tiendas y centros vacacionales. Este nuevo modelo de conectividad no sólo implica un incremento promedio de casi 10 veces el ancho de banda actual, sino además ofrece mayor flexibilidad para responder a las nuevas realidades y necesidades del IMSS. Por ejemplo, contar con mayor capacidad de interoperabilidad e intercambio de información para la fiscalización, para la prestación de servicios bajo un esquema de acceso universal a la salud y para la construcción del sistema de seguridad social universal.

La cooperación interinstitucional con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), en el contexto del proyecto del Gobierno de la República, México Conectado, que busca brindar acceso a la banda ancha en todos los sitios y espacios públicos del país, y de la Red Nacional para el Impulso de la Banda Ancha (NIBA), está facilitando el despliegue de este nuevo modelo al proporcionar conectividad

para más de 500 sitios. El nuevo modelo también permite la competencia abierta de la industria de telecomunicaciones en beneficio de la calidad, oportunidad y precio de los servicios para el Instituto.

El avance a la fecha, es de casi 300 inmuebles operando 100 por ciento bajo el nuevo esquema, dentro de los cuales se encuentran los sitios más importantes del IMSS, por ejemplo, la totalidad de las Unidades Médicas de Alta Especialidad; los hospitales generales más representativos; la totalidad de las delegaciones y las más relevantes subdelegaciones, edificios centrales y Unidades de Medicina Familiar. Esta primera fase de la migración al nuevo modelo, aunque parece menor respecto del esfuerzo institucional que resta para la migración de la totalidad de la red, por sí sola ya se ubica como una de las 5 redes más grandes de su especie en el Gobierno Federal.

Capacidad de almacenamiento y procesamiento centralizado

En materia de infraestructura de cómputo y almacenamiento centralizado, a finales de 2013 se habilitaron los servicios de Centro de Datos y Plan de Recuperación de Desastres. Estos servicios se obtuvieron a costos nominales más bajos de iniciativas similares en el Gobierno Federal en 2010 y se garantizó que estos costos se mantengan fijos hasta 2016.

En un hecho sin precedentes en el IMSS, el nuevo ambiente de operación tecnológica coloca al Instituto en la ruta para consumir estos servicios bajo demanda, con los más altos estándares internacionales de disponibilidad y seguridad. Con esto se libera progresivamente al Instituto de comprar infraestructura de cómputo y almacenamiento de datos, realizar obra civil, contratar personal especializado e incurrir en costos de mantenimiento y obsolescencia. Asimismo, la provisión de estos servicios ya no se encuentra condicionada a las capacidades de respuesta internas, y ahora la evolución del ecosistema tecnológico, y en

consecuencia el valor entregado al IMSS, se liberan de las restricciones que imponía el modelo anterior.

La primera fase del nuevo ambiente de procesamiento y almacenamiento permitió que de octubre de 2013 a junio de 2014 se desplegara la primera versión de la nube privada del IMSS Digital, e igualmente iniciara el proyecto de migración del ambiente productivo de los sistemas, lo cual no hubiera sido posible de no contar con la capacidad de infraestructura bajo demanda. El proceso de migración continúa con el objetivo de estandarizar los ambientes productivos bajo un modelo costo-eficiente y minimizar los riesgos operativos del ecosistema tecnológico mediante el cual opera el Instituto.

Modelo moderno de atención

La construcción de un modelo moderno de atención implica el despliegue de canales de atención alternativos a las ventanillas, por eso, durante 2013, el Instituto modernizó su portal de Internet. La lógica fue que uno de los canales de atención no presenciales más importante debía ser dicho portal, ya que por este medio interactúan casi 200 mil personas diariamente.

El nuevo sitio "Acercando el IMSS al Ciudadano" presenta información clasificada según los grupos de usuarios que la consumen, bajo el arreglo de "momentos de vida". Es decir, la información es desplegada de acuerdo con el tipo de usuario y el contexto temporal en que la requiere; por ejemplo, una trabajadora al momento de ser madre consumirá información relativa a la prestación de guarderías. Este modelo diseñado a partir de las necesidades del ciudadano, contrasta con el modelo anterior en el que la información se clasificaba y desplegaba en el portal de acuerdo con la estructura organizacional del Instituto y sin considerar las necesidades del ciudadano. Siguiendo el mismo ejemplo, la información de guarderías tenía que ser localizada en la sección de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales del portal.

A partir del despliegue del nuevo sitio, en junio de 2013, el índice que mide la efectividad para mantener a los visitantes navegando en el mismo (*bounce rate*, como se le conoce en el argot digital), ha mejorado en casi 30 puntos porcentuales. Esta métrica indica que el nuevo portal es más efectivo, pues mantiene a los usuarios más tiempo y en más secciones del sitio como consecuencia de encontrar información de valor.

El nuevo sitio también es el punto de acceso al “Escritorio Virtual”, que es la representación digital de la ventanilla de atención, a través del cual se desplegaron los 5 primeros servicios digitales al público para ser consumidos bajo un modelo de autoservicio: Asignación o Localización del Número de Seguridad Social (NSS); Alta Patronal e inscripción en el Seguro de Riesgos de Trabajo de Personas Físicas; Consulta del Estado de Adeudo; Corrección Patronal, y Movimientos Patronales (primera etapa). Atendiendo las necesidades de identificación y expresión de voluntad no presenciales necesarias para garantizar la certidumbre jurídica de un modelo de atención digital, y previendo una interoperabilidad a nivel federal, conforme lo establece la Estrategia Digital Nacional, el IMSS adoptó el uso de la Firma Electrónica Avanzada del Servicio de Administración Tributaria (SAT) y la emisión de acuses de recibo sellados digitalmente. Además de la simplicidad, agilidad y conveniencia obtenida en los trámites, también se reduce la brecha existente entre los procesos de fiscalización del SAT y el IMSS.

Una vez liberado el servicio digital de Asignación o Localización del Número de Seguridad Social, se incrementó en más del doble la capacidad institucional para atender esta necesidad, pasando de un promedio diario de 7 mil servicios vía ventanilla, a más de 15 mil diarios, de los cuales 60 por ciento son provistos vía Internet en un horario continuo de atención a diferencia del horario de oficina de la ventanilla. Adicionalmente, y por primera vez en materia de servicios administrativos, 5 por ciento de los eventos

de atención ocurren en sábados, domingos y días inhábiles, y 25 por ciento ocurre en horas inhábiles. Esto significa no sólo agilidad y oportunidad, sino ahorros importantes para los solicitantes y para el Instituto que se lograrán gracias a una simplificación del trámite y una homologación del proceso en una sola plataforma multicanal, que es utilizada tanto en ventanilla como vía Internet.

Ahora, para la asignación o localización del Número de Seguridad Social, basta con proporcionar la Clave Única de Registro de Población (CURP), la cual es validada de manera automática con el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO) y con la plataforma de información institucional. En la parte final del proceso de atención, la solicitud se atiende mediante el envío de un correo electrónico al solicitante, conteniendo su Número de Seguridad Social y sellado digitalmente por el Instituto. De enero a junio de 2014 se han emitido 1.6 millones de certificados digitales de Número de Seguridad Social en ambos canales, manteniéndose la proporción de 60-40 por ciento, por Internet y por ventanilla, respectivamente.

En el resto de los servicios digitales liberados, también se aprecian impactos importantes en el modelo de atención; por ejemplo, entre marzo de 2014 y la fecha de elaboración de este Informe, más de 6 mil personas físicas se dieron de alta como patrones ante el Instituto, sin necesidad de acudir a las ventanillas de atención ni proporcionar documentos.

En resumen, los 5 servicios digitales liberados han registrado un ahorro de más de 3 millones y medio de horas a los ciudadanos que hicieron uso de estos servicios, e incrementaron la capacidad de atención de las ventanillas para otros trámites en casi 300 mil horas ventanilla, lo que equivaldría a aumentar esta capacidad de atención de las ventanillas en 153 por ciento. Esto se ve reflejado en una mayor productividad para el Instituto y para el país. El resultado de la

liberación de estos servicios digitales representa, tal vez, uno de los mejores ejemplos de cómo mejorar la calidad y calidez de los servicios prestados y sanear financieramente al IMSS, conforme a la estrategia establecida por la Dirección General. Como dato relevante para dimensionar lo anterior, según estadísticas recolectadas del gobierno del Reino Unido, una transacción de atención digital es cuando menos 50 veces inferior al costo de una transacción de atención en ventanilla¹⁴⁶.

Con la finalidad de fomentar el cumplimiento de las obligaciones patronales, respecto a lo informado el año pasado referente a la puesta en marcha del Sistema de Pago Referenciado (SIPARE), se continuó con su operación y fortalecimiento. A un año, más de 400 mil patrones que representan 42 por ciento del total, han realizado más de 1.9 millones de transacciones de pago de cuotas obrero-patronales con valor de más de 69 mil millones de pesos. Con este sistema, se ha generado la disminución del pago por comisiones bancarias en más de 40 por ciento.

En el nuevo portal también se incorporó la sección denominada Salud en Línea, con la cual se abrió un nuevo canal para brindar información relacionada con los servicios de salud que presta el Instituto. Este es el primer paso de la puesta en marcha de una plataforma digital con métodos innovadores, que bajo la misma lógica de los servicios digitales ya en operación, apoyarán las tareas de prevención y promoción de la salud y coadyuvarán en la solución de la problemática de saturación de unidades médicas.

Conclusión

Bajo una perspectiva de racionalización de esfuerzos y enfoque hacia el ciudadano, se han revisado las prioridades para orientar al Instituto hacia las actividades que resultan sustantivas para ofrecer los potenciales servicios digitales, recurriendo a los servicios y soluciones disponibles en la industria nacional e internacional, así como a las iniciativas del Gobierno de la República.

El enfoque empleado si bien resulta innovador para la forma de hacer tecnología en el Instituto, no lo es respecto de las mejores prácticas internacionales. Este enfoque abandona el paradigma de desarrollos tecnológicos para el autoconsumo, y transita hacia la creación de servicios habilitados por la oferta de la industria tecnológica y de servicios, permitiendo remontar el relevante rezago del IMSS en la materia, para colocarlo eventualmente en la vanguardia de instituciones con capacidades digitales.

Con estas primeras acciones del IMSS Digital, en conjunto con la mejora en la continuidad operativa, y fortalecimiento de la infraestructura y servicios tecnológicos, se han sentado las bases para evolucionar hacia un modelo moderno de atención; queda ahora continuar con los esfuerzos que permitan potenciar esta visión que deberá resultar en una importante contribución de mejora en la calidad y calidez de los servicios que presta el Instituto y el saneamiento financiero del mismo.

¹⁴⁶ *Digital Efficiency Report*, 2012, Reino Unido, <https://www.gov.uk/government/publications/digital-efficiency-report/digital-efficiency-report>



El presente Informe es resultado de la actualización del análisis sobre la situación financiera del IMSS y su evolución durante el 2013 y principios del 2014. Este capítulo recopila las principales acciones realizadas y los avances obtenidos en este periodo, y define las acciones a realizar hacia adelante, con el propósito de alcanzar los objetivos institucionales de mejorar la calidad y la calidez en el servicio a los derechohabientes y de sanear financieramente al IMSS. Objetivos en armonía con las instrucciones del Presidente de la República, Enrique Peña Nieto, para lograr un México más Incluyente y más Próspero, garantizando el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad y de la seguridad social para todos en el largo plazo.

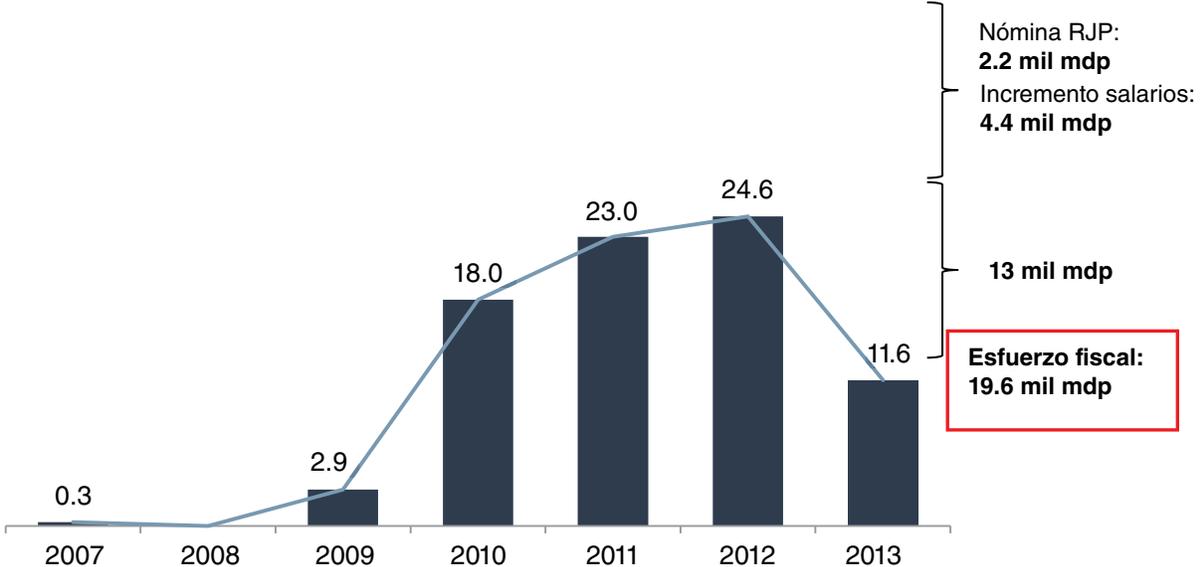
El Capítulo I detalla que el IMSS enfrenta un panorama financiero complicado, derivado tanto de factores exógenos como endógenos. Los principales factores exógenos son las transiciones demográfica y epidemiológica. La transición demográfica implica que la población está experimentando un envejecimiento natural en el cual hay menos trabajadores por retirado y los retirados viven más años. Este fenómeno, para los servicios médicos, se traduce en menos trabajadores financiando los servicios médicos de más trabajadores retirados que viven cada vez más años.

La transición epidemiológica, detallada en el Capítulo V, es una transición natural de una economía emergente y presenta un doble reto: El primero es que las enfermedades como las infecciones respiratorias, las diarreas y los accidentes siguen siendo el principal motivo de demanda de atención en los servicios de Urgencias y de atención de primera vez en Medicina Familiar. El segundo es que las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles, de cada vez mayor complejidad representan una mayor carga financiera para el Instituto y la carga más importante en términos de AVISA¹⁴⁷. Este doble reto es el resultado de una transición epidemiológica donde persisten las enfermedades infecciosas, a la vez que se presentan los problemas de una población envejecida. Estas dos cargas de morbilidad compiten por los recursos de atención de los servicios de salud y causan un deterioro, gradual pero importante, en la estructura financiera del IMSS.

