

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



ISSSTE  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

IFA 2014



# INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL 2014

---

Este Informe Financiero y Actuarial fue aprobado por la H. Junta Directiva mediante acuerdo 45.1345.2014 en su Sesión Ordinaria 1345 celebrada el 27 de junio de 2014, para que conforme a lo establecido en el Artículo 214, fracción XIX de la Ley del ISSSTE, se presente al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y al Congreso de la Unión.



# INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL 2014

---

Presentación	7
Introducción	13
Entorno económico, demográfico y epidemiológico	19
Situación financiera	41
Reservas e inversiones	59
Seguro de Salud	75
Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo	117
Servicios Sociales y Culturales	135
Estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto	155
Otros riesgos institucionales	187
Acciones para fortalecer la calidad y eficacia de los servicios	201
Conclusiones	221
Anexos	229
Carta de entrega	259
Dictamen auditor externo	261
Índice de gráficas	265
Índice de tablas	267



# PRESENTACIÓN





## PRESENTACIÓN

Durante el primer año de la Administración del Presidente Enrique Peña Nieto, avanzamos en el cumplimiento de los objetivos definidos en el Programa Anual de Trabajo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE o Instituto), que contribuye a la estrategia del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND), para renovarlo y fortalecerlo como institución relevante de la seguridad social en nuestro país.

De conformidad con el PND, el centro de la política social es la implementación de un Sistema de Seguridad Social Integral encaminado hacia el establecimiento de la salud universal, como un objetivo del Estado mexicano en la protección de sus ciudadanos. La estructura del PND señala cinco metas nacionales: México en paz, México incluyente, México con educación de calidad, México próspero y México con responsabilidad global, a partir de las cuales el Instituto, como parte de la Administración Pública Federal, participa especialmente en las que se refiere a México próspero y México incluyente.

En tal virtud y en estricto apego al cumplimiento de la normatividad aprobada por el Congreso de la Unión que rige nuestra vida institucional, se presenta aquí el Informe Financiero y Actuarial 2014 (IFA 2014 o Informe), en el cual se plantea el entorno económico, demográfico y epidemiológico en el que se desarrollaron los 21 servicios y seguros que ofrece el ISSSTE, así como las tendencias económicas que presionaron en diversos sentidos la estabilidad financiera de nuestro Instituto durante 2013.

En el IFA 2014, podemos dar cuenta de los avances que hemos tenido en la planeación y el ejercicio eficiente del gasto y del uso de recursos públicos. A pesar de la tendencia continua del cambio demográfico y epidemiológico, así como del deterioro en la infraestructura y los riesgos que ello implica, se lograron importantes avances en los objetivos de nuestro programa, como se detalla en el presente Informe.

No obstante lo anterior, es preciso señalar desde ahora, que la situación financiera del ISSSTE no refleja el estado particular de sus seguros y fondos, ya que sigue siendo dependiente de las transferencias gubernamentales.

Además, como resultado de la definición de las políticas públicas que atañen a los sistemas de salud y los servicios asistenciales del Gobierno Federal, hemos puesto en marcha los cambios que abonarán en el fortalecimiento institucional y en la contribución al logro de la universalización del sistema de salud. En esta tarea, nuestro Instituto es pieza insustituible del engranaje del bienestar social de los mexicanos.

Por más de cinco décadas, el ISSSTE ha desempeñado un papel clave en el sistema de protección social en México a través de sus coberturas, prestaciones y servicios. Ejemplo de ello es que, ante la ocurrencia de desastres naturales en 2013, el ISSSTE entregó 26,799 préstamos extraordinarios a derechohabientes de las 21 entidades federativas afectadas.

En los años por venir, deberá retrendar su vocación histórica y persistir en la búsqueda de fórmulas que fortalezcan su infraestructura y recursos humanos, mejoren la experiencia del paciente en las unidades médicas y consoliden el esquema de prestación de servicios en favor de la equidad y el desarrollo integral de las personas.

Es por ello que será indispensable mantener el fortalecimiento constante de acciones orientadas a incrementar la eficiencia operativa, racionalizar los gastos administrativos, fomentar la cooperación, promover la innovación y el intercambio de conocimiento, así como consolidar una cultura institucional de consecución y evaluación de resultados. Estamos convencidos que ese es el camino correcto, porque hemos empezado a ver cómo nuestro Instituto recupera la imagen de un verdadero organismo público que se mueve en beneficio de la población que atiende, haciendo énfasis en la promoción de la equidad de género, la atención de adultos mayores y la afiliación de cónyuges del mismo sexo.

Sabemos que la definición del proyecto nacional que encabeza el Presidente de la República ha ubicado el bienestar social en el centro de las acciones de gobierno y

# IFA 2014

estamos trabajando en la consolidación de las estrategias que hagan realidad los objetivos que nos hemos propuesto. Esta labor se fortalece ejerciendo de manera más eficiente los recursos que le fueron asignados al Instituto y trabajando de forma eficaz al ofrecer servicios con calidad, calidez y oportunidad a trabajadores en activo, pensionados y a sus familiares derechohabientes.

~~Por lo anterior, refrendamos nuestro compromiso por hacer del ISSSTE una institución~~ sólida que coadyuve en la consolidación de ese proyecto que logre erradicar la desigualdad y la pobreza de nuestro país. Es así como queremos que nuestro Instituto incida en la política social del país y que contribuya de manera significativa en la construcción de una sociedad más incluyente, equitativa, justa e igualitaria.

**Lic. Sebastián Lerdo de Tejada**

Director General y Presidente de la H. Junta Directiva  
del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los  
Trabajadores del Estado.



# INTRODUCCIÓN



## INTRODUCCIÓN

El Informe Financiero y Actuarial 2014, que por Ley presenta la Junta Directiva del ISSSTE al Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y al Congreso de la Unión, da cuenta del estado que guardan las finanzas del Instituto al 31 de diciembre de 2013.

Este Informe plantea el entorno económico, demográfico y epidemiológico en el que se desarrollaron los 21 servicios y seguros que ofrece el ISSSTE. A pesar del complejo panorama que se describe, así como de los rezagos en la infraestructura y los riesgos que enfrenta, el presente Informe da cuenta de sus avances en los objetivos de su Programa Anual de Trabajo.

Es preciso señalar que la situación financiera global del ISSSTE no refleja la situación particular de cada uno de los seguros y fondos. Como resultado de las transferencias gubernamentales, el Instituto muestra una suficiencia económica de corto plazo; no obstante, para garantizar su viabilidad financiera de largo plazo seguirá requiriendo del apoyo del Congreso de la Unión y del Gobierno Federal.

El capítulo Entorno económico, demográfico y epidemiológico plantea los rasgos macroeconómicos y financieros como factores externos que enmarcaron la operación del Instituto en 2013. Se muestran las tendencias observadas en el contexto internacional y nacional que impactaron el desempeño financiero del ISSSTE, en particular, los rendimientos de las reservas. Asimismo, expone el perfil demográfico y epidemiológico de México y, específicamente, de su derechohabencia.

En el capítulo Situación financiera se muestra detalladamente la información del Instituto al cierre de 2013, a través de su Estado de Actividades y el Estado de Situación Financiera, los cuales incluyen el conjunto de las finanzas de ISSSTE Asegurador y sus órganos desconcentrados: PENSIONISSSTE, FOVISSSTE, TURISSSTE y SUPERISSSTE. Este capítulo,

ofrece una visión integrada que permite dimensionar la relevancia de las transferencias federales que en 2013 sirvieron para solventar el déficit en los fondos que administra.

El capítulo Reservas e Inversiones detalla el saldo de las reservas constituidas por el Instituto al 31 de diciembre de 2013, de conformidad con el Artículo 232 de la Ley del ISSSTE.

El desempeño del Seguro de Salud se describe en el siguiente capítulo. Este seguro es quizá el de mayor relevancia, tanto por su impacto en la derechohabencia, como por la demanda de recursos humanos, materiales y financieros que ocupa la atención médica preventiva, curativa, de maternidad y de rehabilitación física y mental. Se destaca el hecho de que fue deficitario en 2013, a pesar de las transferencias gubernamentales y que, de acuerdo con los estudios financieros y actuariales, el nivel de ingreso por cuotas y aportaciones no alcanzará en el Ejercicio Fiscal 2014 a hacer frente a sus compromisos, sin hacer uso de sus reservas o recibir mayores transferencias federales.

Otros de los seguros de gran impacto humano y financiero son el de Invalidez y Vida y el de Riesgos del Trabajo, pues tienen como objetivo proteger el ingreso de los trabajadores y sus familias en caso de accidentes, enfermedades, o muerte. Al respecto, cabe resaltar que también estos funcionaron con déficit en 2013, el cual se explica por las devoluciones a la SHCP de las cuotas y aportaciones correspondientes a los trabajadores del régimen del Artículo Décimo Transitorio de la Ley del ISSSTE. Por las características comunes de ambos seguros, este capítulo los trata de manera conjunta.

Las proyecciones financieras del Seguro de Invalidez y Vida del régimen de Cuentas Individuales reflejan una suficiencia de cinco años, sin hacer uso de sus reservas, mientras que para el régimen del Artículo Décimo Transitorio de la Ley su financiamiento corre a cargo del Gobierno Federal. En contraste, los resultados obtenidos para el Seguro de Riesgos del Trabajo revelan una suficiencia de largo horizonte con el nivel de aportaciones actuales.



IFA 2014

Las prestaciones sociales son parte fundamental de la seguridad social en su sentido más amplio e incluyente, porque buscan profundizar su dimensión social, humanística y previsor. Por ello, el capítulo Servicios Sociales y Culturales se enfoca a analizar el desempeño financiero de este fondo que muestra su operación deficitaria y destaca que en 2013, los ingresos captados tampoco resultaron suficientes para afrontar sus compromisos de pago. Además, el capítulo expone la situación de las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDIS) y las acciones implementadas para desarrollar el programa Cero Rezago que busca disminuir la lista de niños en espera de ser atendidos.

La información relativa al Estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto se detalla en el siguiente capítulo, de conformidad con el Artículo 214, fracción XIX último párrafo de la Ley del ISSSTE, en donde se hace evidente la relevancia de aquellos dedicados a la atención médica. El capítulo informa sobre los inmuebles con los que cuenta el Instituto para realizar su labor institucional, por lo que también permite dimensionar el tamaño de las necesidades y retos a los que se estará enfrentando en los próximos años. Se enfatiza la realización de 20 obras en el Distrito Federal con una inversión de 156.2 millones de pesos (mdp) que mejoran la calidad del servicio en todas sus unidades médicas de segundo y tercer nivel, que además de atender a la derechohabencia de la Ciudad de México, beneficia a la del interior de la República.

El presente Informe expone los riesgos particulares de cada seguro en su capítulo correspondiente. Complementariamente, se presenta un capítulo específico sobre otros riesgos a los que está expuesto el Instituto, así como las acciones emprendidas o previstas para mitigarlos. Entre los otros riesgos identificados que podrían comprometer la prestación de servicios se encuentran los sísmicos e hidrometeorológicos y los derivados de las contingencias tecnológicas.