Como se aludió en el Informe anterior, el matiz introducido por esta Administración al diagnóstico de la situación del Instituto es asumir que también son los factores endógenos los que han influido, e incluso, precipitado este deterioro. Los más importantes han sido el crecimiento del costo de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP), el gasto administrativo y la gestión ineficiente de servicios e infraestructura médica.

Como resultado de los fenómenos descritos, a partir del 2007, el IMSS presentó un déficit de caja que se incrementó de manera acelerada a partir del 2009. Para subsanarlo, el Instituto hizo uso de las reservas por un monto de casi cero en 2007 a más de 24 mil millones de pesos en 2012 (gráfica XII.1). El Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2009-2010 afirmaba que: “*aun haciendo*

Gráfica XII.1.
Uso de Reservas, 2007-2013
(miles de millones de pesos de 2014)



Fuente: IMSS.

¹⁴⁷ El indicador AVISA (Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mide los años de vida perdidos por muerte prematura más los años vividos con la discapacidad ocasionada por la enfermedad en el periodo que ésta dure. Ver Capítulo V para más detalles.

uso de sus reservas, el Instituto sólo podría extender los años de suficiencia financiera hasta el año 2014". En Informes posteriores se estimaba que la tendencia en el uso de reservas continuaría al alza de manera acelerada.

Ante esta situación, en este primer año de administración se llevó a cabo un enorme esfuerzo de saneamiento financiero que se vio reflejado en una reducción del uso de reservas de 24.6 mil millones de pesos a 11.6 mil millones de pesos, es decir, 13 mil millones de pesos menos respecto al uso en 2012. Adicionalmente, si se considera el incremento inercial de la nómina del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de 2.2 mil millones de pesos y el costo del incremento de los salarios de los trabajadores de 4.4 mil millones de pesos, el esfuerzo fiscal equivalente asciende a 19.6 mil millones de pesos respecto a los resultados del año anterior. Para dimensionar la magnitud de este esfuerzo fiscal, 19.6 mil millones de pesos equivalen a cerca de la recaudación nacional de medio punto porcentual del Impuesto al Valor Agregado (IVA) en un año, o a más de la mitad del presupuesto de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Sin embargo, falta mucho por hacer. Este gran esfuerzo fiscal que se logró gracias a la dedicación y esfuerzo conjuntos de trabajadores, sindicato, patrones, administración y población derechohabiente, sienta las bases para encaminar al IMSS en una nueva trayectoria financiera y de calidad en los servicios. No obstante, los problemas financieros y médicos del IMSS no están resueltos. Los esfuerzos se tendrán que redoblar hacia adelante para mejorar los servicios de salud para casi 70 millones de mexicanos de una manera financieramente sustentable.

¿Cómo se logró revertir la tendencia en el uso de las reservas? Desde el inicio, esta Administración estableció una visión integral de hacia dónde se tenía que dirigir el Instituto centrada en dos objetivos claros:

1. Mejorar la calidad y calidez de los servicios.
2. Sanear financieramente al IMSS.

A primera vista, parecieran objetivos incompatibles e incluso contradictorios, ya que para mejorar la calidad y calidez de los servicios parecería que necesariamente se tuvieran que destinar una mayor cantidad de recursos. Sin embargo, estos objetivos se pueden conciliar a través de las siguientes tres estrategias:

- **Mejorar la productividad y la eficiencia en los servicios.** Para lograr mejorar la calidad y calidez de los servicios es necesario optimizar procesos médicos y administrativos para aprovechar mejor los recursos humanos y de infraestructura. De esta manera se pueden proveer más y mejores servicios sin aumentar la cantidad de recursos. No es hacer más con menos; es hacer más con lo mismo.
- **Fortalecer la transparencia.** Considerando que el IMSS está entre los tres principales compradores de bienes y servicios del Sector Público, es indispensable mejorar los procesos de compra para aumentar la transparencia y con esto lograr las mejores condiciones de precio y calidad para el Instituto.
- **Fomentar el cumplimiento de obligaciones de todos los actores del Instituto.** Administración, trabajadores, patrones y derechohabientes.

A continuación se resumen las principales medidas que se llevaron a cabo durante el 2013 y se enuncian las opciones de política hacia el futuro para cumplir con los dos objetivos de esta Administración: mejorar la calidad y calidez de los servicios, y sanear financieramente al IMSS. En la mayoría de los casos se hace referencia al capítulo correspondiente donde se dan más detalles.

Acciones 2013

Como se desarrolló en el Capítulo II, la meta de ingresos del IMSS en la Ley de Ingresos de la Federación (LIF) se estimó con un pronóstico de crecimiento de la economía (y con ella, del empleo formal) de 3.5 por ciento para 2013. Sin embargo, la cifra de crecimiento económico para el año pasado fue de 1.1 por ciento. A pesar de lo anterior —y sin alterar las cuotas obrero-patronales— se logró cumplir, prácticamente, con la meta establecida de recaudación derivado de los esfuerzos de fiscalización y cobranza.

En 2013, los ingresos obrero-patronales se incrementaron en 6.9 mil millones de pesos en términos reales. Los principales esfuerzos para fortalecer los ingresos se centraron en fomentar y facilitar el cumplimiento de las obligaciones a través de mejoras en el servicio a los contribuyentes. Adicionalmente, se llevaron a cabo actos de fiscalización por 3.9 mil millones de pesos, 7 por ciento superior a 2012, y actos de cobranza por 2.5 mil millones de pesos, 10 por ciento superior a 2012.

Sin embargo, la mayor parte del saneamiento financiero no provino del esfuerzo en ingresos. Con todos los esfuerzos de fiscalización y cobranza, el aumento en los ingresos de 6.9 mil millones de pesos apenas sobrepasó los 6.6 mil millones de pesos de gasto regularizable de la nómina y del Régimen de Jubilaciones y Pensiones ya mencionados. Este

aumento, superior en sólo 300 millones de pesos al gasto regularizable, muestra que los esfuerzos de saneamiento financiero durante 2013 no son resultado de un incremento en los ingresos.

Los mayores esfuerzos se dieron en medidas que contribuyen tanto a la contención del crecimiento del gasto como al mejoramiento de los servicios. La posición de la presente Administración es clara: el gasto en salud del país no se debe reducir; más bien, su crecimiento debe contenerse y su uso hacerse eficiente. Las transiciones demográfica y epidemiológica son inevitables en México y en el mundo, lo cual crea —al IMSS y al resto de las instituciones públicas de salud— presiones financieras crecientes. Por lo tanto, es crucial administrar de manera juiciosa todos los recursos para aprovechar al máximo hasta el último peso, sin sacrificar nunca la atención al paciente. A continuación se resumen algunas de las principales medidas descritas en los Capítulos II, V y XI.

Mejoras médicas y de abasto

De acuerdo con las estrategias definidas por el Gobierno Federal, el primer gran enfoque de esta Administración fue mejorar el servicio médico. Uno de los temas más sensibles para los derechohabientes es el abasto de los medicamentos. Recibir los medicamentos necesarios de manera oportuna le permite a las familias enfrentar la emergencia, atender el cuidado propio o de un ser querido, sin mermar sus ingresos. Por ello, esta Administración se dio a la tarea de diseñar e implementar una estrategia integral que atendiera todo el proceso de compra, abasto y prescripción de medicamentos, detallada en el Capítulo XI. El abasto es un claro ejemplo de cómo se puede mejorar los servicios, atendiendo simultáneamente las finanzas del IMSS. Dentro de los servicios médicos, los medicamentos y material de curación representan uno de los más grandes rubros de gasto, cerca de

700 mil recetas diarias equivalentes a más de 30,000 millones de pesos. Por si fuera poco, las farmacias del IMSS atendieron más de 175 millones de recetas en el año (un médico puede prescribir varias recetas por consulta). En resumen, un adecuado surtimiento de medicamentos es indispensable para ofrecer una atención médica de calidad.

La primera acción de esta estrategia integral fue la eliminación de las compras emergentes de medicamentos. El Instituto, como una estrategia para evitar el desabasto, llevaba a cabo compras emergentes de medicamentos y material de curación a través de las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) mediante la herramienta denominada Bolsa Única de Ofertas (BUO). Esta estrategia representaba un gasto anual de 1,500 millones de pesos. Si bien este esfuerzo por mantener el abasto era loable, reflejaba áreas de oportunidad en el manejo de inventarios, de logística y de planeación. Además, la pulverización en la compra y un proceso que no fomentaba la competencia, provocaba que su adquisición no se realizara bajo las mejores condiciones. Por ello, se decidió eliminar la Bolsa Única de Ofertas sustituyéndola por un esquema de compra que garantizara una mayor competencia y transparencia, acompañada de procesos que mejoran la planeación, el manejo de inventarios y de logística que evitarán compras emergentes.

La segunda acción fue reducir los niveles de inventario de medicamentos de 3 a 2 meses. Las mejoras en planeación y manejo logístico permitieron al Instituto bajar los inventarios de 3 a 2 meses en promedio. Para mantener el abasto oportuno de los medicamentos, se aumentó la periodicidad bajo la cual se supervisan y generan los requerimientos de medicamentos por parte de las delegaciones y Unidades Médicas de Alta Especialidad. Asimismo, en

línea con una estrategia general de automatización de procesos, se implementó una plataforma electrónica en la cual se registran y monitorean los incumplimientos de los proveedores, para resolver de manera oportuna el abasto de medicamento no suministrados.

Como resultado de estas dos estrategias, se pudieron obtener ahorros netos para el Instituto por alrededor de 1,500 millones de pesos. Estos ahorros se lograron cumpliendo la meta de 95 por ciento de atención de recetas en el año.

La estrategia integral de mejorar el abasto culminó en 2013 con la compra consolidada de medicamentos más grande de la historia del Sector Público de nuestro país. En cumplimiento con la Estrategia de Contratación Pública anunciada por el Presidente de la República, el objetivo final de la compra consolidada de medicamentos y material de curación no fue solamente ahorrar, sino mejorar la salud y la calidad en el servicio para más de 80 millones de mexicanos (ya que participaron otras instituciones de salud que se detallan adelante). Esta compra de cerca de 43 mil millones de pesos para la adquisición de más de 1,800 medicamentos en 10 licitaciones, generó ahorros con respecto al año anterior de 3,700 millones de pesos. Para el IMSS, generó ahorros de 1,900 millones de pesos.

En este esfuerzo de coordinación interinstitucional, encabezado por el IMSS, participaron el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina; los Hospitales de la Mujer, Psiquiatría, Nacional Homeopático y Juárez del Centro de la Secretaría de Salud, así como los estados de Baja California, Campeche, Colima, Tlaxcala y Veracruz.

En este proceso se garantizó la transparencia en todas sus etapas. Se contó con el acompañamiento continuo de la Secretaría de la Función Pública y de 3 testigos sociales: Transparencia Mexicana, A. C., Academia Mexicana de Auditoría Integral al Desempeño, A. C., y Contraloría Ciudadana para la Rendición de Cuentas, A. C.

La compra fue participativa e incluyente. Se llevaron a cabo alrededor de una decena de reuniones con la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA), la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación (CANACINTRA) y la Asociación Nacional de Distribuidores de Insumos para la Salud (ANDIS). Se publicaron las prebases para consulta pública. Durante este tiempo se recibieron más de 500 comentarios. Como resultado de todas estas medidas se fortalecieron las bases y se mejoró la estrategia de compra, dando certidumbre al proceso.

Dentro de la estrategia de compra consolidada se incluyeron mecanismos innovadores para fomentar la competencia y acciones para asegurar un mejor abasto como las siguientes:

Entrega en consignación. Para los 20 medicamentos de mayor rotación, se logró que los proveedores mantengan un inventario en los almacenes del IMSS, bajo su responsabilidad, asegurando un abasto suficiente, evitando, así, la compra extemporánea y a precios más elevados.

Entrega en farmacia de medicamentos de alto valor. Para los 49 medicamentos con mayor valor, se estableció el requerimiento de entrega directa en la farmacia del hospital. Al sustituir el abasto en almacén regional, se optimizan los tiempos de entrega, se evita inversión almacenada y la merma.

Mecanismos innovadores para fomentar la competencia. Se incrementó el número de claves licitadas bajo Ofertas Subsecuentes de Descuento (OSD, o en reversa), de 62 a 86 claves; se modificó el criterio de adjudicación en algunas claves, de tres empresas obteniendo 50/30/20 por ciento a dos empresas con 80/20 por ciento, inhibiendo la colusión; por primera vez, se establecieron topes al número de marcas ofrecidas para algunas claves, evitando que algunas empresas acapararan todo el mercado. Se contó con el asesoramiento de la Comisión Federal de Competencia Económica (CFCE) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), quien incluso, emitió un comunicado en donde celebró y avaló la utilización de subastas en reversa como estrategia de adquisición en la compra consolidada, y reconoció los avances en el fortalecimiento de las compras del IMSS a través de la consolidación de sus adquisiciones.

Se cuidó a la industria nacional. Por primera vez se utilizó al máximo la Reserva Permanente de Compra, la cual ascendió a más de 5,600 millones de pesos. Esta acción permitió que un número mayor de medicamentos fueran adjudicados en licitaciones nacionales. En 2012 fueron 243 medicamentos y en 2013, 703; el número de empresas adjudicadas pasó de 170 a 197. Gracias a la inclusión de claves con montos adjudicables menores a 40 millones de pesos, el número de estas últimas, 108 son pequeñas y medianas empresas (PyMES), creció 44 por ciento (de 75 a 108).

Para hacer de esta estrategia de abasto una estrategia integral, se implementó el Programa de Receta Resurtible descrito a continuación y con mayor detalle en el Capítulo XI.

El Programa de Receta Resurtible es tal vez el más claro ejemplo de una medida que mejora el servicio médico al derechohabiente y al mismo tiempo sana financieramente al IMSS. Se detectó que un porcentaje significativo de las casi 500 mil consultas diarias que otorga el IMSS son con el único propósito de renovar la receta y obtener el medicamento. Lo anterior implica que el paciente (en muchos casos adultos mayores) tenga que incurrir en el proceso de agendar la cita, acudir al médico y, en ocasiones, incluso perder un día de trabajo para resurtir su receta. En las mejores prácticas médicas en México y en el mundo, los pacientes de determinadas enfermedades crónicas controladas acuden a consulta una vez cada 3 meses. Es por esto que, a partir de agosto del año pasado, con el objetivo de mejorar el servicio y aprovechar los limitados espacios de consulta, se inició la implementación del **Programa Receta Resurtible**. Ahora el médico tiene la facultad de expedir una receta resurtible que cubra los medicamentos por los siguientes 3 meses. Esta medida, que parece simple, tiene un enorme impacto ya que se estima que este programa libere cerca de 7 millones de consultas este año. Para dimensionar esta cifra, atender 7 millones de consultas requiere de alrededor de 500 consultorios; este número representa casi el total de consultorios construidos por el IMSS en la última década.