El IFA 2014 contiene, por primera vez, un capítulo dedicado a las acciones que se han llevado a cabo para atender los riesgos identificados en el Instituto. Lo anterior, tiene el propósito de garantizar mejoras en la atención a los derechohabientes con oportunidad, calidad y calidez, a través de una eficiente operación, de la generación de ahorros y la

optimización en el manejo de sus recursos de acuerdo con su Programa Anual de Trabajo y en concordancia con los objetivos del PND.

En apego al PND, el ISSSTE realizó diversas acciones durante 2013. Garantizó la prestación ininterrumpida de los servicios de salud y emprendió acciones en favor de la equidad de género y la inclusión social, entre las que destacaron la creación del Centro de Estudios y Apoyo a la Mujer (CEAM) y el rediseño del Centro Nacional de Atención al Envejecimiento (CENAE). Adicionalmente, el Instituto tramitó el registro de inscripción de 49 cónyuges del mismo sexo.

Destaca también el trabajo desarrollado por la Escuela Nacional de Dietética y Nutrición, que representa una alternativa académica de calidad para jóvenes que buscan su inserción al mercado laboral. Además, el Instituto utilizó su estructura cultural y deportiva, así como su estrategia de comunicación social para promover una cultura de la prevención en materia de salud.

El Instituto garantizó el acceso de sus más de 12.6 millones de derechohabientes a la red de seguros, servicios y prestaciones que administra, generando ahorros en el manejo de los recursos públicos que le fueron asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación. En particular, ello se hace evidente con el programa de compras consolidadas de medicamentos, en conjunto con otras instancias públicas del sector salud. En esta tendencia, se estableció el Tablero de Indicadores de Desempeño para los hospitales regionales del ISSSTE que busca dar seguimiento a su operación.

Finalmente, las Conclusiones detallan los principales resultados del Informe, se incluyen en anexo las consideraciones técnicas que dan soporte a los estudios actuariales, la Carta de Entrega de Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas S.A. de C.V. y el Dictamen del auditor externo emitido por Farell Grupo de Consultoría, S.C que por Ley deben acompañar al presente Informe.

# CAPÍTULO I. ENTORNO ECONÓMICO, DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO



## ENTORNO ECONÓMICO, DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

Este capítulo tiene como intención analizar los factores externos en los cuales se desarrolló la operación del Instituto en 2013. Se describe el contexto económico nacional e internacional, así como los cambios poblacionales y del ambiente sanitario que les caracteriza, sus tendencias y las estrategias para enfrentar los retos que suponen en el mediano y largo plazos.

### Entorno económico

Este apartado presenta un panorama general sobre la evolución económica a nivel nacional e internacional, con el objeto de poner en contexto el desempeño económico y financiero en 2013, que sin duda influyeron de manera directa o indirecta, en los rendimientos obtenidos en las Reservas Financieras y Actuariales del Instituto, ya que la economía nacional no fue ajena a los escenarios de volatilidad en los mercados financieros internacionales.

En este sentido, durante el primer semestre de 2013, destacaron dos factores de la economía internacional que tuvieron gran impacto en nuestro país. Por un lado, el crecimiento económico mundial y por otro lado, la volatilidad de los mercados financieros. Dicha volatilidad fue producto del anuncio de la Reserva Federal de los Estados Unidos (FED por sus siglas en inglés) que, en su reunión de política monetaria del mes de mayo, advirtió que podría comenzar a disminuir el ritmo de compras de activos durante el segundo semestre de ese año. Lo anterior ocasionó, de acuerdo con el Banco del México (Banxico), salida de capitales de las economías emergentes, como la de nuestro país, lo que provocó un incremento en las primas de riesgo y en las tasas de interés de largo plazo a nivel internacional.

A partir de la segunda mitad del año, la economía mundial comenzó a mostrar signos de recuperación lo que permitió observar un crecimiento de 3.0 por ciento en todo 2013. Ello debido, principalmente, a mejores resultados en las economías avanzadas, de las cuales destacan los Estados Unidos, y a la estabilidad en el ritmo de crecimiento de las economías emergentes.

De acuerdo con el Fondo Monetario Internacional (FMI), la economía de Estados Unidos creció 1.9 por ciento anual, mientras que la de la zona euro pasó de una disminución de 0.7 por ciento en 2012 a un decremento de 0.5 por ciento en 2013. Por su parte, las economías de los países emergentes se vieron afectadas el año pasado al crecer en conjunto 4.7 por ciento en comparación con el 5.0 por ciento observado el año previo.

Esto se debió, de acuerdo con Banxico, principalmente al aumento en la volatilidad de los flujos de capital provocado por la incertidumbre sobre la reducción en la compra de activos e inyección de liquidez por parte de la Reserva Federal de Estados Unidos. Lo anterior generó que dichas economías enfrentaran incrementos en las tasas de interés de largo plazo así como salida de capitales. No obstante, economías como la mexicana, con fundamentos económicos sólidos (tales como inflación, tipo de cambio, cuenta corriente y nivel de deuda estables), pudieron enfrentar de mejor manera los impactos negativos de las tendencias observadas a nivel mundial.

En cuanto a la economía mexicana, para 2013, de acuerdo con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), se esperaba que ésta continuara con su proceso de expansión. Es por ello, que en los Criterios Generales de Política Económica se estimó que el Producto Interno Bruto (PIB) crecería a una tasa anual de 3.5 por ciento en términos reales. Se anticipaba un ascenso en la demanda externa impulsada por la competitividad del país, aunque a un ritmo menor que el esperado para 2012, debido a la desaceleración de la economía mundial observada desde la segunda mitad de dicho año, en particular en la producción industrial de los Estados Unidos de América.

<sup>1</sup> Perspectivas de la Economía Mundial, Abril 2014. Fondo Monetario Internacional.  
<sup>2</sup> Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2013. Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

## IFA 2014

Por un lado, se preveía que la producción manufacturera y los servicios relacionados con el comercio exterior continuaran su crecimiento. Por otro lado, se esperaba que la demanda interna mostrara un dinamismo favorable impulsado por la generación de empleos, el avance del crédito, una mayor inversión en infraestructura y el fortalecimiento de la confianza de los consumidores y productores, lo que se traduciría en un aumento en el consumo y la inversión. No obstante, se advertían riesgos a la baja como un menor dinamismo de la economía mundial; en particular de los Estados Unidos de América; así como una mayor volatilidad en los mercados financieros internacionales.

A efecto de preservar la estabilidad macroeconómica y financiera, el Banxico y el Ejecutivo Federal reafirmaron su compromiso de mantener la disciplina fiscal y monetaria que permitiera que la tasa de inflación se situara dentro del intervalo de variabilidad de 3.0 por ciento más/menos un punto porcentual.

Sin embargo, de acuerdo con el Panorama Económico descrito en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2013, en la primera mitad del año no se materializó la recuperación de la economía mundial. De esta forma, durante 2013, la economía mexicana observó una dinámica por debajo de su nivel potencial dada la mayor volatilidad e incertidumbre global, aunado a la incidencia transitoria de diversos factores internos, como los desafortunados fenómenos meteorológicos Ingrid y Manuel.

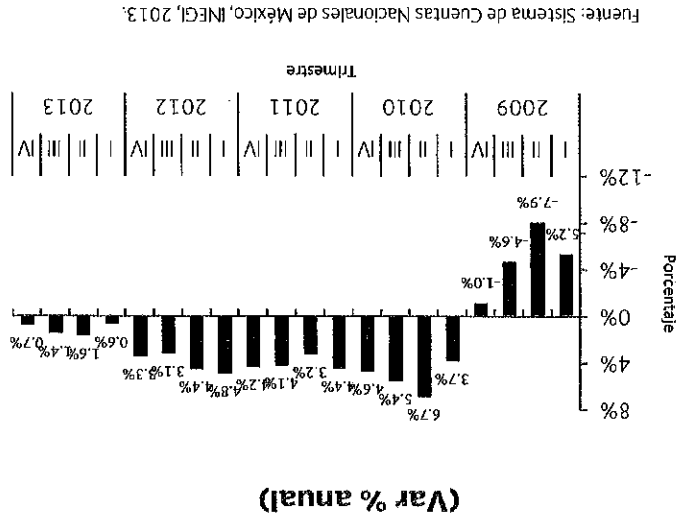
Como parte de las medidas para fortalecer la economía no solo en el corto plazo, sino en el mediano y largo plazo, se aprobaron las reformas en materia laboral, educativa, de telecomunicaciones, hacendaria, de seguridad social, financiera y energética, las cuales otorgarán un impulso productivo y competitivo a la economía nacional que se materializará en los próximos años.

Es así, que de acuerdo con información del INEGI, la SHCP reporta a través de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2013, que el PIB se incrementó a una tasa de 1.1 por ciento anual en términos reales. Este desempeño, estuvo influido por la desaceleración económica mundial, por lo que se observó una reducción de la demanda externa, la cual se reflejó, en un principio, en el comportamiento de los sectores más relacionados con el

exterior, como el manufacturero, y posteriormente en la evolución de actividades productivas vinculadas con la demanda interna.

De esta forma, el INEGI informó que del primero al cuarto trimestre se registraron las siguientes tasas reales de crecimiento anual: 0.6, 1.6, 1.4 y 0.7 por ciento (Gráfica 1). Por su parte, a nivel sectorial, la producción agropecuaria creció a una tasa anual de 0.3 por ciento, en tanto que la producción industrial disminuyó a un ritmo anual de 0.7 por ciento, mientras que los servicios se elevaron a una tasa anual de 2.1 por ciento (Gráfica 2).

**Gráfica 1. Producto Interno Bruto, México**

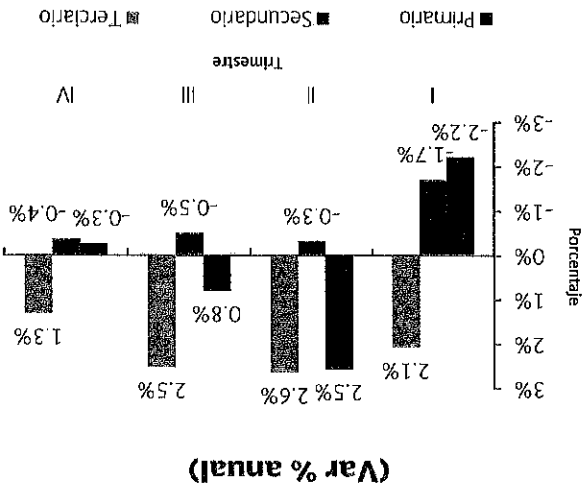


Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales de México, INEGI, 2013.

Incluye a los trabajadores eventuales del campo

Respecto al empleo, de acuerdo la SHCP, el desempeño de la actividad productiva se vio acompañado de la generación continua de empleos formales. Así, el número de trabajadores asegurados en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)<sup>3</sup> creció en 463 mil 18 personas, lo que implicó alcanzar un nivel histórico de 16 millones 525 mil 61 trabajadores. Esto equivale a un aumento anual del empleo de 2.9 por ciento, superior al ritmo de crecimiento de la economía. Por tipo de afiliación, 402 mil 753 empleos correspondieron a los de carácter permanente y 60 mil 265 a eventuales.