El impacto para los derechohabientes en términos de calidad en el servicio es aún mayor. En la Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos (ENSAT) obtenida en febrero del 2014, se encontró que 45 por ciento de los pacientes con receta resurtible mencionaron que la ventaja de este programa es que no les falta el medicamento para cumplir con su tratamiento y que tienen mayor compromiso a no interrumpir su tratamiento. Esto hace más efectivo el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas. Por su parte, 29 por ciento de los pacientes mencionaron que la ventaja del programa es que no tiene que acudir al médico para obtener su medicamento.

Desde el 2008, el Instituto ha contratado **servicios integrales**. Estos son ciertos procedimientos o intervenciones médicas para los cuales los pacientes no requieren de una hospitalización, pero no se pueden resolver tomando un medicamento. El mejor ejemplo de los servicios integrales es la hemodiálisis, en la cual el paciente con insuficiencia renal crónica acude a terapia sustitutiva. Dada la creciente incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas, el gasto en estos servicios ha aumentado año con año. Como se detalla en el Capítulo XI, el Instituto destina actualmente más de 13 mil millones de pesos anuales en servicios integrales. Porello, en el 2013 el IMSS arrancó un proceso estructural en la contratación de servicios integrales. La primera etapa fue el levantamiento de un censo confiable de pacientes con insuficiencia renal crónica, requisito indispensable para atender mejor a esa población y, al mismo tiempo, este censo generó un ahorro de 300 millones de pesos.

Hacia adelante, se aplicarán los mismos criterios innovadores de transparencia y competencia a la contratación de servicios integrales que se aplicaron a la compra consolidada de medicamentos. En particular, se instaurarán contratos únicos aplicando nuevas especificaciones técnicas y protocolos médicos, así como medidas de control de los servicios y de contención del gasto.

Todas estas acciones tienen un fin último: brindar una mejor atención a los derechohabientes y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a los que tienen derecho.

Simplificación y digitalización de trámites

Como parte de la estrategia general de aumento de la productividad y eficiencia que permea muchas de las iniciativas y reformas que ha impulsado el Gobierno de la República, el IMSS trabaja por optimizar sus recursos y cooperar con la productividad del país. Por ello, el segundo gran enfoque de la presente Administración fue la simplificación y digitalización de trámites. Estas medidas mejoran el servicio y le generan ahorros al país a través de aumentos en productividad y eficiencia. Como se detalló en el Capítulo II, este año se implementaron acciones para acercar al IMSS a los derechohabientes, patrones y público en general facilitando su interacción con el Instituto. Además, para fomentar el cumplimiento de las obligaciones se buscaron medidas que promovieran la formalidad. Todas estas medidas son ejemplos de acciones que simultáneamente mejoran la productividad y fomentan el cumplimiento de las obligaciones.

A finales de 2012, el Instituto contaba con un extenso número de trámites en materia de incorporación y recaudación que, además de exigir requisitos innecesarios, no podían realizarse de manera digital a través de Internet, sino que requerían forzosamente que el patrón, asegurado, pensionado o sus beneficiarios, tuvieran que presentarse en las oficinas del Instituto para llevarlos a cabo. Esto ocasionaba pérdidas de tiempo, y largas filas, lo que se traducía en una menor calidad de servicio a los derechohabientes.

Derivado de una revisión de todos los trámites de incorporación y recaudación, se simplificaron y redujeron de 56 a 25 los trámites registrados ante la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER). La disminución y simplificación de los trámites de incorporación y recaudación permitió el inicio de su digitalización.

El primer paso hacia la digitalización se dio en junio de 2013, cuando el IMSS puso en marcha el Sistema de Pago Referenciado (SIPARE), sistema que ofrece a los patrones una nueva alternativa para pagar sus cuotas de seguridad social a través de Internet de una manera fácil y segura sin tener la necesidad de ir al banco. Hasta mediados de 2013, la mayoría de los patrones hacía el pago de las cuotas de seguridad social principalmente de manera presencial en el banco con la presentación de un disquete o, en el mejor de los casos, con una USB, en los que se incluía la información de los nombres y salarios de los trabajadores por los cuales se estaban cubriendo las cuotas. Esta forma de pago era improductiva tanto para los patrones como para el Instituto, por los altos costos generados por traslados a sucursales bancarias, el uso de medios electrónicos obsoletos y el pago de comisiones bancarias. Gracias al SIPARE, se detonó una adopción más acelerada de medios de pago por Internet, además de que aquellos patrones que continúan utilizando los medios tradicionales de pago en ventanilla, experimentan un trámite simplificado, entre otras, por no tener que presentar disquete o USB. Desde su puesta en operación se han inscrito más de 400 mil patrones, los cuales han llevado a cabo cerca de 1.9 millones de transacciones de pago de cuotas obrero-patronales con un valor de más de 69 mil millones de pesos.

Si estos 400 mil patrones utilizaran el coche para ir a una sucursal bancaria para hacer el pago de las contribuciones de seguridad social, se podría hacer una fila del Distrito Federal a la Ciudad de Mérida, Yucatán, cada mes. Esto significa un ahorro de recursos para las empresas equivalentes a alrededor de 3 millones de horas-hombre por año, sin mencionar otros beneficios como la reducción de las emisiones contaminantes.

A finales de diciembre de 2012, el principal medio por el cual el Instituto daba a conocer a los patrones su estado de facturación era vía el Servicio Postal Mexicano (SEPOMEX). El Instituto imprimía y enviaba por correo a los patrones registrados en su base de datos, más de 500 mil facturas mensualmente. En 2013 el Instituto inició un esfuerzo agresivo para incentivar el uso de medios digitales para dar a conocer el estado de facturación de algunas de ellas, logrando que cerca de 100 mil facturas mensuales se dejaran de imprimir y enviar por mensajería a patrones, y a partir de marzo de 2014, se incrementó la inhibición de la factura impresa, llegando a un total de 150 mil cédulas mensuales no emitidas. Esta medida logró que, entre junio de 2013 y junio de 2014, se hubieran descargado de manera digital vía el portal “IMSS Desde Su Empresa” alrededor de 3.8 millones de facturas.

Este conjunto de medidas ha permitido reducir en alrededor de 100 millones de pesos el gasto institucional en consumo e impresión de papel, envíos postales y comisiones bancarias.

Optimización de los servicios generales

El tercer gran enfoque de la presente Administración fue la optimización de los servicios generales que otorga el Instituto. Las medidas descritas con más amplitud en el Capítulo XI van enfocadas a mejorar el uso de los bienes e inmuebles y maximizar la eficacia de la operación diaria del Instituto a través de aumentos en eficiencia y productividad. En total, se obtuvieron ahorros cercanos a 1,000 millones de pesos en servicios generales y conservación.

Se puso en marcha un programa institucional de austeridad y eficiencia administrativa. Se hizo una revisión exhaustiva de todas las áreas de oportunidad para obtener ahorros manteniendo o mejorando la calidad de los servicios. Los elementos más emblemáticos se enuncian a continuación:

Primero, hasta el año pasado, el IMSS compraba toda su flota vehicular, lo cual implicaba altos costos de operación y mantenimiento. En 2013 se decidió la contratación, al igual que el resto del Gobierno Federal, de un servicio de arrendamiento de transporte vehicular. En este esquema el proveedor del servicio administra la plantilla vehicular, se hace cargo de los mantenimientos, aseguramiento y cualquier costo asociado, así como de garantizar la disponibilidad inmediata. Así se logró mejorar la calidad del servicio y una reducción del gasto en rubros como el mantenimiento y aseguramiento vehicular.

De manera complementaria, se redujo en promedio 10 por ciento la cuota de combustible asignada y se fortalecieron los controles para su uso. Por primera vez en la historia del IMSS, este esfuerzo mereció el reconocimiento por parte de la Secretaría de Energía a través de la Comisión Nacional de Uso Eficiente de Energía, por lograr un ahorro de 1.7 millones de litros de combustible en el año 2013, equivalente a 20.2 millones de pesos.

Con base en esta nueva forma de administrar la flota vehicular, se elaboró un plan de modernización de ambulancias mediante el esquema de arrendamiento, el cual permitirá arrancar un programa de renovación de ambulancias del Instituto y ofrecerá a los derechohabientes mejores condiciones de seguridad, comodidad y calidad en el servicio.

Segundo, se arrancó un programa para hacer eficiente el gasto de conservación de instalaciones y de equipo médico a nivel nacional. Mediante una mejora en la administración de los contratos de servicios e incrementando las supervisiones en campo, en 2013 se efectuó en tiempo y forma el mantenimiento preventivo y correctivo a 5,600 equipos médicos, que representa un incremento de casi 5 por ciento con respecto a lo realizado en 2012. Este aumento se traduce en una mejora en la atención de miles de usuarios que necesitan de este equipo para preservar su salud y mejorar su calidad de vida.

Tercero, se arrancó un programa de mejoramiento de imagen institucional y servicio llamado “Peso por Peso”. Este programa incentiva a las delegaciones a invertir en proyectos de equipamiento y mejora de las instalaciones para impactar favorablemente la percepción que tiene el derechohabiente sobre el servicio que recibe en las unidades del IMSS. Por cada peso que las delegaciones o Unidades Médicas de Alta Especialidad inviertan en proyectos de renovación o conservación que no se conviertan en gastos recurrentes, el IMSS central pone un peso adicional. El financiamiento por parte de las delegaciones o Unidades Médicas de Alta Especialidad proviene de los ahorros generados, lo que permite alinear los incentivos: por un lado, se promueve el uso eficiente de los recursos a nivel delegacional y, por el otro, la mejora del equipamiento y la imagen para dar un mejor servicio a los derechohabientes. En 2013 se concluyeron 58 proyectos por un monto de 182 millones de pesos, dentro de los que destacan remodelación y mantenimiento de baños, salas de espera, luminarias, pintura e impermeabilización, así como adquisiciones de equipo médico. Este programa tuvo un gran éxito en el 2013 y se repetirá en el 2014 por varias razones: la delegación es la que decide qué proyectos ejecutar y por lo tanto se escogen aquellos con más alto impacto; al poner la delegación los recursos, se alinean los incentivos y se minimizan los costos; el proceso es fácil y los proyectos se ejecutan el mismo año asegurando la oportunidad de los proyectos.

Cuarto, se lanzó un proceso de racionalización y revisión de los espacios y arrendamientos de inmuebles. Se homologaron criterios para evitar incrementos de renta sin sustento técnico-jurídico y se optimizó la administración de espacios arrendados. Lo anterior generó ahorros del orden de 5 por ciento.

Finalmente, el gasto en personal representa cerca de la tercera parte del gasto total del Instituto. Por ello, se establecieron las siguientes tres estrategias: 1. Absoluta prioridad a la contratación de médicos especialistas, enfermeras y paramédicos. 2. Un control eficiente de asistencia de los trabajadores, para garantizar la atención especializada mejorando la salud de pacientes, sobre todo críticos, a la vez que se evitan complicaciones y tratamientos más costosos. 3. Se racionalizó el gasto en honorarios y se obtuvo un ahorro de 19 millones de pesos. Estas estrategias permitieron fortalecer los servicios médicos, contribuyendo al desahogo de la demanda de atención de urgencias, la disminución del rezago quirúrgico y el aumento de la consulta externa en los tres niveles de atención médica.

El IMSS en un punto de inflexión

Las acciones realizadas en el 2013 se tradujeron en un esfuerzo fiscal de más de 19 mil millones de pesos. Este es un esfuerzo de enormes proporciones que ha implicado un trabajo conjunto de la Administración, trabajadores, patrones y derechohabientes. Sin embargo, no se debe interpretar que los problemas del IMSS están resueltos, falta mucho por hacer.

Muchas de las acciones realizadas hasta ahora se reflejaron en ahorros de flujo de gasto de una sola vez. El más claro ejemplo de este tipo de acciones es la reducción de inventarios. Estos ahorros disminuyen el uso de las reservas y se mantienen en el tiempo pero no reducen la tendencia inercial creciente de gasto en salud. **Un segundo tipo de acciones produjeron ahorros que disminuyen la tendencia creciente del gasto en salud.** Este tipo de acciones son medidas que generan ahorros que también se mantienen en el tiempo y que, a su vez, causarán cada vez menores presiones de gasto. Ejemplos de este tipo de medidas son la simplificación de trámites y la receta resurtible.

Desde principios de 2014 inició el proceso de digitalización de los 10 trámites de más alto impacto en el Instituto. Este proceso, detallado en el Capítulo II, se resume en el cuadro XII.1.

Los primeros 5 trámites, que se realizan cerca de 300 mil veces al mes, ya se digitalizaron. Por ejemplo, para la Asignación del Número de Seguridad Social (NSS) se tenía que visitar una subdelegación y el proceso podía tomar hasta 4 horas. Ahora, alrededor de 60 por ciento de estas solicitudes se realizan completamente por Internet, lo que implica que todas estas personas no tuvieron que desplazarse a la subdelegación ni ausentarse de su trabajo para obtener su Número de Seguridad Social.

Hacia adelante se va a trabajar en digitalizar los 5 trámites de alto impacto restantes. Cuando esto se logre, cada mes, más de 1 millón de personas podrán realizarlos a través de Internet, evitando costos indirectos como tráfico y contaminación y obteniendo ahorros para ellos y para el país.

Actualmente, cerca de 3 millones de pensionados acuden a una subdelegación o Unidad de Medicina Familiar por lo menos 2 veces por año a comprobar supervivencia. Esto implica un esfuerzo enorme para los pensionados y sus familiares, en particular para aquellos en edad avanzada, que en muchos casos no gozan de cabal salud. Por ello, se está trabajando para que en el 2015, se realice la comprobación de la supervivencia de jubilados y pensionados de manera no presencial con el uso de nuevas tecnologías. Este es un claro ejemplo de una medida que mejora el servicio para los jubilados evitándoles la molestia de trasladarse, hacer filas, y al mismo tiempo presenta una serie de ahorros administrativos y otros costos indirectos al Instituto.