**Gráfica 2. Actividad Económica por Sector**





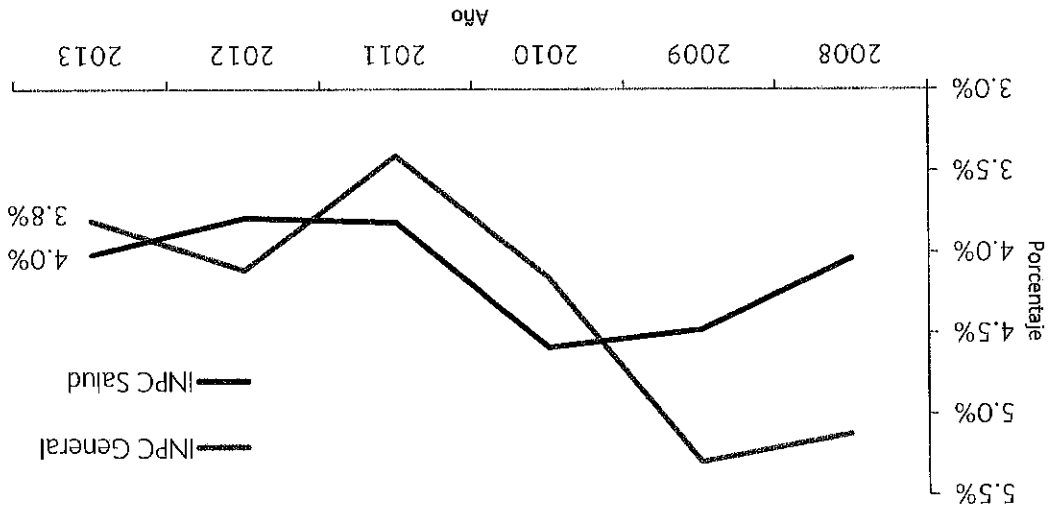
## IFA 2014

La creación de puestos de trabajo se generalizó en todos los sectores productivos: la industria y los servicios (incluyendo el comercio) presentaron incrementos de 183 mil 164 y 271 mil 975 empleos, en cada caso; en tanto que la actividad agropecuaria avanzó con 7 mil 879 plazas.

~~La evolución favorable del empleo formal se reflejó en una disminución de los niveles de desocupación. El promedio de la tasa de desocupación nacional fue de 4.92 por ciento de la Población Económicamente Activa (PEA), inferior al promedio de 4.96 por ciento observado en 2012. En diciembre de 2013 esta tasa fue de 4.25 por ciento, la menor para un cierre de año desde 2007. Esta reducción en la tasa de desocupación se dio en un contexto en que se ha mantenido una elevada participación en el mercado laboral: la tasa neta de participación económica promedió 59.2 por ciento, igual a la registrada un año antes.~~

Con respecto a la inflación general anual, ésta continuó en niveles bajos, por lo que la inflación general anual se ubicó en 3.97 por ciento en diciembre 2013, es decir, dentro del límite de inflación de Banxico (3% más/menos un punto porcentual). Mientras que la inflación vinculada a los servicios de salud fue superior a la de toda la canasta de bienes. La Gráfica 3 muestra que en 2013 la inflación vinculada a los servicios de salud fue superior a la de toda la canasta de bienes.

**Gráfica 3. Índice de Precios al Consumidor (%), 2008-2013**



Fuente: INEGI

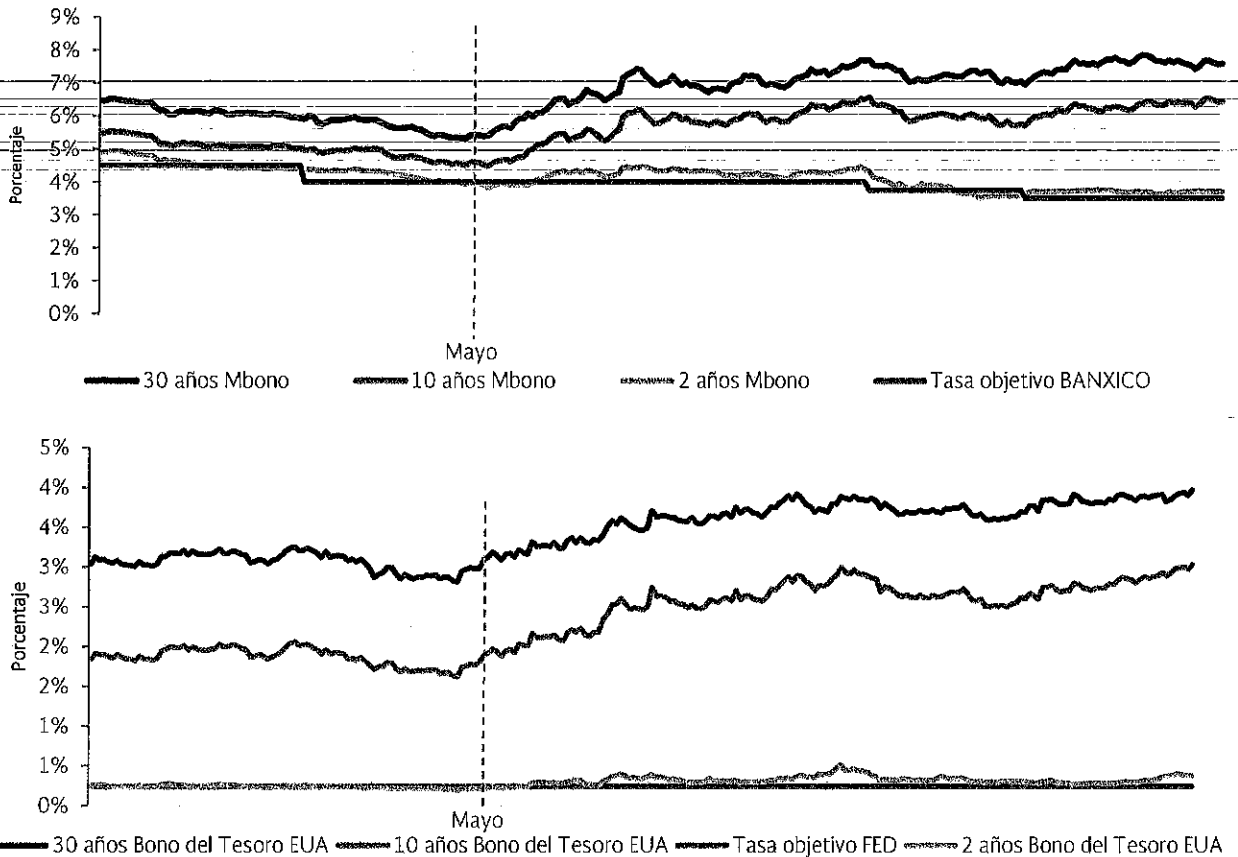
En cuanto al comportamiento de los mercados financieros durante 2013, tal como se mencionó anteriormente dentro de las condiciones que prevalecieron destacó la presencia de alta volatilidad producto de la salida de capitales de las economías emergentes a mercados financieros de menor riesgo acompañada de incrementos significativos en las tasas de interés, tanto en el mercado financiero local como en los mercados internacionales.

Estos incrementos en las tasa de interés, observados a partir del mes de mayo, se debieron al cambio en la política monetaria de la Reserva Federal de Estados Unidos que anunció el retiro paulatino de los estímulos monetarios que fueron implementados para reactivar la economía, como producto de la profunda contracción económica que se presentó en 2008. Dicho cambio entró en vigor oficialmente en diciembre de 2013; la

Gráfica 4 detalla lo antes señalado.

IFA 2014

**Gráfica 4. Tasas de interés de Valores Gubernamentales de México y Estados Unidos 2013**

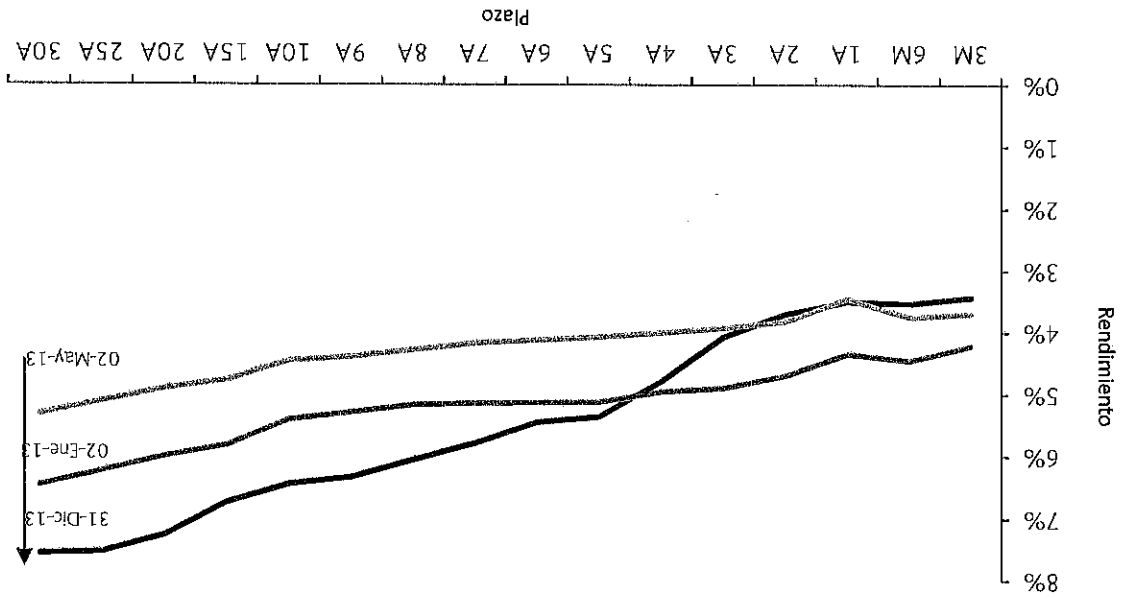


Fuente: Bloomberg

Por su parte, ante la debilidad del crecimiento económico mundial y las expectativas de inflación ancladas dentro del objetivo de Banxico, la Junta de Gobierno redujo en tres ocasiones la tasa de interés de referencia, 50 puntos base (pb) en marzo, 25 pb en junio y 25 pb en octubre, por lo que al final se redujo la tasa de 4.5 a 3.5 por ciento durante 2013. De esta forma, de acuerdo con la SHCP, el grado de holgura en el mercado laboral y en la economía, las nulas presiones inflacionarias por el lado de la demanda, además de un traspaso reducido de la variación del tipo de cambio a la inflación, justificaron la decisión del Banco Central.

Lo anterior, en conjunto con los aumentos observados en las tasas de interés, ocasionaron que, por una parte, se incrementaran las tasas de mayor plazo (como consecuencia de la reducción gradual de los estímulos monetarios de la Reserva Federal de EEUU) y por otra, disminuirían las tasas de menor plazo (como resultado de la política monetaria del Banxico), la Gráfica 5 presenta la evolución de los rendimientos.

**Gráfica 5. Curva de rendimientos de los Bonos M**



Fuente: Bloomberg.

Cabe destacar que el efecto de los incrementos en las tasas de interés, ocasionado por los escenarios de volatilidad en los mercados financieros, tiene como consecuencia que bajen los precios de los instrumentos de deuda, tanto privada como gubernamental. Lo anterior es de relevancia, ya que impactó negativamente en la valuación de los portafolios de inversión en los mercados financieros internacionales y locales, como en el caso de las AFORES, los fondos de inversión, así como el portafolio del ISSSTE que se encuentra constituido por instrumentos de deuda. El detalle de esta situación se revisará en el capítulo Reservas e inversiones.

## IFA 2014

Es importante aclarar que el efecto mencionado sólo tendría un impacto real sobre los portafolios de los inversionistas si se decidiera vender el instrumento que haya registrado una minusvalía.

En resumen, las condiciones financieras observadas durante 2013 representaron un reto para los portafolios de inversión en instrumentos de deuda, como es el caso de las reservas del Instituto.

No obstante, además del entorno económico y financiero, para poder analizar la viabilidad financiera del ISSSTE se requiere también revisar el perfil demográfico en el que operan los seguros, prestaciones y servicios que ofrece, así como los cambios epidemiológicos de su población derechohabiente, lo cual se abordará en las siguientes secciones.

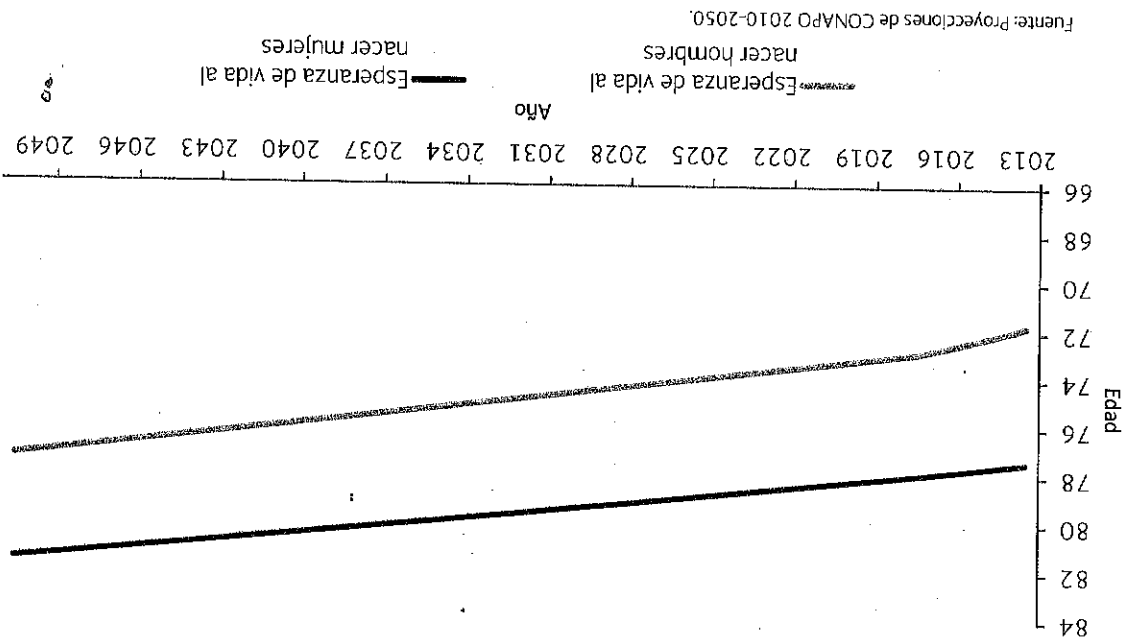
### Entorno demográfico

El fenómeno de la transición demográfica es uno de los principales factores que incide en el desarrollo de los sistemas de seguridad social. Las características que definen a la transición demográfica son también aquellas que implican a futuro un mayor impacto financiero para las instituciones asistenciales:

- El incremento en la esperanza de vida, que resulta de los avances y mejoras en la calidad de vida de los derechohabientes, está creando una población de jubilados y pensionados más longeva. Esto se traduce en un horizonte de tiempo más amplio en el que aquellos reciben servicios y beneficios, lo que incrementa los requerimientos de recursos financieros, humanos y de infraestructura.
- La disminución en la tasa de natalidad implica una disminución del potencial de reemplazo de una población en edades productivas que cubren cuotas de seguridad social. En contraposición, el aumento en la cantidad de pensionados crea un desbalance entre mayores niveles de gastos y financiamiento restringido.

De acuerdo con cifras del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en México se proyecta una disminución consistente y sostenida de la tasa bruta de natalidad y un incremento paulatino y constante de la tasa bruta de mortalidad. Estas tendencias se ven reflejadas en la esperanza de vida al nacer, la cual para el año 2013 es de 72 años para hombre y 77 para mujeres mientras que para el año 2050 se estima que sea de 77 años en el caso de los hombres y 82 para mujeres, la Gráfica 6 muestra la tendencia en la esperanza de vida.

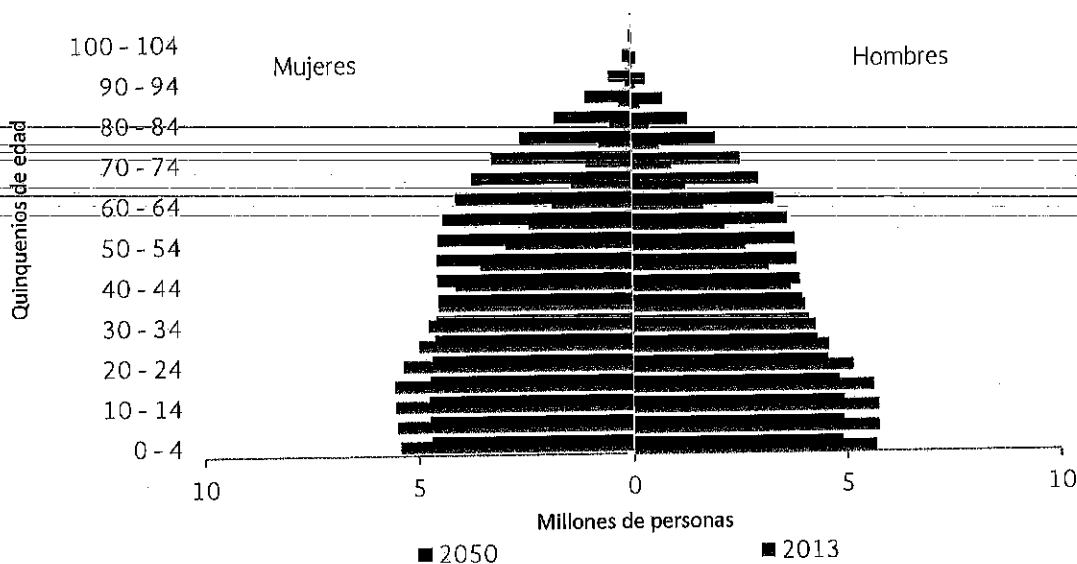
**Gráfica 6. Proyección de la esperanza de vida al nacer por Género 2013-2050**



Por su parte, la proyección de la población en México estima que la proporción de población con edad mayor o igual a 65 años se incrementa durante los próximos años. En 2013, dicho grupo poblacional representó 6.54 por ciento de la población total, pero se prevé que para el año 2050 incrementará a 16.15 por ciento. La Gráfica 7 muestra la estructura poblacional estimada para el 2050 y se observa la tendencia de envejecimiento de la población nacional con una estructura diferente para el año 2050 a la observada en el año 2013.

IFA 2014

Gráfica 7. Estructura poblacional en 2013 y 2050



Fuente: Proyecciones de CONAPO 2010-2050.

La transformación antes descrita también impactará al Instituto de forma significativa, dada la naturaleza de su derechohabencia, por lo que deberá prepararse financieramente a fin de contar con los recursos suficientes para solventar las necesidades de salud<sup>4</sup> y retiro para los 12.6 millones de personas conformados por trabajadores, pensionados y familiares derechohabientes, a los que el Instituto otorga seguros, prestaciones y servicios.

En lo que corresponde a los servicios médicos otorgados, se observó que, por cada 1,000 derechohabientes de más de 65 años, se presentaron 288 egresos hospitalarios, mientras que el mismo indicador para los derechohabientes de entre 30 y 50 años fue de 58 ocurrencias. En consecuencia, los costos médicos que se reflejan en los cálculos actuariales para el grupo de más de 65 años equivalen a seis veces los que se requieren para las personas de 30 años, mientras que los costos para personas de 80 años son nueve veces mayores a los de 30 años.

<sup>4</sup>En el capítulo Seguro de Salud, se mencionan los factores que influyen en el incremento de los costos de salud para la atención de las personas de mayor edad.

Por lo que se refiere al gasto pensionario, las tasas de invalidez para las personas de 60 años son ocho veces mayores que para los trabajadores de 40 años. Esto implica que el Instituto puede enfrentar un mayor gasto en montos constitutivos para seguros de pensiones de invalidez de personas adultas mayores.

Lo anterior es preocupante si se considera que, de acuerdo con los registros de afiliación y vigencia del ISSSTE, 13.3 por ciento de los derechohabientes tienen edad mayor o igual a 65 años, lo cual refleja un mayor avance de la transición demográfica institucional comparada con la nacional. Además, en la próxima década se acentuará el fenómeno de envejecimiento, porque el grupo de derechohabientes de entre 50 y 65 años equivale a 16.0 por ciento del total de la derechohabientía.