Los esfuerzos realizados en materia de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) durante 2013, son el principio del proceso de transformación tecnológica del IMSS contenida en la iniciativa de IMSS Digital. Esta iniciativa asume que la oferta de servicios tecnológicos debe responder, en primer lugar, a la

Cuadro XII.1.
Digitalización de trámites de alto impacto, 2014

Trámite	Impacto (número de trámites mensuales) ^{1/}	
Asignación o localización del Número de Seguridad Social	280 mil	} Ya digitalizados
Alta patronal de persona física	10 mil	
Consulta del Estado de Adeudo	3 mil	
Movimientos patronales (primera etapa)	200	
Correcciones patronales	2 mil	
Alta patronal de persona moral	5 mil	} En proceso de digitalización
Consulta de semanas cotizadas	180 mil	
Contratación de seguros voluntarios e incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio	40 mil	
Gestión de derechohabientes	700 mil	
Movimientos patronales (segunda etapa)	5 mil	
Total	1.2 millones	

^{1/} Promedio de trámites realizados cada mes a través de los distintos canales de atención del Instituto.

Fuente: Dirección de Incorporación y Recaudación, IMSS.

demanda de la sociedad, de los ciudadanos y de los derechohabientes. Lo anterior a través de un modelo moderno de atención, que habilite canales de atención no presenciales. Para el 2014, la iniciativa IMSS Digital se construye a partir de dos grandes líneas de acción: continuar abatiendo el rezago tecnológico que aqueja al Instituto, y consolidar lo ya iniciado bajo el nuevo paradigma tecnológico, con el objetivo de mejorar la calidad y la calidez de los servicios que presta el Instituto.

En este sentido, se iniciará un esfuerzo de certificación de espacios IMSS Digital, consistente en la modernización y dignificación de las condiciones operativas de las 90 localidades más importantes del IMSS, incluidas las Unidades Médicas de Alta Especialidad, las delegaciones, los edificios centrales y los hospitales más relevantes. En paralelo, se conformará un centro de datos multidisciplinario que gobierne la vasta cantidad de datos e información que produce el Instituto, facilitando su uso para la toma de decisiones; se continuará con la migración de los aplicativos a la nueva arquitectura de sistemas, con prioridad en los de misión crítica que soportan los procesos más importantes del Instituto, y se trabajará para que en el régimen IMSS-Oportunidades se desplieguen servicios de telemedicina y telesalud en las zonas rurales y zonas de población vulnerable, con la finalidad de mejorar la calidad, cobertura y acceso a los servicios médicos.

Como se hace referencia en el Capítulo III, desde hace varios años las cifras de incapacidades por enfermedades como por accidentes de trabajo se encuentran por encima de estándares internacionales. El objetivo es claro, darle la incapacidad, el subsidio o la pensión a quien lo requiera de manera transparente, eficiente y expedita pero al mismo tiempo evitar pagos indebidos que no benefician a nadie, incluyendo al trabajador. Por ello, es necesario realizar un **cambio estructural en el mecanismo en que se dictaminan**

y otorgan incapacidades, subsidios, pensiones temporales y rentas vitalicias. El IMSS está trabajando en estandarizar los protocolos a través de los cuales se otorgan las incapacidades. Se fortalecerá la capacitación del personal médico para lograr una mayor supervisión por parte de los jefes de servicio y se difundirán los días máximos y mínimos de incapacidad para cada enfermedad o accidente. Esto traerá como resultado una disminución en el número de consultas de Medicina Familiar que actualmente se utilizan para la renovación de incapacidades y se evitarán incapacidades prolongadas que no se encuentren médicamente justificadas.

Servicios generales

Dada la coyuntura actual y futura, es inevitable que el IMSS expanda su infraestructura médica. Para atender esta situación, se van a llevar a cabo dos acciones: Primero, se está definiendo un nuevo modelo de unidades médicas que considere las necesidades de los derechohabientes, asegure la funcionalidad y eficiencia de los inmuebles y reduzca los costos de diseño, construcción y operación. Y segundo, a través de un análisis georreferenciado de la oferta de infraestructura y demanda por servicios, y de la productividad de los inmuebles actuales, se identificará donde es necesario construir nueva infraestructura y de qué tipo.

Como se detalla en el Capítulo VI, para atender primordialmente a las madres trabajadoras, el IMSS tiene más de 1,400 guarderías que reciben diariamente a más de 200 mil niños. Este servicio permite que las madres puedan incorporarse y/o permanecer en el mercado laboral sin la preocupación de dónde dejar a sus hijos, con la confianza de que estos reciben un servicio de la más alta calidad que estimula su desarrollo social, físico e intelectual. En los últimos años el IMSS ha puesto especial énfasis en los criterios de seguridad de las guarderías. Durante el 2013 se realizaron más

de 5,200 visitas de supervisión, lo que representa que por lo menos 3 veces al año se revisó el cumplimiento de las normas y procedimientos para la prestación del servicio en cada guardería. Asimismo, más de 7,200 padres usuarios participaron en la verificación de las condiciones de seguridad en guarderías, mediante el mecanismo de Participación Social que se realiza con el aval de Transparencia Mexicana desde 2010. Los padres calificaron en más de 99 por ciento el cumplimiento de las medidas de seguridad. En el servicio de guarderías, durante el 2014 se trabajará en dos frentes:

En primer lugar, se establecerán las bases para aumentar el número de lugares que ofrecen las guarderías del IMSS a través de un proceso transparente y eficiente. Dicho proceso de contratación busca determinar las zonas con necesidad de espacios de guardería mediante un análisis georreferenciado de oferta y demanda, con lo cual se asegura que la infraestructura que el IMSS ponga a disposición de las madres trabajadoras sea utilizada al máximo. Lo anterior, privilegiando por encima de todo las condiciones de seguridad y calidad de los inmuebles.

En segundo lugar, se pondrá en marcha el “Programa Guardería Promotora de la Salud”. La Organización Mundial de la Salud reporta 40 millones de niños en el mundo menores de 5 años con sobrepeso debido a hábitos alimenticios inadecuados y falta de actividad física. Estudios recientes muestran que los niños que tienen un problema de obesidad o sobrepeso antes de los 5 años, son 4 veces más propensos a tener esta condición como adultos¹⁴⁸. Para el IMSS esto representa una oportunidad de incidir en la prevalencia de obesidad en el país, por el número de niños que atiende el Instituto. A través del impulso a la activación física y una alimentación saludable en las guarderías, se estimulará a aquellas que logren los mejores resultados en el peso y talla de los menores.

Fortalecimiento de los ingresos

Al igual que en el 2013, la estrategia del Instituto buscará fomentar el cumplimiento de las obligaciones. El eje fundamental de dicha estrategia es la promoción de la formalidad y la equidad en el financiamiento de la seguridad social. El Instituto busca que aquellos obligados al pago de cuotas obrero-patronales cumplan cabalmente con su obligación, comprometiéndose a su vez a lograr que se haga de la manera más sencilla posible.

Como se detalla en el Capítulo II, se han dado pasos importantes para la implementación de un “Nuevo Modelo de Fiscalización” integral. Este nuevo modelo se continuará fortaleciendo, a través del desarrollo de un nuevo modelo de riesgos que permita mejorar la planeación de los actos de fiscalización, el envío de casos para auditoría con montos presuntivos estimados, el establecimiento de canales de cobro diferenciados, y la implementación de cobro persuasivo mediante llamadas telefónicas, correos electrónicos y cartas invitación. Lo anterior será acompañado de un esquema de indicadores que permita controlar y medir la operación con base en criterios de análisis costo-beneficio.

La experiencia internacional muestra que las administraciones tributarias eficientes y modernas, cuentan con áreas especializadas en la atención a grupos específicos de contribuyentes. Debido a que cada tipo de contribuyente se comporta de manera diferente, se requiere de estrategias diferenciadas para mejorar la prestación de servicios y el control del cumplimiento de sus obligaciones fiscales. Bajo este enfoque, otra de las acciones de mejora en los servicios otorgados por el IMSS a patrones es la creación de la Unidad de Servicios Estratégicos, que inició operaciones el 1º de enero de 2014. Su objetivo es mejorar y especializar la atención de los

¹⁴⁸ Fuente: “Incidence of Childhood Obesity in the United States”, en *The New England Journal of Medicine*. Enero 2014.

patrones cuyas características exigen de una atención especializada, dado el número de trabajadores que emplean, su ubicación geográfica y los sectores a los que pertenecen.

La actualización de las cuotas del Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) es una medida que permitirá a más mexicanos que no cuentan con un empleo formal acceder a servicios de salud de calidad sin debilitar las finanzas del IMSS. Derivado de la aprobación de la reforma al Artículo 242 de la Ley del Seguro Social por parte del Congreso de la Unión, el H. Consejo Técnico del IMSS cuenta ahora con la facultad de actualizar las cuotas del Seguro de Salud para la Familia. Este seguro, que es voluntario, se encuentra desfinanciado pues los costos de su operación son superiores a los ingresos que actualmente se obtienen. La aprobación de esta reforma permitirá ampliar su cobertura, así como garantizar la calidad y la oportunidad de los servicios que se proporcionan a los afiliados, sin detrimento de la situación financiera del Instituto.

Todos estos esfuerzos se verán reforzados por las acciones llevadas a cabo por el Gobierno Federal para incrementar la formalidad. En particular, el Régimen de Incorporación al Seguro Social (RISS), que entra en vigor el 1° de julio de 2014. Este nuevo régimen introduce incentivos para que los trabajadores transiten de la informalidad al sector formal de la economía. Bajo este esquema, los patrones y trabajadores que formen parte del régimen de incorporación gozarán de un subsidio que cubrirá el Gobierno Federal para el pago de sus cuotas por un periodo de hasta 10 años.

Aunado a lo anterior, y con absoluto respeto de los tiempos y procesos legislativos, se hace mención a una reforma legislativa cuya aprobación podría contribuir a fortalecer la situación financiera del Instituto. En abril de 2013 fue aprobada en la Cámara de Diputados una iniciativa presentada por un diputado del Grupo

Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, con el objeto de reformar el Artículo 27 y derogar el Artículo 32 de la Ley del Seguro Social, la cual se encuentra pendiente de dictaminación y aprobación por parte de la Cámara de Senadores. Esta reforma propone homologar las exenciones de los conceptos que se señalan en el Artículo 27 de la Ley del Seguro Social con aquellas previstas en la Ley del Impuesto sobre la Renta para los trabajadores.

De aprobarse esta reforma, serán comparables las prestaciones que se integran al salario base de cotización (SBC) y la base gravable del Impuesto Sobre la Renta de los trabajadores. Los principales beneficiados por la aprobación de esta reforma serían los trabajadores, ya que se fortalecerían las aportaciones en sus cuentas individuales de ahorro para el retiro y vivienda, permitiéndoles gozar de mejores condiciones al momento de su retiro. Se estima que, de aprobarse, se podrían generar recursos adicionales al IMSS por alrededor de 3 mil millones de pesos, los cuales, como se establece en el Artículo Cuarto Transitorio de la minuta aprobada por la Cámara de Diputados, se destinarían en su totalidad a financiamiento de infraestructura y para atención en los servicios médicos del Instituto.

La aprobación de la reforma constituiría una base sólida para establecer un amplio programa que mejoraría la fiscalización que lleva a cabo el IMSS, el cual incluiría el intercambio de información con otras autoridades fiscales.

Mejoramiento del modelo de atención médica

Como se menciona a lo largo de este Informe, México al igual que otros países en el mundo, está enfrentando dos grandes retos: las transiciones demográfica y epidemiológica, que se traducen en un creciente

gasto en salud. Además, al ser una economía en vías de desarrollo, México sufre una doble carga de morbilidad. Como se detalla en el Capítulo V, por una parte el país sigue teniendo a las enfermedades infecciosas y accidentes como el principal motivo para las visitas en Urgencias y Medicina Familiar. Esto no sucede en economías avanzadas. Pero al igual que en las economías avanzadas, cada vez una fracción mayor de los egresos hospitalarios, visitas médicas de especialistas y de la carga de Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad, se deben a enfermedades crónico-degenerativas y cánceres. Esta doble carga de morbilidad hace imperativo que la estrategia del Instituto se concentre en dos frentes.

Por un lado, se tienen que implementar medidas que mejoren el acceso y capacidad resolutive del primer nivel de atención y hospitales para liberar espacios y poder atender mejor a los pacientes. Por el otro, se tiene que establecer una estrategia frontal contra las enfermedades crónico-degenerativas para evitar tratamientos complicados y tardíos que tienen impactos enormes en la calidad de vida de los pacientes y económicos para el Instituto.

Primer nivel de atención

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al sistema de salud y es, al mismo tiempo, el punto de inicio de la atención y filtro para acceder a los servicios especializados. De su desempeño eficiente dependen el segundo y tercer niveles. Internacionalmente, el primer nivel resuelve 85 por ciento de los problemas de salud. Sin embargo, en el IMSS, por diversos motivos, el primer nivel atiende 77 por ciento del total de consultas otorgadas en los tres niveles de atención. **La estrategia del Instituto en primer nivel se concentrará en fortalecer la prevención, incrementar el acceso a la consulta médica y mejorar la capacidad resolutive.** Las principales medidas son:

Fortalecer la prevención. El primer pilar en materia de prevención es la vacunación, México cuenta con un programa de vacunación exitoso, moderno y de amplia cobertura. El IMSS contribuyó al programa nacional de vacunación al vacunar a 43 por ciento de todos los niños mexicanos menores de 8 años. El número de niños vacunados aumentó en 1 millón al pasar de 6.1 millones en el 2012 a 7.1 millones en el 2013. El IMSS ha sido pionero en introducir vacunas al país y en ampliar la cobertura de vacunación. Hacia adelante, el IMSS continuará estando en la frontera del Programa Nacional de Vacunación.

El segundo pilar de la prevención consiste en promover cambios de estilo de vida saludables con el objeto de disminuir los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de enfermedades crónicas. En particular, la estrategia del Instituto se ha centrado en promover el chequeo anual del Programa PREVENIMSS. Durante el 2013, el número anual de chequeos preventivos PREVENIMSS subió de 26.9 a 28.6 millones, atendiendo a 70 por ciento de la población adscrita a médico familiar. Sin embargo, sólo 30 por ciento de los derechohabientes acudieron al chequeo PREVENIMSS espontáneamente —70 por ciento fue derivado de los demás servicios de la unidad médica—. Para aumentar el porcentaje de derechohabientes que acuden espontáneamente a su chequeo anual, el IMSS lideró la campaña del Sector Salud “Chécate, Mídete, Muévete” para la promoción de los mejores hábitos de salud. Esta campaña, gracias a su nivel de recordación entre la gente (85 por ciento) y su nivel de aceptación y credibilidad (9 de 10), se posicionó como una campaña efectiva del Gobierno Federal motivando en la población cambios positivos de hábitos relacionados con la alimentación y el ejercicio.

Incrementar acceso a la consulta médica y mejorar la capacidad resolutive. Para disminuir los tiempos de espera y mejorar la calidad de la atención en el primer nivel de atención, y al mismo tiempo disminuir la afluencia de pacientes a los servicios de Urgencias y Hospitalización del segundo nivel.