### **Composición de la fuerza laboral según género**

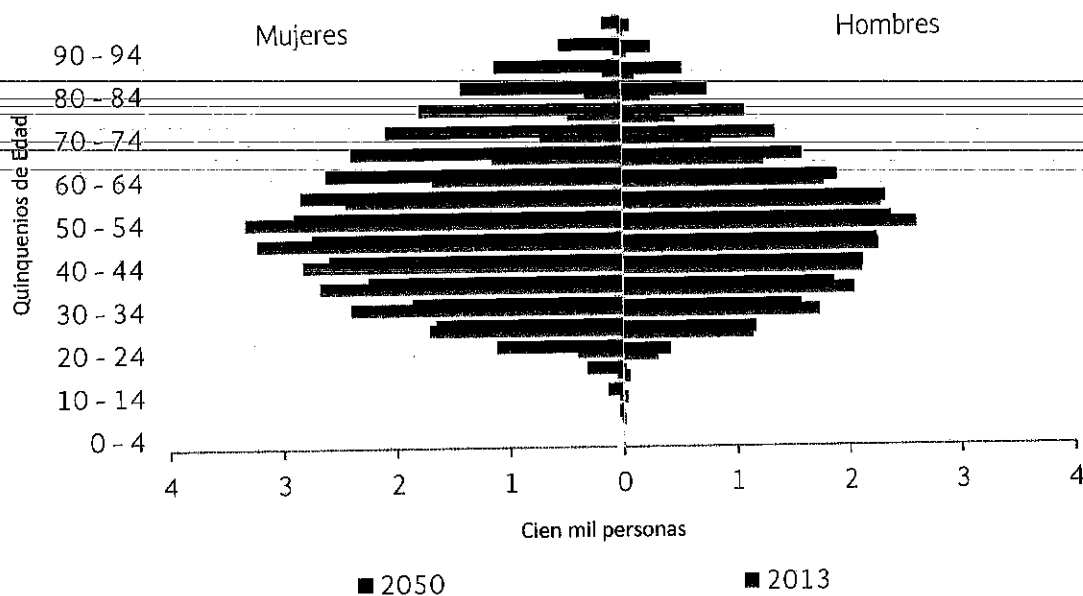
De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), al cuarto trimestre de 2013, 38.35 por ciento de la población ocupada correspondía al género femenino, porcentaje que se ha incrementado en los últimos años (en 2005 era de 36.99%), reflejo de la mayor participación de la mujer en el área laboral. Esta misma proporción se mantiene para el caso del sector económico relacionado con gobierno y organismos internacionales (37.98% de la población ocupada en ese sector eran mujeres).

Tomando como base las estimaciones mencionadas en la Gráfica 8, actualmente 10 por ciento de la población son mujeres mayores de 60 años, proporción que para 2050 será de 24 por ciento de la población. El aumento en la esperanza de vida acentúa la necesidad de recursos en el largo plazo para el ISSSTE, debido a que los gastos asociados a la salud son mayores en edades superiores a los 60 años.



IFA 2014

**Gráfica 8. Estructura poblacional de trabajadores y pensionados del ISSSTE  
2013 y 2050**



Fuentes: ISSSTE, Subdirección de Afiliación y Vigencia de Derechos 2013.  
Proyección actuarial 2050, ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estudios Financieros y Actuariales, 2013.

De acuerdo con las proyecciones de la población del ISSSTE se espera que, para el año 2050, se incrementará de manera significativa la proporción de mujeres y el número de derechohabientes en edades mayores a 45 años. Estos cambios representan un desafío, ya que una población envejecida con una esperanza de vida mayor requerirá un modelo diferente de atención y financiamiento de los programas y beneficios que otorga el Instituto.

En síntesis, las tendencias poblacionales descritas apuntan a un cambio sustantivo en la composición de la derechohabiencia del ISSSTE que tendrá un impacto, tanto en la forma de proporcionar los servicios, seguros y prestaciones, como en su financiamiento. Además, porque una población más longeva estará expuesta a padecimientos diversos cuyos tratamientos debe prever el Instituto.

## Entorno epidemiológico

El crecimiento de la esperanza de vida, de acuerdo con las proyecciones de CONAPO, de 72 a 77 años para hombres y de 77 a 82 años para mujeres en 2050, asociada a la transición demográfica de la población mexicana, es producto de los esfuerzos en materia de salud y de la disminución de la tasa de fecundidad, esta tendencia impacta al sistema de salud porque impone cargas adicionales de trabajo para los cuidados de personas adultas mayores.<sup>5</sup>

Además de la transición demográfica que estamos presenciando, los factores de riesgo que surgen de hábitos no saludables en el estilo de vida de la población, se ha traducido en un incremento en la incidencia y prevalencia de las llamadas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), las cuales generan un alto impacto financiero para el Seguro de Salud. Estas ECNT son, primordialmente, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la obesidad.

Según la Encuesta de Salud y Nutrición de los Derechohabientes del ISSSTE (ENSADER 2012), la prevalencia de diabetes es de 12.8 por ciento, la de hipertensión arterial (HTA) 18.2 por ciento y las de sobrepeso u obesidad en adultos de 71.3 por ciento. Sobre éstas últimas, debemos enfatizar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los menores de cinco años de edad es de 13 por ciento, cifra incluso mayor a la reportada para la población nacional, mientras que para los niños en edad escolar, las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron de 23.1 por ciento y 19.5 por ciento, respectivamente.

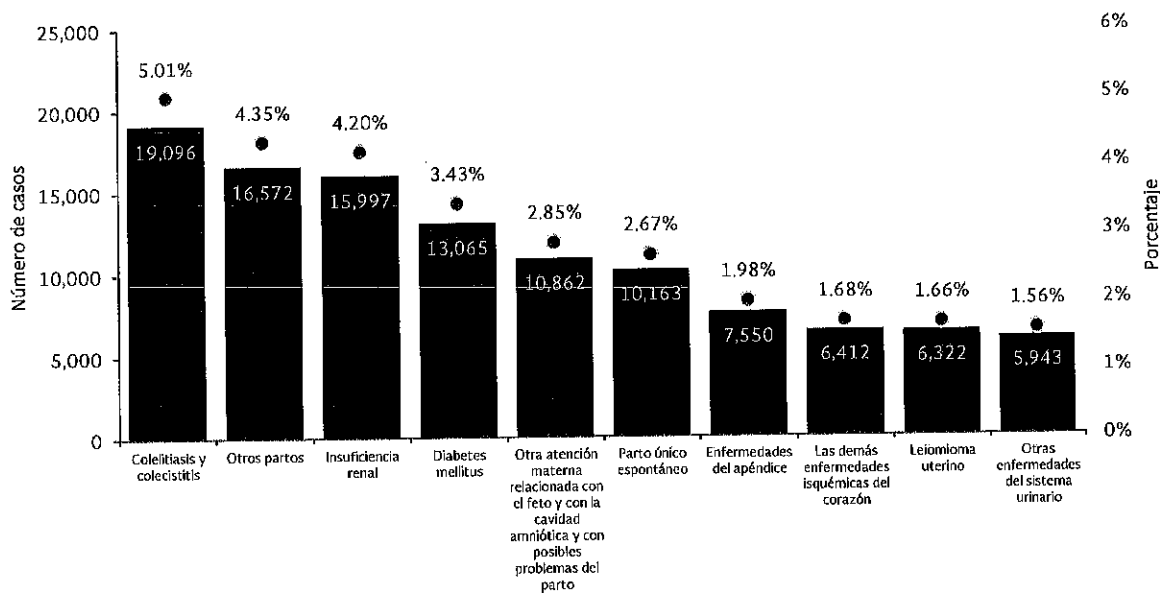
La derechohabiente del ISSSTE tiene una mayor propensión a la hipertensión arterial que la población en general, esto se verifica con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), que revela que la prevalencia de HTA en la derechohabiente fue de 18.2 por ciento (15.6% en hombres y 20.5% en mujeres) cifra mayor que la de la población general (16.6%)

IFA 2014

Según la ENSADER 2012, la diabetes aumentó casi 4 por ciento con respecto a 2007 (8.9%), la población ISSSTE presenta mayor incidencia que en la población general, 12.8 por ciento y 9.2 por ciento, respectivamente.

A las ECNT se les atribuye 44.96 por ciento de las defunciones. En 2013, hubo 389,469 egresos hospitalarios, sobresalen como las primeras causas de egreso, las enfermedades de la vesícula biliar (colecistitis y la colelitiasis), seguidas por la atención de partos y las ECNT (diabetes mellitus y sus complicaciones), la Gráfica 9 muestra la distribución de las principales causas de egreso hospitalarios.

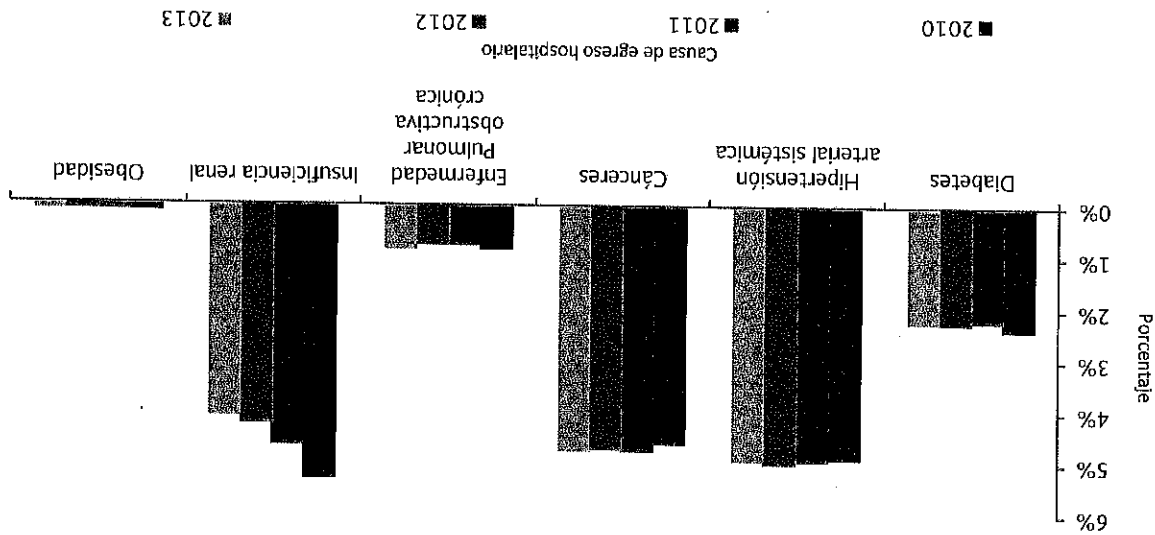
**Gráfica 9. Principales causas de egresos hospitalarios, ISSSTE 2013**



Nota: Se utilizó la agrupación por lista mexicana.  
Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2010-2013.

En la Gráfica 10 se muestra la evolución de los egresos hospitalarios debidos a las patologías ECNT. La dinámica de egresos hospitalarios por patología ha sido estable en los últimos años.

**Gráfica 10. Comportamiento de los egresos hospitalarios por patologías crónicas no transmisibles, ISSSTE 2010-2013**

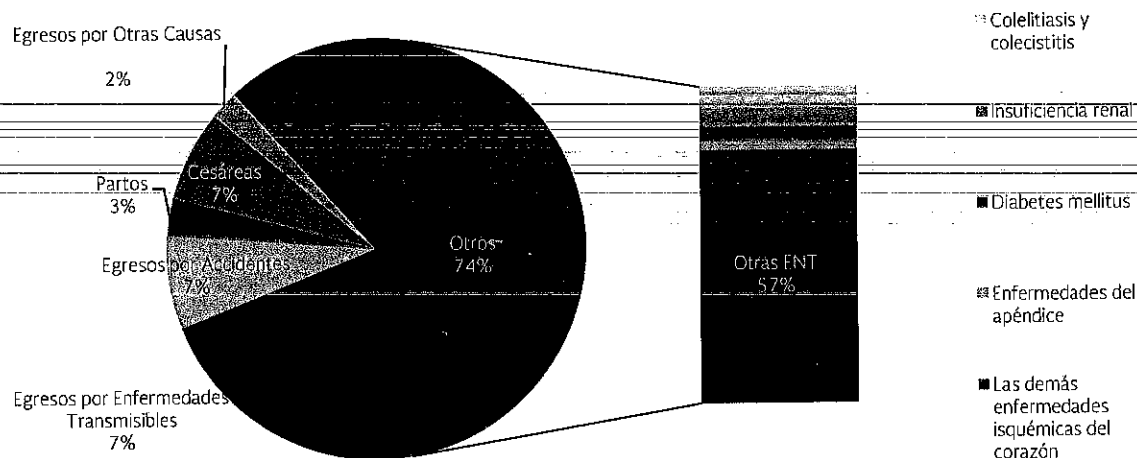


Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2010-2013.

Con respecto al grupo de patologías que generaron la mayoría de los egresos hospitalarios, destaca el de ECNT por ser el más representativo (Gráfica 11), que llega a ocupar casi 75 por ciento de los mismos.

IFA 2014

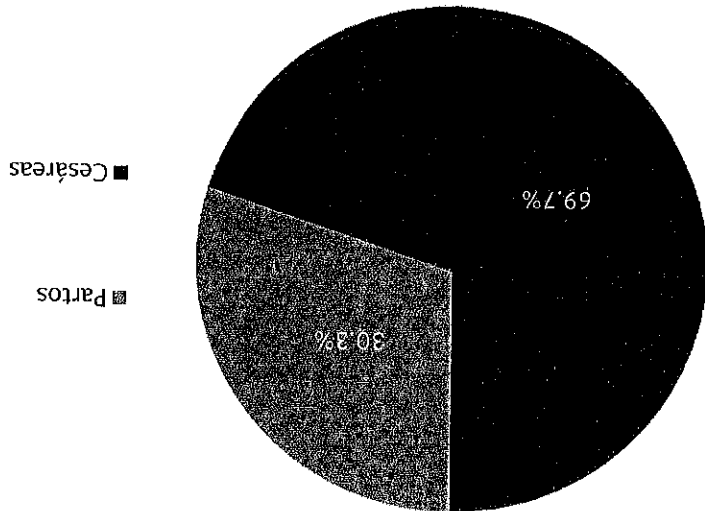
**Gráfica 11. Distribución de los egresos hospitalarios por tipo de patología, ISSSTE 2013**



Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

Las causas obstétricas aportan uno de cada diez egresos hospitalarios en el ISSSTE. En 2013 se registraron 37,987 nacimientos, de los cuales 26,491 fueron cesáreas, representando 69.7 por ciento. Esta cifra es muy elevada si se considera que el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) reporta un índice de 32.8 por ciento para el 2012. A pesar de que la normatividad vigente en México instruye, con base en argumentos médicos, la disminución en el número de cesárea practicadas; en el Instituto la relación existente entre las cesáreas y los partos es tradicionalmente alta para las primeras, por lo cual, aún es un tema pendiente la racionalización de estos procedimientos quirúrgicos favoreciendo siempre la alternativa clínica más efectiva para las derechohabientes. La Gráfica 12 muestra la proporción entre partos y cesáreas realizadas en 2013.

Gráfica 12. Distribución de la relación parto - cesáreas, ISSSTE 2013



Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

En la Tabla 1 se presentan las principales causas de mortalidad hospitalaria, cuatro de las cinco principales son enfermedades crónicas no transmisibles: enfermedades de corazón, tumores malignos, la diabetes mellitus tipo 2 y la insuficiencia renal. El grupo etario más afectado es el de 65 años y más ocupando 65 por ciento (10,129) del total de los casos. Las cinco principales causas de mortalidad hospitalaria se detallan.

Tabla 1. Principales causas de mortalidad hospitalaria, ISSSTE 2013

Ranking	Enfermedad	Casos	Porcentaje
1	Enfermedades del corazón	2,156	14.44%
2	Tumores malignos	1,923	12.88%
3	Diabetes mellitus tipo 2	1,754	11.75%
4	Influenza y Neumonía	1,298	8.69%
5	Insuficiencia renal	880	5.89%
<b>Total</b>		<b>8,011</b>	<b>53.66%</b>

Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

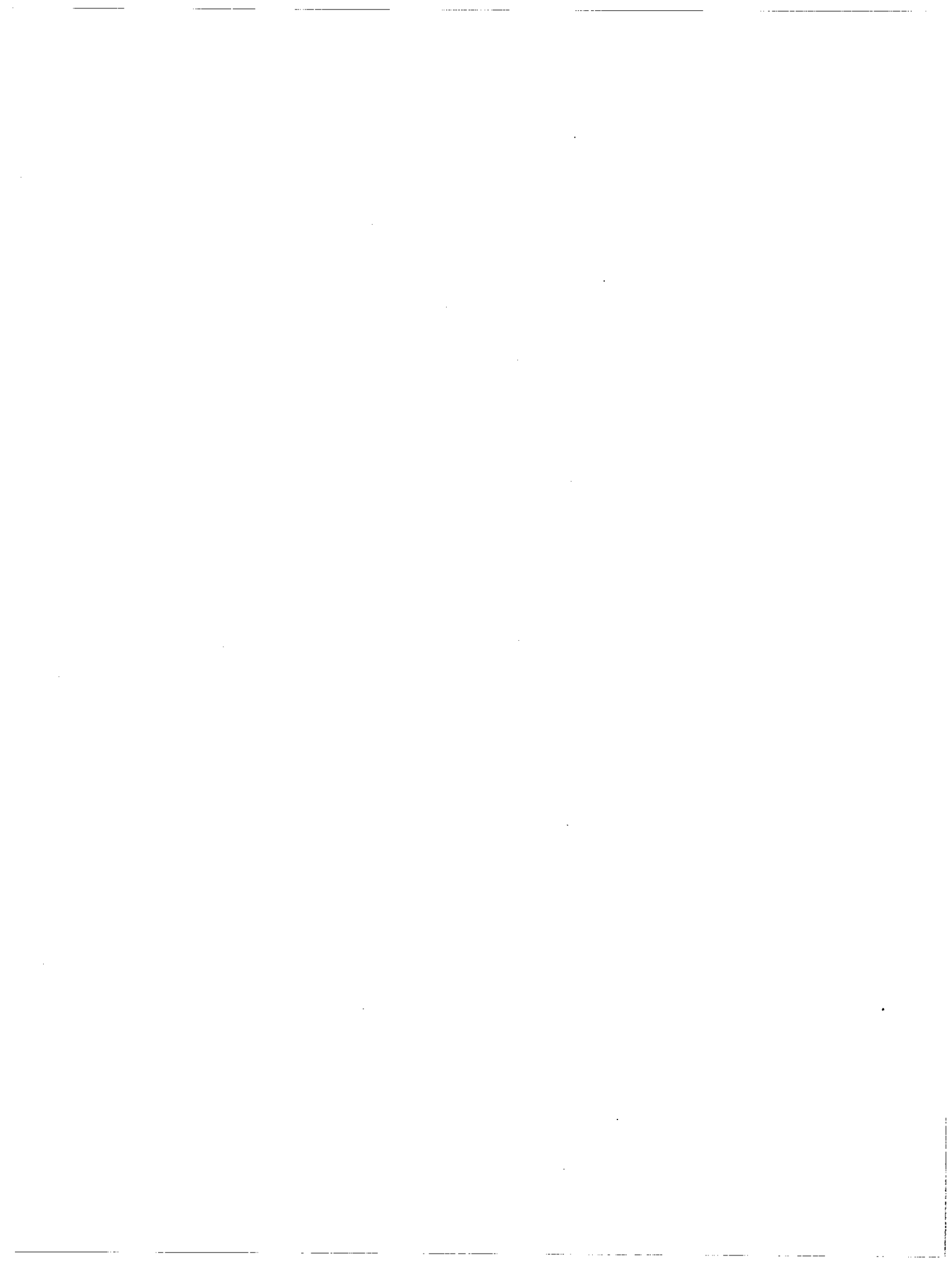
Con respecto a las enfermedades transmisibles (infecto-contagiosas), por ejemplo, la influenza aún es causa de hospitalización y muerte, sobre todo en los grupos de alto riesgo (niños pequeños, ancianos, mujeres embarazadas y enfermos de padecimientos

## IFA 2014

crónicos). El contagio de la enfermedad sigue un patrón estacional con periodos críticos durante el otoño y el invierno.

Se enfatiza que el ingreso de cuotas y aportaciones sólo crece al ritmo del volumen de los salarios de los trabajadores cotizantes, mientras los gastos derivados de los beneficios, especialmente los servicios de salud y las pensiones, dependen del contexto demográfico y epidemiológico. Por ello, es necesario fortalecer los programas de prevención para revertir el impacto negativo que los factores de riesgo y las ECNT tienen en la salud y en la calidad de vida de los derechohabientes del Instituto.

Finalmente, el Instituto está diseñando nuevas estrategias para el manejo integral de pacientes crónicos en cada nivel de atención con base en las mejores prácticas nacionales e internacionales.





# CAPÍTULO II. SITUACIÓN FINANCIERA



## SITUACIÓN FINANCIERA

En este capítulo se presenta la información financiera del ISSSTE al cierre de 2013.<sup>6</sup> La información presentada incluye el conjunto de las finanzas del ISSSTE Asegurador<sup>7</sup> y los órganos administrativos desconcentrados: PENSIONISSTE, FOVISSSTE, TURISSTE y SUPERISSTE. El presente capítulo cumple con lo señalado en el Artículo 214, fracción XIX de la Ley del ISSSTE.

En el Ejercicio Fiscal 2013, los ingresos ascendieron a 84,201 millones de pesos (mdp), mientras que el total de costos y gastos alcanzó un importe de 93,461 mdp. Las transferencias del Gobierno Federal al ISSSTE (14,570 mdp) sirvieron para saldar el déficit de operación de seis de los nueve fondos del Instituto. El resultado contable del ejercicio fue de 5,310 mdp.

### Estados Financieros

Los Estados Financieros tienen por objeto proveer información sobre la situación financiera del Instituto que permita valorar la gestión de la administración y facilitar la toma de decisiones. Estos muestran los resultados de la totalidad de las operaciones cuantificables en términos monetarios y las variaciones en el patrimonio y flujos de efectivo para el Ejercicio Fiscal 2013.

El ISSSTE integró sus Estados Financieros con base en el Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal vigente y ha cumplido con el resto de la normatividad emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Derivado de la actualización del plan de cuentas requerido en el citado manual, se realizaron

<sup>6</sup>Los nueve Fondos son Seguro de Salud, Invalidez y Vida, Prestaciones Sociales y Culturales, Riesgos del Trabajo, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, Préstamos Personales, Préstamos Hipotecarios y FOVISSSTE, PENSIONISSTE y Administración.

<sup>7</sup>TURISSTE se incluye en las cifras de ISSSTE Asegurador en el fondo de Prestaciones Sociales y Culturales.

adecuaciones en la presentación de los Estados Financieros para 2013, por lo que algunos rubros no son comparables respecto a los del ejercicio anterior.