1. Ampliación del Programa de Receta Resurtible.

En 2014, se incrementarán los padecimientos crónicos susceptibles a receta resurtible de 10 a 17. También se buscará implementar este programa en el segundo y tercer niveles de atención.

2. Reorganización de la agenda del médico para evitar la aglomeración de pacientes.

Actualmente, un derechohabiente sólo puede atenderse con el doctor al cual se encuentra adscrito. Lo anterior deriva en una gran variabilidad en los tiempos de espera que dependen de la carga de trabajo de cada doctor. Para eliminar este desequilibrio, se mejorará la gestión de pacientes sin cita. Se establecerá una fila única que asigne a los pacientes con el siguiente doctor disponible, en caso de que su doctor no se encuentre disponible.

3. Optimización del tiempo de médicos priorizando criterios asistenciales sobre los administrativos.

El tiempo de los médicos familiares es un recurso escaso. Los trámites administrativos, tales como renovación de recetas o incapacidades, toman parte del tiempo de los médicos y se encontró que hasta 30 por ciento de estos se pueden resolver sin intervención del médico. Por ello, se está trabajando en estandarizar los días de incapacidad y recibir el apoyo de la asistente médica para reescribir recetas u órdenes de laboratorio.

4. Aumentar la participación de la enfermera. Por ejemplo, el control del embarazo y el cuidado de niño sano son los principales motivos de consulta médica en el primer nivel con 7.6 millones de consultas al año. Aunque no se pretende suplantar

al médico en el proceso médico, se estima que con esta medida se podrán liberar hasta 320 mil espacios de consulta del médico familiar.

5. Se simplificará el proceso de referencia del primer al segundo nivel de atención.

Para disminuir el tiempo que los derechohabientes permanecen en la clínica realizando trámites administrativos y para ser atendidos por un especialista. Asimismo, se mejorará la supervisión en los casos de referencia por parte de los jefes médicos para asegurar que los problemas médicos que se puedan resolver en el primer nivel no se envíen al segundo nivel.

Segundo nivel de atención

Como se detalló en el Capítulo V, en el segundo nivel se encontraron dos “cuellos de botella” que limitan el acceso, y bajan la calidad de la atención. **La estrategia del Instituto en el segundo nivel se concentrará en mejorar la gestión de la infraestructura y en estandarizar las prácticas médicas:**

1. Optimización de los servicios de Urgencias.

Cada ingreso por Urgencias es clasificado por los doctores según las prioridades médicas del caso, en un proceso conocido como Triage. Se va a **rediseñar el flujo de los pacientes después del Triage en Urgencias.** Para que aquellos pacientes menos graves y con menos urgencia sean referidos a servicios de Urgencias de menor nivel de complejidad resolutive. Esto permitirá incrementar la disponibilidad de camas del área de Observación y reducir los tiempos de estancia y espera de los pacientes de Urgencias gracias a diagnósticos más acertados.

2. Gestión de camas en los hospitales.

Se está reorganizando el sistema de gestión de camas para planear oportunamente las altas de los pacientes y de esta manera agilizar la preparación de las camas libres. Con esta medida se acelerará el ingreso de nuevos pacientes a hospitalización, lo que aumentará la productividad de los hospitales

y se podrán atender más pacientes de manera oportuna, con la misma infraestructura.

3. Optimización de la utilización de quirófanos.

Mejorando los procesos de planeación de cirugías será posible incrementar el número de horas programadas, se reducirá la frecuencia de comienzo tardío, y mejorarán los tiempos de respuesta para las salas de operaciones. Asimismo, se revisará la lista de cirugías ambulatorias potenciales y los recursos físicos, humanos y de presupuesto que se requieren para incrementar este tipo de cirugías. Esto permitirá aumentar el acceso efectivo de los pacientes a cirugías y reducirá el costo por caso quirúrgico, evitando también el rezago quirúrgico en beneficio de los derechohabientes.

4. Rebalanceo de recursos humanos.

Se buscará alinear mejor los recursos humanos de los hospitales a la demanda observada, redistribuyendo a los médicos, enfermeras y personal de apoyo de los hospitales entre turnos. Este rebalanceo incrementará la capacidad de respuesta de los hospitales para atender a los pacientes que llegan a Urgencias o que requieren una cirugía, disminuyendo los tiempos de espera de los pacientes, sin necesidad de modificar sustancialmente la plantilla.

5. Estandarización de criterios para la estancia hospitalaria.

Existe gran variabilidad en la estancia de hospitalización de pacientes con los mismos padecimientos. Incluso, algunas veces, la estancia se extiende por procesos administrativos. A través de un sistema de planificación de egresos se aumentará la productividad de los médicos y agilizará el tratamiento de pacientes con problemas de diagnóstico o complicaciones. Al ingresar el paciente se realizará un diagnóstico completo inicial y se programarán anticipadamente los estudios. Diariamente se reevaluará el estado del paciente, se realizarán visitas colegiadas por médicos especialistas que agilizarán trámites y revisarán casos complejos.

Por último, se reforzará el proceso de pre-altas lo que permitirá incrementar la capacidad de los pisos de hospitalización.

6. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.

Las Guías de Práctica Clínica son herramientas documentales que compilan la información científica para la resolución de problemas clínicos. Permiten, en la medida de lo posible, estandarizar y establecer rutas para los principales problemas clínicos, así como homogenizar los tratamientos y calidad médica. El IMSS ha contribuido con 67 por ciento de las Guías de Práctica Clínica que integran el Catálogo Maestro del Sistema Nacional de Salud. La estrategia del Instituto en este sentido es continuar contribuyendo al Catálogo al realizar 50 guías este año que incluyen temas relevantes para los programas institucionales de salud.

7. Infecciones nosocomiales.

Las infecciones nosocomiales son aquellas que se adquieren dentro del hospital o durante el proceso de atención médica que se traducen en incremento de días de hospitalización y de mortalidad. Durante el 2013, se mejoró el registro de las infecciones nosocomiales y se comenzó a trabajar en el proyecto “Modelo Institucional para la Prevención y Reducción de las Infecciones Nosocomiales” que se espera tenga el efecto de reducir la incidencia de dichas infecciones. El proyecto incluye la campaña institucional comenzada en el 2014 “Manos limpias, salvan vidas”.

8. Prevención de riesgos y atención para evitar la muerte materna.

La mortalidad materna es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial; su reducción es un indicador de los Objetivos del Milenio. En el IMSS se ha trabajado para reducir este indicador a través de aumentos en consultas por mujer embarazada aunado a acciones preventivas, de vigilancia y de control. En el periodo de 2002 a 2013, el IMSS logró reducir la muerte materna de 30.1 a 26.5 por 100,000 nacidos vivos. Esta tasa se compara favorablemente con la tasa de mortalidad materna

de todo el sistema nacional de salud que fue 42.2 muertes por 100,000 nacidos vivos en el 2013.

Estrategia frontal contra las enfermedades crónicas

El segundo gran reto del IMSS es la prevalencia y crecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas. El IMSS ha sido pionero en la detección y atención de las enfermedades crónico-degenerativas en el país. Como se detalló en el Capítulo V, los resultados en términos de la estrategia de prevención han sido importantes: la mortalidad de pacientes derechohabientes con enfermedades crónico-degenerativas ha disminuido en relación con aquella de pacientes no derechohabientes. El IMSS ha logrado frenar la tendencia ascendente en la mortalidad por estas causas. Sin embargo, existen áreas de oportunidad para mejorar la atención médica que reciben los pacientes crónicos para tener impactos mayores en mortalidad, calidad de vida e impacto financiero para el Instituto.

Para brindar una mejor atención a los pacientes crónicos se va a poner en marcha el nuevo modelo de atención para pacientes crónicos. Este nuevo modelo de atención involucra de manera más activa a todo el equipo de salud, especialmente la Enfermería. Algunas consultas de seguimiento de pacientes crónicos controlados y embarazadas las tratarán enfermeras especialistas en Medicina Familiar. Una mejor gestión para los pacientes crónicos mejorará su calidad de vida, lo cual se traducirá en una liberación de consultas. La presente Administración está trabajando en diseñar un novedoso esquema para el cuidado de los pacientes diabéticos en el cual por primera vez en la historia del Sector Salud en México se va a pagar por resultados.

Capacitación, formación de recursos humanos e investigación

El IMSS es pionero y líder latinoamericano en capacitación, formación de recursos humanos para la

salud e investigación médica. Por ello, el objetivo es mantener e incrementar este liderazgo fortaleciendo estas áreas al interior del Instituto.

En 2013 se realizaron 3.5 mil cursos de capacitación con la asistencia de 22.8 mil trabajadores del área de la salud, 11.3 por ciento más que en el 2012. Hacia adelante, se contempla continuar fortaleciendo la oferta de cursos y la creación de más centros de simulación médico-quirúrgica, con la finalidad de que los residentes puedan practicar y simular diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos antes de realizarlos en los enfermos.

La participación en la creación de nuevos médicos especialistas ha distinguido al IMSS como la institución de salud líder en el país en la formación de recursos humanos. Durante 2013, el Instituto contaba con 12.5 mil médicos en formación en 72 diferentes especialidades, cifra superior a los 12.1 mil registrados en 2012. Para el ciclo académico 2014-2015 la cifra se incrementó a 12.6 mil. En línea con los retos del Instituto, 34 por ciento de los médicos en formación cursan especialidades orientadas al primer nivel de atención, como Medicina Familiar, Epidemiología y Medicina del Trabajo; 16.4 por ciento se prepara en especialidades relacionadas con enfermedades crónico-degenerativas, y 9 por ciento se prepara en servicios de Urgencias, lo que nos ayudará a atender con mayor calidad, eficiencia y calidez en estas áreas.

El Instituto está fortaleciendo la investigación biomédica, y para ello se desarrollan protocolos y programas que buscan mejorar los resultados de la atención médica y la calidad de vida de los pacientes. Para lograr estos objetivos, en los últimos años se han graduado un promedio anual de 75 maestros y 25 doctores. En 2013, 207 de los 250 investigadores de tiempo completo del IMSS tuvieron reconocimiento vigente del Sistema Nacional de Investigadores lo que constituye uno de los porcentajes de pertenencia más altos en el Sector Salud.

El IMSS edita *Archives of Medical Research*, la revista biomédica más importante de Latinoamérica. Su factor de impacto ha venido incrementando de manera constante en los últimos años, y en 2012 se convirtió en la primera revista latinoamericana de la historia en alcanzar un factor mayor a 2.

A fin de continuar la atención médica de vanguardia y la capacitación del más alto nivel, se tiene programado propiciar y financiar estancias cortas y cursos de posgrado en el extranjero para médicos y enfermeras, así como intercambios que fortalezcan la investigación científica. Para ello, esta Administración persigue colaborar con instituciones líderes del Sector Salud a nivel mundial. El pasado mayo del 2014, se firmó un convenio de colaboración con la **Escuela de Salud Pública de Harvard** para temas de capacitación gerencial, epidemiología y sistemas de salud. Se firmó un Acuerdo de Cooperación Técnica con la **Asistencia Pública de los Hospitales de París**, Francia y con la **Fundación Luc Montagne** que involucra la capacitación e intercambio de casos de éxito para mejorar la atención médica en varias disciplinas principalmente trasplante hepático y manejo de la obesidad. Hacia adelante, se tiene programado **propiciar y financiar estancias cortas y cursos de posgrado en el extranjero para médicos y enfermeras** en el *Brigham and Women's Hospital* en Boston, Massachusetts y la Consejería de Salud de Madrid, España, e intercambios de investigadores con algunos centros de investigación del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT, por sus siglas en inglés).

En 2014 se espera fortalecer la investigación biomédica a través de la certificación de la Comisión Nacional de Investigación como tercero autorizado por parte de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para protocolos de investigación médica de la industria farmacéutica. Esto permitirá que se sometan a evaluación los protocolos

de investigación directamente al IMSS, lo cual generará beneficios extras al Instituto y reducirá el tiempo de gestión.

El fortalecimiento del vínculo entre atención médica, educación e investigación, redituará en una mejora de la calidad de la atención a la salud del derechohabiente del Instituto.

Sistema Nacional de Salud Universal

Para el Presidente de la República, la salud es uno de los temas más importantes de su Administración. Por ello, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, define como dos de sus objetivos asegurar el acceso universal a los servicios de salud y ampliar el acceso a la seguridad social para alcanzar un México más Incluyente y Próspero. Asimismo, define como tres de las estrategias para alcanzar dichos objetivos, avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad, y garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

El IMSS, siendo el mayor proveedor de servicios de salud del país, comparte la convicción de avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud Universal, para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud. Para ello, se está trabajando bajo la coordinación de la Secretaría de Salud en la formulación de una propuesta que garantice el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de los servicios que actualmente se otorgan, mediante el establecimiento de protocolos estandarizados e instrumentos que permitan vigilar su debido cumplimiento. Este sistema será el mecanismo que empodere a la población para que pueda demandar que estos servicios sean efectivos.

La creación del Sistema Nacional de Salud Universal exigirá una mayor coordinación entre las instituciones públicas de salud. Es necesario generar sinergias que permitan hacer un uso más eficiente de la capacidad instalada y recursos humanos, evitar duplicidades en la cobertura y homologar los servicios. El punto de partida debe ser mejorar la atención médica integral, con un enfoque de contención de costos y trato digno al usuario y su familia. Con estas medidas, se obtendrán mejoras sustanciales en los servicios de salud para todos los mexicanos.

Es necesario construir sobre los distintos convenios de intercambio de servicios existentes de manera coordinada con las instituciones del Sector Salud. Ya opera entre los principales servicios de salud del país el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, y el Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio de Servicios, expuestos en el Capítulo V. El Acuerdo establece ciertos lineamientos generales en base a un catálogo de intervenciones y tarifas máximas homologadas que establecen los mecanismos y garantías de pago, los cuales facilitan el intercambio de servicios médicos entre las instituciones. El IMSS ha sido eje fundamental en estos esfuerzos, proporcionado las herramientas médico-económicas para la homologación de las tarifas, y colaborará de igual forma en los esfuerzos que requiera el Sistema Nacional de Salud Universal.

Fortalecer IMSS-Oportunidades será indispensable para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, en particular a la población en situación de vulnerabilidad. Las sinergias entre el Programa IMSS-Oportunidades y el Seguro Popular facilitarán la portabilidad y la convergencia de los dos programas, potencializando el acceso efectivo de sus poblaciones objetivo. Ya existen avances en este sentido: el año pasado se firmaron acuerdos de cooperación interinstitucional con el Seguro Popular en los estados de Oaxaca y Chiapas, así como con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

(CDI). Estos esfuerzos deben redoblar. Fortalecer a IMSS-Oportunidades es darle más acceso efectivo a servicios de salud a la población vulnerable.

El fin último de la propuesta de Reforma promovida por el Gobierno Federal al Sector Salud, es garantizar el acceso efectivo a la salud. La propuesta de Reforma implica cambios de gran calado para todas las instituciones del Sector y establece las bases para una mayor integración y homologación de los servicios. El éxito de una Reforma de esta envergadura depende de la capacidad para dotar a las instituciones, ya sean existentes o creadas, de un marco de incentivos e instrumentos que las dirija a utilizar de manera efectiva sus recursos, independientemente del financiamiento que les da origen.

Consideraciones finales

La actual Administración del IMSS tiene el firme compromiso de cumplir con las instrucciones que el Presidente de la República ha definido para el Instituto: un IMSS que esté a la altura de los retos y las exigencias de la sociedad mexicana del mañana. Gracias a los enormes esfuerzos de trabajadores, derechohabientes y patrones llevados a cabo en 2013, se llegó a un punto de inflexión. Sin embargo, falta mucho por hacer. Hacia adelante el reto es institucionalizar estos esfuerzos para consolidar el saneamiento financiero del Instituto y mejorar la calidad y calidez de los servicios a los derechohabientes.

El IMSS es pilar de la arquitectura social en nuestro país. Superar las transiciones demográfica y epidemiológica, así como la compleja situación financiera del Instituto, es una responsabilidad histórica y no será tarea fácil. Sin embargo, se han tomado pasos claros y firmes en la dirección correcta. La fortaleza de la institución y el compromiso inquebrantable de sus trabajadores permitirán superar estos obstáculos y mejorar la salud y seguridad social de todos los mexicanos.

Índice de Cuadros



Introducción

Cuadro 1.	Distribución de la población según institución de protección en salud, diciembre de 2013	2
Cuadro 2.	Servicios médicos otorgados en un día típico, enero a diciembre de 2013	3
Cuadro 3.	Servicios otorgados en el Sistema Nacional de Salud, 2012	3
Cuadro 4.	Relación entre el Artículo 273 de la Ley del Seguro Social y los capítulos del Informe	6
Cuadro 5.	Otros Informes del IMSS	7

Capítulo I

Cuadro I.1.	Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2012 y 2013	16
Cuadro I.2.	Estado de actividades dictaminado al 31 de diciembre de 2012 y 2013, con el registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	18
Cuadro I.3.	Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2012 y 2013	19
Cuadro I.4.	Estado de situación financiera dictaminado al 31 de diciembre de 2012 y 2013 con el registro total del costo neto del periodo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones	21
Cuadro I.5.	Supuestos de proyecciones financieras de corto plazo, 2001-2019	25
Cuadro I.6.	Flujo de efectivo: cierre 2013, presupuesto 2014 y proyecciones de cierre 2014-2019, considerando el incremento estimado en ingresos y gastos 2014	26
Cuadro I.7.	Principales supuestos en las proyecciones de flujo de efectivo, 2020-2050	29
Cuadro I.8.	Presupuesto 2014 y proyecciones de flujo de efectivo 2015-2050	30
Cuadro I.9.	Estimación del valor presente del superávit o déficit de los seguros acumulado y su relación con el Producto Interno Bruto	32

Capítulo II

Cuadro II.1.	Estructura de los ingresos obrero-patronales del IMSS, 2012-2013	35
Cuadro II.2.	Salario diario de trabajadores asegurados por tamaño de registro patronal, 2004-2013	46
Cuadro II.3.	Salario diario por actividad económica, 2012-2013	47
Cuadro II.4.	Asegurados IMSS, 2012-2013	49
Cuadro II.5.	Población derechohabiente del IMSS, 2013	52
Cuadro II.6.	Digitalización de trámites de alto impacto 2014	57

Capítulo III

Cuadro III.1.	Prestaciones del Seguro de Riesgos de Trabajo	62
Cuadro III.2.	Tasa de ocurrencia de riesgos de trabajo, 2008	64
Cuadro III.3.	Estado de actividades del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2013	72

Cuadro III.4.	Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	74
Cuadro III.5.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	76
Cuadro III.6.	Balance actuarial a 100 años del Seguro de Riesgos de Trabajo, al 31 de diciembre de 2013	79
Cuadro III.7.	Hipótesis del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2 para el periodo de 100 años	80
Cuadro III.8.	Resultados del escenario base y de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	80

Capítulo IV

Cuadro IV.1.	Prestaciones del Seguro de Invalidez y Vida	85
Cuadro IV.2.	Estado de actividades del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2013	92
Cuadro IV.3.	Resumen de las proyecciones demográficas de la valuación actuarial del Seguro de Riesgos de Trabajo	95
Cuadro IV.4.	Resumen de las proyecciones financieras de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida	97
Cuadro IV.5.	Balance actuarial a 100 años del Seguro de Invalidez y Vida, al 31 de diciembre de 2013	100
Cuadro IV.6.	Hipótesis del escenario base y de los escenarios de riesgo 1 y de riesgo 2 para el periodo de 100 años	100
Cuadro IV.7.	Resultados de los escenarios de sensibilidad de la valuación actuarial del Seguro de Invalidez y Vida	101

Capítulo V

Cuadro V.1.	Prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad	107
Cuadro V.2.	Estado de actividades del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2013	108
Cuadro V.3.	Presupuesto 2014, cierre estimado 2014 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de Enfermedades y Maternidad	110
Cuadro V.4.	Presupuesto 2014, cierre estimado 2014 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado del Seguro de Enfermedades y Maternidad, Trabajadores Activos	112
Cuadro V.5.	Presupuesto 2014, cierre estimado 2014 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados	114
Cuadro V.6.	Cierre 2014 y proyección 2015-2050 del déficit financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad y de sus coberturas	116
Cuadro V.7.	Incremento necesario en la prima de contribución para obtener equilibrio financiero en el Seguro de Enfermedades y Maternidad y en sus coberturas	116
Cuadro V.8.	10 Principales motivos de consultas de Medicina Familiar en el IMSS, 2013	118
Cuadro V.9.	10 Principales motivos de consultas de Urgencias en el IMSS, 2013	118
Cuadro V.10.	10 Principales motivos de consultas de Especialidades en el IMSS, 2013	118
Cuadro V.11.	10 Principales motivos de egresos hospitalarios en camas censables en el IMSS, 2013	119
Cuadro V.12.	Esquema de vacunación por grupo de edad	120
Cuadro V.13.	Total de atenciones por emergencia obstétrica otorgadas en el IMSS	131

Capítulo VI

Cuadro VI.1.	Prestaciones del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	146
Cuadro VI.2.	Beneficiarios del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	147
Cuadro VI.3.	Estado de actividades del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, al 31 de diciembre de 2013	148
Cuadro VI.4.	Presupuesto 2014, cierre 2014 y proyección 2015-2050 de ingresos, gastos y resultado financiero del Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales	149
Cuadro VI.5.	Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS, 2003-2013	153
Cuadro VI.6.	Estadísticas del servicio de guarderías del IMSS por delegación, a diciembre de 2013	156
Cuadro VI.7.	Estados de ingresos y gastos del ramo de Guarderías, 2006-2013	157
Cuadro VI.8.	Resultado financiero del Sistema Nacional de Velatorios, 2006-2013	159
Cuadro VI.9.	Resultado 2013 y Proyección 2014-2019 del Sistema Nacional de Velatorios	160
Cuadro VI.10.	Estado de resultados comparativo de los Centros Vacacionales, 2006-2013	161
Cuadro VI.11.	Resumen financiero de cada Centro Vacacional en 2013	163
Cuadro VI.12.	Resumen financiero de los Centros Vacacionales de 2013 y proyección 2014-2019	164

Capítulo VII

Cuadro VII.1.	Estado de actividades del Seguro de Salud para la Familia, al 31 de diciembre de 2013	169
---------------	---	-----

Capítulo VIII

Cuadro VIII.1.	Evolución del Programa IMSS-Oportunidades	175
Cuadro VIII.2.	Consultas otorgadas a población con Seguro Popular	177
Cuadro VIII.3.	Ejercicio Presupuestal 2013	177
Cuadro VIII.4.	Plantilla de personal a diciembre 2013	177
Cuadro VIII.5.	Principales resultados de la prevención y control de la tuberculosis	187
Cuadro VIII.6.	Principales resultados de la prevención y control de la diabetes mellitus	188

Capítulo IX

Cuadro IX.1.	Propósitos de las reservas y del Fondo Laboral	196
Cuadro IX.2.	Régimen de inversión	197
Cuadro IX.3.	Posición de las reservas y del Fondo Laboral, 2012 y 2013	199
Cuadro IX.4.	Asignación estratégica de activos de la Reserva General Financiera y Actuarial, las Reservas Financieras y Actuariales de cada ramo de seguro y cobertura, y la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2013	200
Cuadro IX.5.	Evolución de la inversión en Afore XXI Banorte	201
Cuadro IX.6.	Inversiones en acciones de empresas afines al Instituto, Afore XXI Banorte	201
Cuadro IX.7.	Cuentas de trabajadores y recursos administrados por Afore XXI Banorte, cifras al 31 de diciembre de 2013	202
Cuadro IX.8.	Generación de liquidez, Subcuenta 1 del Fondo Laboral y la Reserva Financiera y Actuarial del Seguro de Enfermedades y Maternidad, al 31 de diciembre de 2013	203
Cuadro IX.9.	Productos financieros por reserva y Fondo Laboral, 2012 y 2013	204
Cuadro IX.10.	Valor en riesgo de mercado y de crédito, al cierre de 2013	204

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” por prima de antigüedad e indemnizaciones	210
Cuadro X.2.	Proyección 2014-2095 de trabajadores IMSS que recibirán pagos por prima de antigüedad y/o indemnizaciones	211
Cuadro X.3.	Principales resultados de la valuación actuarial por prima de antigüedad e indemnizaciones, al 31 de diciembre de 2013, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3	212
Cuadro X.4.	Beneficios por terminación y por retiro valuados conforme a la Norma de Información Financiera D-3 “Beneficios a los Empleados”	214
Cuadro X.5.	Población de trabajadores considerados en la valuación del pasivo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2013	215
Cuadro X.6.	Población de jubilados y pensionados del IMSS considerada en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2013	215
Cuadro X.7.	Proyección 2014-2095 de jubilados y pensionados del IMSS	217
Cuadro X.8.	Valor presente de obligaciones totales, al 31 de diciembre de 2013	219
Cuadro X.9.	Principales resultados de la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2013, de acuerdo con la Norma de Información Financiera D-3	221
Cuadro X.10.	Población de trabajadores del Programa IMSS-Oportunidades considerados en la valuación del pasivo del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2013	222
Cuadro X.11.	Jubilados y pensionados del Programa IMSS-Oportunidades considerados en la valuación actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, al 31 de diciembre de 2013	222
Cuadro X.12.	Proyecciones 2014-2095 de jubilados y pensionados del Programa IMSS-Oportunidades	224
Cuadro X.13.	Contribuciones y requisitos establecidos para poder otorgar a los trabajadores que se contrataron bajo el Convenio de octubre de 2005 los beneficios de una jubilación por años de servicio o una pensión por edad	225
Cuadro X.14.	Saldo acumulado en la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2013	226
Cuadro X.15.	Balance actuarial de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, al 31 de diciembre de 2013	227
Cuadro X.16.	Resumen financiero del Sistema Nacional de Tiendas, 2007-2013	237
Cuadro X.17.	Hipótesis utilizadas en la proyección de los ingresos y gastos del Sistema Nacional de Tiendas, 2014-2019	238
Cuadro X.18.	Situación financiera del Sistema Nacional de Tiendas, proyección 2014-2019	238

Capítulo XI

Cuadro XI.1.	Obras médicas concluidas	250
Cuadro XI.2.	Obras médicas iniciadas	251
Cuadro XI.3.	Infraestructura médica por nivel de atención y tipo de unidad, 2012 y 2013	252
Cuadro XI.4.	Unidades médicas de tercer nivel y unidades complementarias, 2013	253
Cuadro XI.5.	Unidades médicas por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2013	254

Cuadro XI.6.	Unidades médicas del Programa IMSS-Oportunidades por región, delegación, nivel de atención y tipo de unidad, 2013	256
Cuadro XI.7.	Inmuebles no médicos propiedad del IMSS y rentados por tipo de función del inmueble, 2012 y 2013	257
Cuadro XI.8.	Número de bienes clasificados por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades, al cierre de 2013	259
Cuadro XI.9.	Equipo médico adquirido en 2013 por categoría funcional del Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades	260

Capítulo XII

Cuadro XII.1.	Digitalización de trámites de alto impacto 2014	278
---------------	---	-----

Índice de Gráficas



Introducción

Gráfica 1.	Uso de Reservas y Fondo Laboral	4
------------	---------------------------------	---

Capítulo I

Gráfica I.1.	Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo en el IMSS, 1995-2013	10
Gráfica I.2.	Índice Nacional de Precios al Consumidor y precios del componente medicamentos	11
Gráfica I.3.	Distribución de la población en México por grupo de edad, 1970 y 2010	12
Gráfica I.4.	Composición de la población derechohabiente adscrita a médico familiar por grupo de edad, 1991-2013	12
Gráfica I.5.	Crecimiento de consulta externa de Medicina Familiar por grupo de edad, 1986-2013	13
Gráfica I.6.	Defunciones por grupo de edad en el IMSS, 1976-2013	14
Gráfica I.7.	Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2013	15
Gráfica I.8.	Participación en el gasto total	22
Gráfica I.9.	Tendencia del gasto total, 2009-2018	24
Gráfica I.10.	Suficiencia Financiera del IMSS, Informes al Ejecutivo de 2011 a 2014	28
Gráfica I.11.	Uso de reservas y Fondo, y Proyecciones 2014	29

Capítulo II

Gráfica II.1.	Ingresos obrero-patronales del IMSS, 2006-2013	35
Gráfica II.2.	Correlación entre puestos de trabajo e ingreso real del IMSS, 2007-2013	36
Gráfica II.3.	Producto Interno Bruto real y puestos de trabajo en el IMSS, 1995-2013	37
Gráfica II.4.	Elasticidad entre los puestos de trabajo del IMSS y el Producto Interno Bruto real, 1994-2013	38
Gráfica II.5.	Estructura del empleo permanente y eventual, 2004-2013	40
Gráfica II.6.	Brecha salarial entre puestos permanentes y eventuales, 2004-2013	40
Gráfica II.7.	Participación de puestos de trabajo por región con respecto al total nacional, 2004-2013	41
Gráfica II.8.	Variación anual de puestos de trabajo por delegación, 2012-2013	41
Gráfica II.9.	Distribución de puestos de trabajo por tamaño de registro patronal, 2004-2013	42
Gráfica II.10.	Puestos de trabajo por actividad económica, 2004-2013	43
Gráfica II.11.	Salario diario de trabajadores asegurados, 2004-2013	44
Gráfica II.12.	Distribución salarial de trabajadores asegurados en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, 2004 y 2013	45
Gráfica II.13.	Distribución salarial de trabajadores asegurados en número de veces el salario mínimo del Distrito Federal, 2013	45
Gráfica II.14.	Estructura de puestos de trabajo por rango salarial y actividad económica, 2013	47
Gráfica II.15.	Salario diario de trabajadores asegurados en Número de Veces el Salario Mínimo por delegación, 2013	48