Adicionalmente y con objeto de atender lo previsto en la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se incluyó en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal la relación de los bienes muebles e inmuebles que conforman el patrimonio del ISSSTE, misma que fue publicada por primera vez en la página web del Instituto. Esto fue posible mediante el fortalecimiento y actualización del Sistema Integral de Control y Tráfico de Activos Fijos (SICTAFI).

Derivado del seguimiento de las acciones determinadas por la Auditoría Superior de la Federación, se logró la atención de la totalidad de las observaciones de los ejercicios 2011 y anteriores. Asimismo, en lo correspondiente al Órgano Interno de Control (OIC), se presentó una disminución de las observaciones en proceso de atención.

En las secciones siguientes se muestra el análisis del Estado de Actividades que presenta el detalle de los flujos de ingresos y gastos por seguro o fondo y el Estado de Situación Financiera que refleja la situación de activos, pasivos y patrimonio.

### Estado de Actividades

El Estado de Actividades muestra los ingresos, gastos y otras erogaciones del Instituto para el Ejercicio Fiscal 2013. Su objetivo es determinar la existencia o no de ahorro (antes superávit) para el Ejercicio Fiscal.

I. Los ingresos del año, sin considerar las transferencias del Gobierno Federal ascendieron a 84,201 mdp. Estos no mostraron una variación significativa respecto a 2012, aún con el crecimiento inercial de las cuotas y aportaciones de seguridad social para el Instituto y la disminución del consumo bienes que ofrece SUPERISSSTE.

II. El total de costos y gastos alcanzó un importe de 93,461 mdp.

## IFA 2014

III. Las transferencias del Gobierno Federal al ISSSTE disminuyó en 7.58 por ciento, pasando de 15,765 mdp en 2012 a 14,570 mdp en 2013. Dichos ingresos sirvieron para saldar el desahorro del ejercicio en seis de los nueve fondos del Instituto.

El Estado de Actividades se presenta en la Tabla 2 en donde se detalla el registro contable por cada uno de los seguros, prestaciones y servicios en cumplimiento a la Ley del ISSSTE.

Sus resultados se muestran a continuación:

### A) Seguro de Salud

En 2013, el Seguro de Salud del ISSSTE presenta un resultado de operación deficitario por 2,341 mdp; es decir, los ingresos por 49,377 mdp resultaron insuficientes para cubrir el gasto de funcionamiento del seguro que ascendió a 52,046 mdp. Este seguro se mantuvo deficitario por 113 mdp, a pesar de la aplicación de las transferencias del Gobierno Federal por 2,228 mdp.

### B) Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez

En lo referente al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, en 2013 se registraron ingresos por cuotas y aportaciones de 13,573 mdp, mismos que son transferidos al Gobierno Federal de conformidad con la Ley del ISSSTE. Por el lado del gasto, sobre este fondo se asignaron 49.05 por ciento de los costos comunes (gastos que no están asociados directamente a un solo seguro, prestación o servicio) del Instituto, lo que genera un resultado de operación deficitario por 4,217 mdp, mismo que fue compensado mediante transferencias del Gobierno Federal.

### C) Fondo de Prestaciones Sociales y Culturales

El Fondo de Prestaciones Sociales y Culturales también mostró un resultado deficitario por 2,240 mdp en 2013. Este resultado es atribuible, principalmente, al ajuste de ejercicios anteriores que tuvo un impacto de 1,799 mdp en el fondo. Adicionalmente, los ingresos por cuotas y aportaciones que ascendieron a 3,486 mdp no fueron suficientes para cubrir

el monto por gasto de funcionamiento que ascendió a 5,904 mdp y que, al igual que los fondos anteriores, fueron cubiertos por transferencias del Gobierno Federal.

#### D) Seguro de Riesgos del Trabajo

El Seguro de Riesgos del Trabajo cerró el Ejercicio Fiscal 2013 con un déficit de operación de 1,817 mdp. Luego de la aplicación de las transferencias del Gobierno Federal por 2,583 mdp, el remanente del ejercicio para este fondo fue positivo por 766 mdp que, por mandato de la Ley del ISSSTE y en cumplimiento al convenio firmado con la SHCP, corresponden al Gobierno Federal.

#### E) Seguro de Invalidez y Vida

El Seguro de Invalidez y Vida cerró el Ejercicio Fiscal 2013 con un déficit de operación de 1,225 mdp. Tras la aplicación de las transferencias del Gobierno Federal por 2,524 mdp, el remanente del ejercicio para este fondo fue positivo por 1,299 mdp que, de igual forma, corresponden al Gobierno Federal.

#### F) Otros Fondos

Los fondos que tuvieron resultados positivos al final de 2013 fueron el de Préstamos Personales y PENSIONISSSTE, con un ahorro de 2,456 mdp y 903 mdp, respectivamente. Es importante señalar que, en ambos casos, el remanente está comprometido por Ley con la prestación que les da origen. En el caso del fondo para Préstamos Personales, sus rendimientos se deben aplicar a la revolvencia del mismo para seguir otorgando nuevos préstamos, mientras que el remanente de operación de PENSIONISSSTE debe reinvertirse en las cuentas individuales de los trabajadores en cumplimiento al Artículo 104 de la Ley del ISSSTE. Finalmente, el fondo de Administración tuvo un desahorro por 777 mdp, el cual fue compensado por transferencias federales.

IFA 2014

Tabla 2. Estado de Actividades por fondos al 31 de diciembre de 2013 (millones de pesos)

Denominación	Salud	Invalidez y vida	Prest. Soc. y Cult.	Riesgos del Trabajo	RCV	Préstamos Personales	Prés. Hip. y FOVISSSTE	PENSION- ISSSTE	Adminis- tración	Total
<b>INGRESOS DE LA GESTIÓN</b>										
<b>CUOTAS Y APORTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL I/</b>										
Cuotas	49,107	3,538	3,485	2,068	13,573	0			0	71,771
Aportaciones	10,972	1,808	1,446		8,867	0			0	23,094
Cuota social	24,909	1,729	2,039	2,068	4,706	0			0	35,451
<b>OTROS INGRESOS Y BENEFICIOS</b>										
Intereses Ganados de Valores	271	13	1,771	8	191	99	817	1,390	523	5,082
Otros ingresos y Beneficios Varios	28	0	7	0	128	98		1	444	706
Prestación de Servicios	241	13	1,712	8	62	0	817	1,389	80	4,322
	2		52			0			0	54
<b>INGRESOS POR VENTAS DE BIENES Y SERVICIOS</b>										
Venta de Bienes de SUPERISSSTE			4,901			2,446				7,347
Ingresos por Servicios Turísticos			4,621							4,621
			280							280
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>49,377</b>	<b>3,551</b>	<b>10,157</b>	<b>2,076</b>	<b>13,764</b>	<b>2,545</b>	<b>817</b>	<b>1,390</b>	<b>524</b>	<b>84,201</b>
<b>COSTOS</b>										
Costo de Venta de SUPERISSSTE			4,307							4,307
Costo de Venta por Servicios Turísticos			4,084							4,084
			223							223
<b>GASTOS</b>										
<b>GASTOS DE FUNCIONAMIENTO</b>										
Servicios de Personal	52,047	533	5,904	267	5,515	49	817	484	1,166	66,782
Materiales y Suministros	25,380	270	4,110	135	2,812	21	355	198	-110	33,172
Servicios Generales	14,935	10	203	5	99	1	20	3	155	15,431
	11,731	252	1,590	127	2,604	27	442	283	1,120	18,179
<b>OTROS GASTOS Y PÉRDIDAS EXTRAORDINARIAS</b>										
	-670	3,029	1,845	2,762	12,467	40		3	135	19,610

Denominación	Salud	Invalidez y vida	Prest. Soc y Cult	Riesgos del Trabajo	RCV	Préstamos Personales	Prés. Hip. y FOVISSSTE	PENSION- ISSSTE	Adminis- tración	Total
Régimen Anterior y Disposiciones Transitorias de Ley 2/		2,160		1,258	13,444					16,862
Aportación para Compra de Montos Constitutivos 3/		966		1,552	11					2,528
Depreciaciones y Estimaciones	295	38	46	19	383				207	987
Ajustes de Ejercicios Anteriores	-965	-134	1,799	-67	-1,371	40		3	-72	-768
<b>GASTOS POR RESERVAS</b>	<b>342</b>	<b>1,214</b>	<b>342</b>	<b>864</b>						<b>2,762</b>
Reserva Financiera y Actuarial		872		522						1,395
Reserva de Operación para Contingencia y Financiamiento	336	336	336	336						1,344
Reserva General Financiera y Actuarial	6	6	6	6						24
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>51,719</b>	<b>4,776</b>	<b>8,091</b>	<b>3,893</b>	<b>17,982</b>	<b>89</b>	<b>817</b>	<b>487</b>	<b>1,301</b>	<b>89,154</b>
<b>TOTAL COSTOS Y GASTOS</b>	<b>51,719</b>	<b>4,776</b>	<b>12,397</b>	<b>3,893</b>	<b>17,982</b>	<b>89</b>	<b>817</b>	<b>487</b>	<b>1,301</b>	<b>93,461</b>
<b>RESULTADO DE OPERACIÓN</b>	<b>-2,341</b>	<b>-1,225</b>	<b>-2,240</b>	<b>-1,817</b>	<b>-4,218</b>	<b>2,456</b>	<b>-0</b>	<b>903</b>	<b>-777</b>	<b>-9,260</b>
<b>SUBSIDIOS Y TRANSFERENCIAS</b>	<b>2,228</b>	<b>2,524</b>	<b>2,240</b>	<b>2,583</b>	<b>4,218</b>				<b>777</b>	<b>14,570</b>
<b>AHORRO/DESAHORRO DEL EJERCICIO</b>	<b>-113</b>	<b>1,299</b>	<b>0</b>	<b>766</b>	<b>0</b>	<b>2,456</b>	<b>-0</b>	<b>903</b>	<b>0</b>	<b>5,310</b>

Notas: 1/ Las cuotas y aportaciones, así como los gastos incluyen el régimen del Décimo Transitorio de la Ley del ISSSTE y el régimen de Cuentas Individuales.  
 2/ Total de las cuotas y aportaciones reintegradas a la SHCP, conforme lo señalado en Artículo Décimo Noveno Transitorio de la Ley del ISSSTE.  
 3/ Total de las cuotas y aportaciones pagadas a las aseguradoras.  
 4/ Se cubre el déficit con las Transferencias del Gobierno Federal en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 231 de la Ley del ISSSTE.  
 Fuente: ISSSTE, Subdirección de Contaduría, 2013.



## IFA 2014

### Estado de Situación Financiera

El Estado de Situación Financiera muestra el resultado de los activos, pasivos y patrimonio del Instituto al cierre de 2013. Los activos del Instituto, que incluyen efectivo, bienes y derechos, ascendieron a 154,297 mdp en 2013, monto similar al del cierre de 2012.