Gráfica II.16.	Estructura de los asegurados trabajadores y no trabajadores del IMSS, 2004-2013	50
Gráfica II.17.	Pensionados, 2004-2013	51
Gráfica II.18.	Población derechohabiente potencial y adscritos al IMSS 2004-2013	53
Gráfica II.19.	Población en edad de trabajar, asegurados totales y trabajadores, 2004-2013	54

Capítulo III

Gráfica III.1.	Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Riesgos de Trabajo	63
Gráfica III.2.	Gasto en subsidios por riesgos de trabajo, 2006-2013	66
Gráfica III.3.	Certificados y días de incapacidad del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2006-2013	66
Gráfica III.4.	Indemnizaciones globales y gasto erogado, 2006-2013	68
Gráfica III.5.	Pensiones provisionales vigentes y gasto, 2006-2013	68
Gráfica III.6.	Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Riesgos de Trabajo por la Ley de 1973, 2006-2013	69
Gráfica III.7.	Rentas vitalicias y sumas aseguradas de Seguro de Riesgos de Trabajo, 1997-2007	69
Gráfica III.8.	Excedentes de ingresos sobre gastos del Seguro de Riesgos de Trabajo, 2004-2013	73
Gráfica III.9.	Prima de gasto y prima media nivelada del Seguro de Riesgos de Trabajo a 100 años como porcentaje del salario base de cotización	78
Gráfica III.10.	Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Riesgos de Trabajo	78

Capítulo IV

Gráfica IV.1.	Eventos que generan prestaciones en dinero en el Seguro de Invalidez y Vida	86
Gráfica IV.2.	Gasto en subsidios por enfermedad general, 2006-2013	88
Gráfica IV.3.	Certificados y días de incapacidad del Seguro de Enfermedad General, 2006-2013	88
Gráfica IV.4.	Pensiones temporales vigentes y gasto, 2006-2013	89
Gráfica IV.5.	Pensiones definitivas vigentes y gasto en el Seguro de Invalidez y Vida por Ley del Seguro Social de 1973, 2006-2013	90
Gráfica IV.6.	Rentas vitalicias y sumas aseguradas del Seguro de Invalidez y Vida, 1997-2013	90
Gráfica IV.7.	Excedentes de ingresos sobre gastos del Seguro de Invalidez y Vida, 2004-2013	94
Gráfica IV.8.	Prima de gasto y prima media nivelada del Seguro de Invalidez y Vida a 100 años como porcentaje del salario base de cotización	99
Gráfica IV.9.	Financiamiento de los montos constitutivos por los saldos acumulados en las cuentas individuales, Seguro de Invalidez y Vida	99

Capítulo V

Gráfica V.1.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2014-2050	111
Gráfica V.2.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Asegurados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2014-2050	114
Gráfica V.3.	Prima de reparto, de contribución y media nivelada de la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados del Seguro de Enfermedades y Maternidad, 2014-2050	115
Gráfica V.4.	Principales problemas de salud, según Años de Vida Saludable Perdidos Ajustados por Discapacidad en derechohabientes del IMSS, 2010	117
Gráfica V.5.	Coberturas de vacunación IMSS, 2000-2013	121
Gráfica V.6.	Número de derechohabientes que recibieron revisión anual PREVENIMSS, 2006-2013	122

Gráfica V.7.	Tendencia de obesidad en niños, 2006-2013	123
Gráfica V.8.	Productividad en Unidades Médicas de Atención Ambulatoria, comparativo 2012-2013	127
Gráfica V.9.	Tasa de infecciones nosocomiales por 100 egresos en las Unidades Médicas del IMSS, 2006-2013	130
Gráfica V.10.	Razón de muerte materna, 2002-2013	132
Gráfica V.11.	Número de detecciones de enfermedades crónicas no transmisibles, 2006-2013	134
Gráfica V.12.	Tendencias de mortalidad por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2013	136
Gráfica V.13.	Tendencias de mortalidad por cáncer cérvico-uterino y de cáncer de mama, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2013	136
Gráfica V.14.	Correlación entre cobertura de detección y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, IMSS, 2004-2013	137
Gráfica V.15.	Tendencias de mortalidad por SIDA, en derechohabientes y no derechohabientes del IMSS, 1998-2013	138
Gráfica V.16.	Evolución del número de alumnos en los cursos de posgrado en el IMSS	141
Gráfica V.17.	Evolución del factor de impacto de <i>Archives of Medical Research</i>	142

Capítulo VI

Gráfica VI.1.	Tasas de participación laboral por sexo, 1970-2013	150
Gráfica VI.2.	Población de 0 a 6 años, según tipo de persona que cuida al menor, 2000 y 2013	150
Gráfica VI.3.	Promedio de horas semanales de trabajo remunerado de la población femenina, por número de hijos, 2012	151
Gráfica VI.4.	Servicios funerarios otorgados en el Sistema Nacional de Velatorios, 2007-2013	158
Gráfica VI.5.	Población usuaria anual de los Centros Vacacionales, 2006-2013	161

Capítulo VII

Gráfica VII.1.	Asegurados al Seguro de Salud para la Familia, a diciembre de cada año, 2006-2013	170
Gráfica VII.2.	Comparativo de la distribución de la población afiliada al Seguro de Salud para la Familia respecto a la del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en 2013	170
Gráfica VII.3.	Cuotas anuales y gasto por asegurado en los seguros de Salud para la Familia, de Enfermedades y Maternidad y en un esquema de aseguramiento privado	172

Capítulo VIII

Gráfica VIII.1.	Cobertura del Programa IMSS-Oportunidades 2013	176
Gráfica VIII.2.	Presupuesto 2008-2013	178
Gráfica VIII.3.	Red comunitaria	179
Gráfica VIII.4.	Coberturas de vacunación en niños menores de 5 años, 2007-2013	180
Gráfica VIII.5.	Mortalidad en menores de 5 años	181
Gráfica VIII.6.	Tendencia de la razón de muerte materna País, IMSS e IMSS-Oportunidades, 2007-2013	182
Gráfica VIII.7.	Partos atendidos por parteras	183
Gráfica VIII.8.	Consejerías otorgadas por parteras	183
Gráfica VIII.9.	Adolescentes aceptantes de métodos anticonceptivos	185
Gráfica VIII.10.	Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino, 2007-2013	185

Gráfica VIII.11. Curva epidémica de brote de diarreas/cólera en localidades cubiertas por IMSS-Oportunidades en Hidalgo, 2013	186
Gráfica VIII.12. Vigilancia de casos de tuberculosis por voluntarios	188
Gráfica VIII.13. Egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas, 2007-2013	189

Capítulo IX

Gráfica IX.1. Estructura de las reservas y Fondo Laboral del IMSS, de acuerdo con la Ley del Seguro Social	194
Gráfica IX.2. Evolución del saldo de las reservas y Fondo Laboral, 1998-2013	198
Gráfica IX.3. Evolución del saldo de la Subcuenta 2 del Fondo Laboral, 2006-2013	198

Capítulo X

Gráfica X.1. Proyección del número de trabajadores y pensionados	216
Gráfica X.2. Flujo de gasto anual del Régimen de Jubilaciones y Pensiones, total y a cargo del IMSS-Patrón	218
Gráfica X.3. Distribución de valor presente de obligaciones totales, al 31 de diciembre de 2013 Régimen de Jubilaciones y Pensiones	220
Gráfica X.4. Estimación de las aportaciones anuales de los trabajadores y de los pagos anuales por pensiones y jubilaciones	228
Gráfica X.5. Comparativos pasivos contingentes, diciembre 2010-2013	228
Gráfica X.6. Demandas laborales notificadas, que representan pasivo contingente, diciembre 2012-2013	230
Gráfica X.7. Laudos favorables, pasivo contingente, diciembre 2012 y diciembre 2013	230
Gráfica X.8. Demandas laborales notificadas, que representan pasivo contingente, diciembre 2012-2013	230
Gráfica X.9. Pasivos contingentes en juicios fiscales y administrativos, diciembre 2012-2013	231
Gráfica X.10. Comparativo pasivos contingentes en juicios fiscales y administrativos, IMSS demandado, diciembre 2012-2013	231
Gráfica X.11. Comparativo pasivos contingentes en juicios fiscales y administrativos, IMSS actor, diciembre 2012-2013	232
Gráfica X.12. Comparativo pasivos contingentes en juicios civiles y mercantiles, diciembre 2012-2013	233
Gráfica X.13. Juicios penales en trámite, diciembre 2012-2013	234
Gráfica X.14. Número de clientes atendidos en el Sistema Nacional de Tiendas, 2002-2013	235

Capítulo XI

Gráfica XI.1. Optimización de los inventarios de medicamentos y comportamiento del número de recetas atendidas, 2012-2013	242
Gráfica XI.2. Empresas y Pequeñas y Medianas Empresas nacionales adjudicadas en compra consolidada	244
Gráfica XI.3. Importe de las altas de mobiliario y equipo médico del Régimen Ordinario, 2003-2013	259

Capítulo XII

Gráfica XII.1. Uso de Reservas, 2007-2013	268
Gráfica XII.2. Tendencia del gasto, 2009-2018	277



Informe de los Auditores Independientes

A la Secretaría de la Función Pública

A la H. Asamblea General

Al H. Consejo Técnico

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 auditado los estados financieros adjuntos del Instituto Mexicano del Seguro Social (el Instituto), Organismo Público Descentralizado integrante del Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal, que comprenden los estados de situación financiera al 31 de diciembre de 2013 y 2012, y los estados de actividades, de variaciones en el patrimonio y de flujos de efectivo, correspondientes a los años terminados en dichas fechas; así como, el estado analítico del activo y el estado analítico de la deuda y otros pasivos al 31 de diciembre de 2013, y el estado de cambios en la situación financiera por el año terminado en esa fecha; asimismo, el informe sobre pasivos contingentes, el resumen de las políticas contables significativas y otra información explicativa. Los estados financieros han sido preparados por la administración del Instituto de conformidad con las disposiciones en materia de información financiera que se indican en la Nota 2 a los estados financieros que se acompañan y que están establecidas en la Ley General de Contabilidad Gubernamental y en el Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal emitido por la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Responsabilidad de la Administración del Instituto en relación con los estados financieros

2. La administración del Instituto es responsable de la preparación de los estados financieros adjuntos de conformidad con las reglas contables indicadas en el párrafo anterior y que se mencionan en la Nota 2 a los estados financieros que se acompañan, y del control interno que la administración consideró necesario para permitir la preparación de estos estados financieros libres de desviación material, debido a fraude o error.

Responsabilidad del auditor

3. Nuestra responsabilidad es expresar una opinión sobre los estados financieros adjuntos basada en nuestras auditorías. Hemos llevado a cabo nuestras auditorías de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría. Dichas normas exigen que cumplamos los requerimientos de ética, así como que planeemos y ejecutemos la auditoría con el fin de obtener una seguridad razonable sobre si los estados financieros están libres de desviación importante.
4. Una auditoría conlleva la aplicación de procedimientos para obtener evidencia de auditoría sobre los importes y la información revelada en los estados financieros. Los procedimientos seleccionados dependen del juicio del auditor, incluida la evaluación de

los riesgos de desviación importante en los estados financieros, debido a fraude o error. Al efectuar dicha evaluación del riesgo, el auditor tiene en cuenta el control interno relevante para la preparación de los estados financieros por parte de la administración del Instituto, con el fin de diseñar los procedimientos de auditoría que sean adecuados en función de las circunstancias, y no con la finalidad de expresar una opinión sobre la eficacia del control interno de la entidad. Una auditoría también incluye la evaluación de la adecuación de las políticas contables aplicadas y de la razonabilidad de las estimaciones contables realizadas por la administración, así como la evaluación de la presentación de los estados financieros en su conjunto.

5. Consideramos que la evidencia de auditoría que hemos obtenido en nuestras auditorías proporciona una base suficiente y adecuada para emitir nuestra opinión de auditoría.

Opinión

6. En nuestra opinión, los estados financieros adjuntos del Instituto Mexicano del Seguro Social, Organismo Público Descentralizado integrante del Sector Paraestatal de la Administración Pública Federal, mencionados en el primer párrafo de este informe, al 31 de diciembre de 2013 y 2012, y por los años terminados en esas fechas, han sido preparados, en todos los aspectos importantes, de conformidad con las disposiciones en materia financiera que se mencionan en la Nota 2 a los estados financieros adjuntos.

Base de preparación contable y utilización de este informe

7. Sin que ello tenga efecto en nuestra opinión, llamamos la atención sobre la Nota 2 a los estados financieros adjuntos, en la que se describen las bases contables utilizadas para la preparación de los mismos. Dichos estados financieros fueron preparados para cumplir con los requerimientos normativos gubernamentales a que está sujeto el Instituto y para ser integrados en el Reporte de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal, los cuales están presentados en los formatos que para tal efecto fueron establecidos por la Unidad de Contabilidad Gubernamental de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; consecuentemente, éstos pueden no ser apropiados para otra finalidad.

Párrafos de énfasis

8. Como se menciona en la Nota 1.01 de los estados financieros, referente a la problemática del Instituto, en los apartados de las expectativas presentadas en el "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012-2013", 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, y guarderías y prestaciones sociales, presentan superávit para el 2013 y 2012; 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 mayor déficit, 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 \$1.7 y \$1.5 billones de pesos en 2013 y 2012, respectivamente, ver Nota 18-d. Al 31 de diciembre de 2013 y 2012, la inversión de la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual (FCOLCLC) tenía un saldo de \$1,977 y \$2,322 millones de pesos, respectivamente, provenientes de las aportaciones tripartitas. Desde que comenzó a constituirse este fondo no se habían retirado recursos; sin embargo, en 2013, 2012, 2011, 2010 y 2009 se utilizaron \$1,977, \$17,250, \$18,035, \$9,900 y \$4,403 millones de pesos, respectivamente, para el pago de la nómina de jubilaciones y pensiones de esos años. Al 31 de diciembre de 2013, el fondo presenta un saldo de \$94 millones de pesos, ver Nota 8-g. 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.

Prieto, Ruiz de Velasco y Cia., S.C.



C.P.C. Erwin Alejandro Ramírez Gasca
Socio

México, D.F., a 12 de marzo de 2014.

FAR ELL

GRUPO DE CONSULTORIA S.C.

Human
Resources | Latin America
Network

17 de junio 2014

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PASEO DE LA REFORMA No. 476
COLONIA JUAREZ
06600 MEXICO, D.F.**

Estimados Señores:

Nos permitimos presentar nuestro Dictamen de Auditoría Actuarial al 31 de diciembre de 2013, en los términos establecidos en el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales que celebramos el 14 de enero del año en curso.

La elaboración de la "Valuación Financiera y Actuarial"; del "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión, sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)"; y del "Informe Financiero y Actuarial" son responsabilidad del propio Instituto.

Los resultados de las valuaciones actuariales y proyecciones financieras son auditados por un despacho externo y se reportan en los dos Informes mencionados en el párrafo anterior, en concordancia con lo que mencionan los Artículos 261 y 273 de la Ley del Seguro Social.

En estos términos, nuestro trabajo consistió en proporcionar una opinión profesional independiente, relativa a los aspectos de tipo técnico-actuarial considerados para efectuar la Valuación Financiera y Actuarial, así como a la razonabilidad de los resultados obtenidos.

Adicionalmente, estamos incluyendo nuestra opinión sobre la situación financiera y actuarial de la Institución y los riesgos que enfrenta.

En su oportunidad, proporcionaremos el Informe Técnico de Auditoría Actuarial que detalla las actividades que llevó a cabo nuestra firma con el propósito de dictaminar los estudios financieros y actuariales que prepara el Instituto Mexicano del Seguro Social.

CERTIFICACIÓN ACTUARIAL

Objetividad del dictamen actuarial.

Nuestro trabajo fue desarrollado cumpliendo con las disposiciones del Código de Ética y Conducta del Actuario, emitido por el Colegio Nacional de Actuarios, A.C., así como con lo establecido por el Estándar de Práctica Actuarial Número 2, Análisis Financiero de Programas de Seguridad Social, de la Asociación Internacional de Actuarios¹ en su sección 2.5, Auditor Externo Independiente (2.5. Independent Expert Review, International Standard of Actuarial Practice 2, Financial Analysis of Social Security Programs, International Actuarial Association).

La auditoría que realizamos se llevó a cabo con toda objetividad, no habiendo participado en ninguna forma en el desarrollo de los trabajos sujetos de revisión. Tampoco existió ningún tipo de relación con autoridades internas o externas al Instituto, ni con los actuarios encargados de elaborar la Valuación Financiera y Actuarial, que pudieran vulnerar nuestra capacidad profesional para emitir este dictamen.

Técnica de Auditoría Actuarial.

Para llevar a cabo esta revisión, nuestra firma utilizó la técnica de auditoría actuarial conocida como "Auditoría de Alcance Completo o de Nivel Uno"² que consiste en replicar en su totalidad los resultados de una Valuación Actuarial a una cierta fecha, utilizando la misma información, las mismas hipótesis y un procedimiento de cálculo actuarial similar.

Asimismo, conforme a lo que establece la Técnica de Auditoría referida, revisamos que la metodología empleada en la Valuación se apegara a los estándares de práctica actuarial generalmente utilizados para Instituciones de Seguridad Social, así como la consistencia de la información y la razonabilidad de las hipótesis actuariales.

Metodología de la Valuación Financiera y Actuarial.

Valuación Actuarial de Prestaciones de Largo Plazo de los Seguros de Riesgos de Trabajo e Invalidez y Vida.- Se apegar a la metodología que establece el Estándar de Práctica Actuarial Número 2 citado anteriormente.

¹ El Colegio Nacional de Actuarios, A.C. es miembro acreditado (full member) de la Asociación Internacional de Actuarios.

² GFOA (Government Finance Officer Association), Best Practice Actuarial Audits (2014).

Modelo Financiero de Corto Plazo.- Utiliza modelos de tendencia basados en información de tipo histórico; valores del Presupuesto Institucional; valores proporcionados por diferentes áreas del Instituto en función de su experiencia y en las políticas que fija la Administración del IMSS.

Modelo Integral Financiero y Actuarial (MIFA).- Incorpora los resultados del Modelo Financiero de Corto Plazo para los primeros seis años de proyección. Para años posteriores, utiliza los resultados de las Valuaciones Actuariales de Prestaciones de Largo Plazo, si bien con ciertos ajustes, modelos de tendencia y valores proporcionados por diferentes áreas del Instituto, con base en su experiencia histórica o en las políticas que fija la Administración.

Para la Valuación Actuarial de este año, se modificó la metodología utilizada en años anteriores, con el propósito de obtener resultados con un mayor nivel de confiabilidad.

Tomando en cuenta el peso específico que tiene el Seguro de Enfermedades y Maternidad en las finanzas institucionales, y con relación al Modelo Financiero de Corto Plazo y al Modelo Integral Financiero y Actuarial, recomendamos la revisión y en su caso adopción, de la metodología propuesta por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) por sus siglas en inglés³ para predicciones en salud.

El documento de la OECD propone cuatro diferentes metodologías suficientemente robustas y probadas en 25 países que permiten desde la estimación del crecimiento de los gastos bajo un escenario inercial, hasta el impacto financiero de cambios potenciales en las políticas de salud.

Por otra parte, recomendamos revisar la metodología de distribución de gastos del RJP entre los diferentes seguros, en virtud del alto nivel de gasto que se carga al Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Información utilizada.

Incluye, principalmente, disposiciones legales vigentes, información sobre trabajadores cotizantes y pensionados, de tipo estadístico y financiero, así como información de tipo macroeconómico.

³ El estudio denominado "Un Análisis Comparativo de Métodos de Pronóstico en Salud" (A comparative analysis of health forecasting methods) tiene como objetivo compartir entre los países miembros lo que se conoce como "mejores prácticas".

La Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales (CARI) prepara una nota metodológica sobre la construcción de la información de trabajadores activos y pensionados que se utiliza en la Valuación Financiera y Actuarial, metodología que fue auditada por nuestra firma y que consideramos adecuada. La validación de la información fuente o subyacente que, a su vez, recibe la CARI para aplicar la metodología mencionada, no es objeto de validación por parte de nuestra firma.

Bajo la consideración anterior, confirmamos que la información es razonablemente consistente con la de años anteriores y con datos utilizados para otros fines.

Hipótesis actuariales.

Conforme a lo que establece el Estándar de Práctica Actuarial Número 2, se considera que las hipótesis de tipo financiero y demográfico adoptadas corresponden a "supuestos neutrales", es decir, supuestos acordes a las expectativas actuales, con los que se espera que los resultados de las proyecciones demográficas y financieras no subestimen y tampoco sobrestimen el importe de los pagos por beneficios y prestaciones que deberán hacerse durante el período de proyección.

Asimismo, son consistentes entre sí y también presentan consistencia en el corto, mediano y largo plazo, tanto para el ámbito demográfico, como financiero.

Las hipótesis utilizadas en la Valuación para estimar la entrada de los trabajadores activos a los diferentes tipos de pensión fueron generadas a partir de la experiencia institucional.

Para la determinación de los montos constitutivos de las pensiones de los Seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos de Trabajo, se emplearon las bases biométricas emitidas específicamente para el cálculo de dichos montos constitutivos, por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en su Circular Única.

Consideramos importante que se mantenga de manera permanente la recopilación y el procesamiento de la información correspondiente a la experiencia sobre la elección de los asegurados en los casos de las pensiones de Invalidez y Vida y de Riesgos de Trabajo, con respecto a la Ley 73 o bien a la Ley 97, con el fin de determinar, cada vez con mayor precisión, las obligaciones a cargo del Instituto (Ley 97).

Resultados.

Como ya se mencionó y como parte central del proceso de auditoría, nuestra firma replicó en su totalidad los resultados de la Valuación Financiera y Actuarial al 31 de diciembre de 2013 elaborada por la Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales (CARI) del IMSS. Considerando la legislación vigente, utilizando la misma información y las mismas hipótesis actuariales de cálculo, destacamos que no se apreciaron diferencias significativas que hubieran llamado nuestra atención o que fueran motivo de preocupación, entre los cálculos elaborados internamente por el IMSS y los producidos por la Auditoría Actuarial.

Durante el proceso de auditoría, se mantuvo abierto, en forma permanente, un canal de comunicación con la CARI, lo que permitió discutir, oportunamente, diferencias de criterio o de metodología, con la finalidad de obtener resultados con diferencias no significativas.

Certificación.

Tomando en cuenta la legislación vigente, la información utilizada, la metodología y las hipótesis de cálculo empleadas para su elaboración, certificamos que los resultados de la Valuación Financiera y Actuarial al 31 de diciembre de 2013, reflejan, razonablemente, la situación financiera y actuarial del Instituto, a la fecha de referencia y durante el periodo de proyección contemplado.

SITUACIÓN FINANCIERA Y ACTUARIAL DEL INSTITUTO Y LOS RIESGOS QUE ENFRENTA.

Desde anteriores Informes se han resaltado los problemas de tipo financiero que atraviesa el Instituto debido, principalmente, a dos situaciones significativas: el desequilibrio financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad, en sus dos vertientes (trabajadores activos y pensionados) y el nivel siempre creciente de gastos, derivado del cuantioso pasivo actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados del IMSS (RJP).

Los ingresos del Instituto están basados, fundamentalmente, en las cuotas y contribuciones que establece la Ley. En virtud de que su modificación requiere de un cambio en la Ley, actualmente, la única forma de mejorar la situación financiera de este seguro consiste necesariamente en establecer medidas que permitan revertir o detener la tendencia creciente del gasto.

Como consecuencia de la implantación de este tipo de medidas, al 31 de diciembre de 2013, el Instituto reportó una substancial mejoría financiera, al pasar de 7,246 millones de pesos de Déficit en el año 2012 a 5,528 millones de pesos de Excedente en el año 2013, en ambos casos antes de la constitución de las reservas a las que lo obliga la Ley.

FAR ELL

INSTITUTO DE CONSULTORIA S.C.

Human
Resources Latin America
Network

Un resultado importante a destacar, es el que se refiere al diferimiento en un año, del 2016 al 2017, del período en el que el Instituto enfrentará insuficiencia financiera en su conjunto.

Frente al riesgo que implica el gasto creciente del RJP, se recomienda analizar, como lo han hecho ya otras instituciones, modalidades para la disminución del pasivo actuarial, que puedan también resultar atractivas para los trabajadores.

Por último, hacemos notar que si bien en los Seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos de Trabajo, se observa suficiencia financiera por lo menos hasta el año 2050, ésta podría verse afectada frente a una disminución mayor a la observada en las tasas de interés para la compra de los montos constitutivos de estos Seguros, ya que en ese caso, el IMSS tendría que transferir mayores cantidades de recursos propios a la Aseguradoras, para que los trabajadores reciban los beneficios que por Ley les corresponden.

Atentamente,



Act. Rosa María Farell Campa
Socia Directora
Cédula Profesional Número 258213
Perito Valuador de Pasivos Contingentes 004-258213
Actuario Dictaminador de Planes de Pensiones
ante CONSAR No. CNSAR/VJ/DGNC/RA/091/2013



30 de abril de 2014

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Gobernador Tiburcio Montiel No 15, 4° piso,
Col. San Miguel Chapultepec, C.P. 11850
México, D.F.**

Con base en lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicios número P45009 celebrado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Lockton México 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 e Indemnizaciones 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 2013 y Proyecciones para 2014, 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 2012.

Cabe señalar que en la valuación actuarial, el gasto del IMSS para afrontar sus obligaciones laborales de 2013 (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 difiere el gasto en ejercicios futuros. Esto obedece a que la práctica contable del Instituto se apega a la Norma de Información Financiera Gubernamental General para el Sector Paraestatal 05 (NIFGG SP 05) de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.



En los Estados Financieros del Instituto, de acuerdo a la NIFGG SP 05, el cargo a resultados del RJP correspondiente al ejercicio de 2013 considera los siguientes conceptos: pago de la nómina de pensionados (descontando las aportaciones de los trabajadores, el importe de las pensiones bajo la Ley del Seguro Social de 1973 con cargo al Gobierno Federal y el uso de recursos de la subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual), provisión de obligaciones contractuales y la aportación del instituto al RJP.

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 e Indemnizaciones de sus Trabajadores, coinciden con el cargo a resultados reportado en la Valuación Actuarial al 31 de diciembre de 2013.

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 e Indemnizaciones 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 2013 y Proyecciones para 2014, 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 2013 con respecto a su obligación laboral por el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y Prima de Antigüedad e Indemnizaciones de sus trabajadores.

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

19 de Mayo de 2014

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Governador Tiburcio Montiel No 15, 4º piso,
Col. San Miguel Chapultepec, C.P. 11850
México, D.F.**

De acuerdo con el Contrato de Prestación de Servicios Profesionales de Consultoría Actuarial No. 450009, celebrado entre Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y nuestra Firma el 14 de enero de 2014, me permito señalar lo siguiente en relación al producto 2 “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 2013”.

El estudio actuarial en referencia fue realizado con base en la información proporcionada por el IMSS, con respecto a: i) los 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) los pensionados al 31 de diciembre de 2013 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 2013 de la subcuenta 2A del FCOLCLC, la cual está constituida por las aportaciones realizadas por los trabajadores contratados por el IMSS antes del 16 de octubre 2005, ii) el saldo acumulado más los rendimientos al 31 de diciembre de 2013 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 16 de octubre de 2005; y, iv) las aportaciones futuras de los trabajadores contratados por el IMSS conforme al citado Convenio Adicional.

LOCKTON MÉXICO, AGENTE DE SEGUROS Y DE FIANZAS, S.A. DE CV.

Av. Reforma No. 481 Piso 19, Edif. Cruz Manca, Del. Cuajimalpa, 05149/México, D.F.

Tel: (55) 5800800/01 800 801 3325 www.lockton.com.mx



El estudio no certifica el detalle mensual de las aportaciones realizadas a diciembre de 2013 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 190 pensionados a los que se ha otorgado una pensión conforme a lo establecido en el Convenio Adicional, así como para los 42,395 trabajadores contratados bajo las condiciones de éste, el valor presente de obligaciones totales (VPOT) derivadas del Convenio Adicional, se encuentra plenamente financiado con el saldo acumulado en la Subcuenta 2 del FCOLCLC a la fecha de valuación, más el valor presente de las aportaciones futuras de los trabajadores en activo contratados antes 16 de octubre de 2005 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