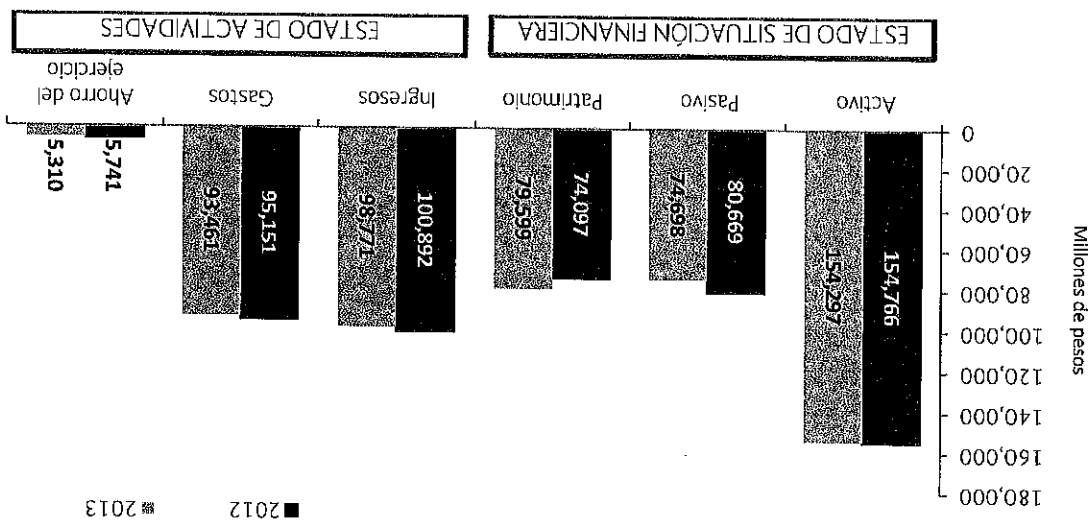
Los pasivos totales del Instituto representaron 74,698 mdp en 2013, equivalente a 48.41 por ciento del total de los activos del ISSSTE. Este saldo significó una disminución de 5,971 mdp, que equivale a 7.4 por ciento, respecto al año anterior. En 2013, el pasivo del Instituto estaba compuesto de la siguiente forma:

- 68.6 por ciento por reservas de Ley a favor de los trabajadores.
- 17.0 por ciento por proveedores, contratistas y retenciones a favor de terceros.
- 14.4 por ciento por otras deudas a cargo de los órganos administrativos desconcentrados, nómina de pensionistas, otros deudores por pagar y provisiones a corto plazo.

Como resultado de lo anterior, el patrimonio del Instituto aumentó en 5,503 mdp, en relación al Ejercicio Fiscal 2012 y alcanzó una cifra de 79,599 mdp, que representa 51.59 por ciento del total de los activos del ISSSTE al cierre de 2013.

La Gráfica 13 muestra el comparativo entre 2012 y 2013 de los diferentes conceptos mencionados en el Estado de Situación Financiera y el Estado de Actividades.

**Gráfica 13. Estado de Situación Financiera y Estado de Actividades comparativo 2012-2013, incluyendo transferencias del Gobierno Federal (millones de pesos)**



Fuente: Estados Financieros dictaminados del Instituto, ISSSTE, Subdirección de Contaduría, 2013.

En suma, el estado de las finanzas del Instituto en conjunto mostró un favorable balance entre ingreso y gasto con un ahorro (superávit) de 5,310 mdp. Sin embargo, como se pudo observar anteriormente, un análisis más profundo de cada uno de los nueve fondos del Instituto revela que dicho resultado se debe al contrapeso de los 14,570 mdp recibidos como transferencias federales, que solventaron el déficit verificado en seis de los nueve fondos. En ese sentido, durante el Ejercicio Fiscal que se reporta, el ISSSTE mantuvo una alta dependencia en los subsidios federales para sostener su operación.

### Distribución de gastos comunes y clasificación del gasto

Por Ley, los ingresos y gastos de cada seguro, prestación y servicio, así como de las reservas, se registran contablemente por separado. Los gastos comunes se sujetan a una regla de carácter general para la distribución de costos, la Tabla 3 detalla los porcentajes de distribución.

IFA 2014

**Tabla 3. Distribución de los gastos comunes por fondo**

Seguro, prestación y servicio	Porcentaje
Salud	37.85%
Invalidez y Vida	4.80%
Prestaciones sociales y culturales	5.89%
Riesgos del Trabajo	2.41%
Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	49.05%

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Contaduría, 2013.

La Auditoría Superior de la Federación (ASF), a través de los resultados de la Cuenta Pública 2011, recomendó al Instituto la revisión del porcentaje que se aplica a cada seguro y reserva para distribuir los gastos comunes, ya que no ha tenido cambios desde el Ejercicio Fiscal 2008.

Para el Ejercicio Fiscal 2013, la regla de distribución de gastos comunes asignó una cantidad importante de éstos al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (49.05%).

Atendiendo las observaciones de la ASF, en abril de 2014 se comenzó a aplicar un nuevo porcentaje de prorrateo de gastos comunes, que recogió la experiencia en el comportamiento de gasto acumulada hasta 2012, cuya distribución se muestra en la Tabla 4.

**Tabla 4. Distribución de los gastos comunes por fondo 2014**

Seguro, prestación y servicio	Porcentaje
Salud	87.10%
Invalidez y Vida	4.70%
Prestaciones sociales y culturales	5.90%
Riesgos del Trabajo	2.30%

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Contaduría, 2013.

**Pasivos laborales del ISSSTE en su calidad de patrón**

El pasivo laboral representa las obligaciones derivadas de las prestaciones establecidas en la Ley Federal del Trabajo y las Condiciones Generales de Trabajo que tiene el Instituto

con sus trabajadores en su calidad de patrón. La Ley del ISSSTE en el Artículo 214, Fracción XIX establece la obligación del Instituto de "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... d) la estimación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal". La Tabla 5, describe las obligaciones establecidas en la Ley Federal del Trabajo y en las Condiciones Generales de Trabajo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que son utilizadas en la valuación del pasivo laboral del ISSSTE como patrón.

Descripción	Beneficio
<p>Será pagadera en el caso de muerte, invalidez o incapacidad, despido y separación voluntaria de algún trabajador. El monto de la prima será equivalente a 12 días del último salario por cada año de servicio. En caso de separación voluntaria se establece el requisito de haber cumplido 15 años de servicio.</p> <p>La indemnización consiste en 20 días de salario por cada uno de los años de servicio prestados; más el importe de tres meses de salario.</p> <p>Pago de gastos por defunción del trabajador a los deudos o a la persona que acredite haber pagado los gastos funerarios, por un monto de cuatro meses del total de percepciones que devengaba el trabajador fallecido, incluyendo la parte proporcional del aguinaldo a que tuviere derecho, en un término no mayor de tres días después de haber presentado la documentación respectiva. Si el pago de los gastos de defunción los efectúa una persona que no sea familiar del trabajador fallecido y éstos resulten inferiores a los cuatro meses del total de percepciones, incluyendo la parte proporcional del aguinaldo, la diferencia se entregará a los deudos de dicho trabajador.</p> <p>El día 1 de octubre, como estímulo de aniversario, el Instituto otorga a sus trabajadores premios por antigüedad: diploma, moneda de oro o su equivalente a la cotización del primer día hábil de septiembre del año en que el trabajador se haga acreedor a dicho estímulo.</p> <p>Beneficio equivalente un mes de salario bruto para los trabajadores que acrediten haber causado baja por jubilación (a partir de los veintiocho años en el caso de las mujeres) o que cumplan treinta años de servicio.</p>	<p>Prima de antigüedad (Artículo 162 de la Ley Federal del Trabajo)</p> <p>Indemnizaciones por despido (Artículos 48, 49 y 50 de la Ley Federal del Trabajo)</p> <p>Pago de gastos por defunción del trabajador (Artículo 87, Fracción XI, de las Condiciones Generales de Trabajo del ISSSTE)</p> <p>Bonos por reconocimiento de antigüedad (Artículo 87, Fracción VII, de las Condiciones Generales de Trabajo del ISSSTE)</p> <p>Pago a la jubilación (Artículo 87, fracción XV, de las Condiciones Generales de Trabajo del ISSSTE)</p>

Fuente: Ley Federal del Trabajo y Condiciones Generales de Trabajo del ISSSTE.

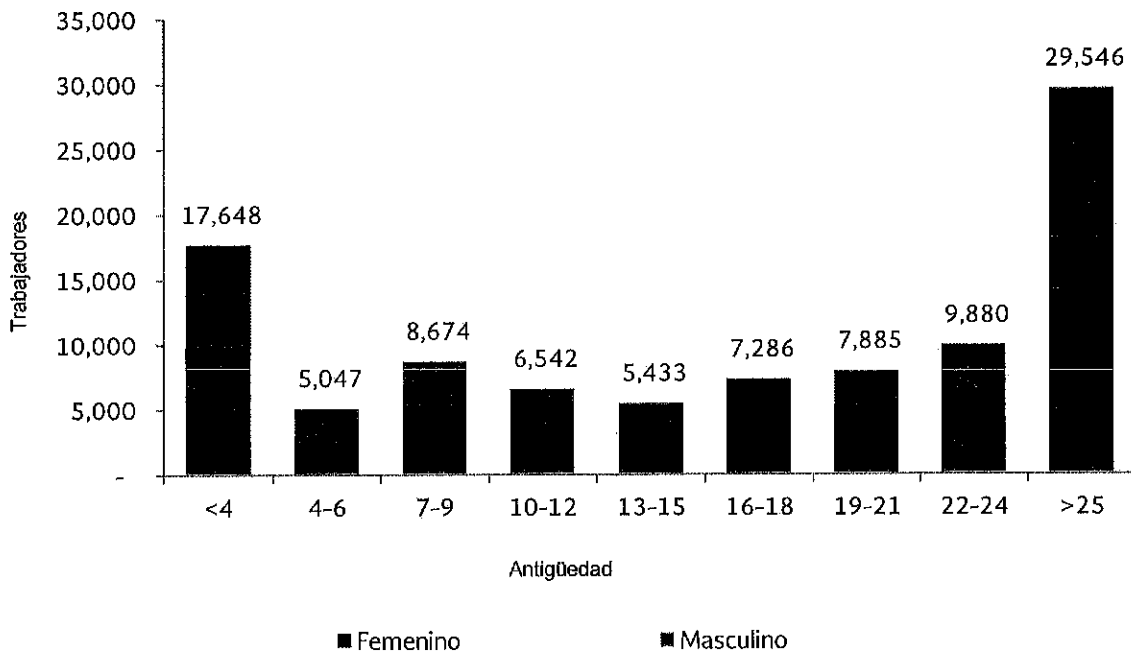
IFA 2014

**Análisis de la población**

Al cierre de 2013, laboraban en el ISSSTE 97,941 trabajadores, cuya edad promedio era de 46.19 años y su antigüedad promedio de 16.63 años. El sueldo promedio mensual integrado era de 17,713 pesos y la nómina anual de 20,818 mdp.

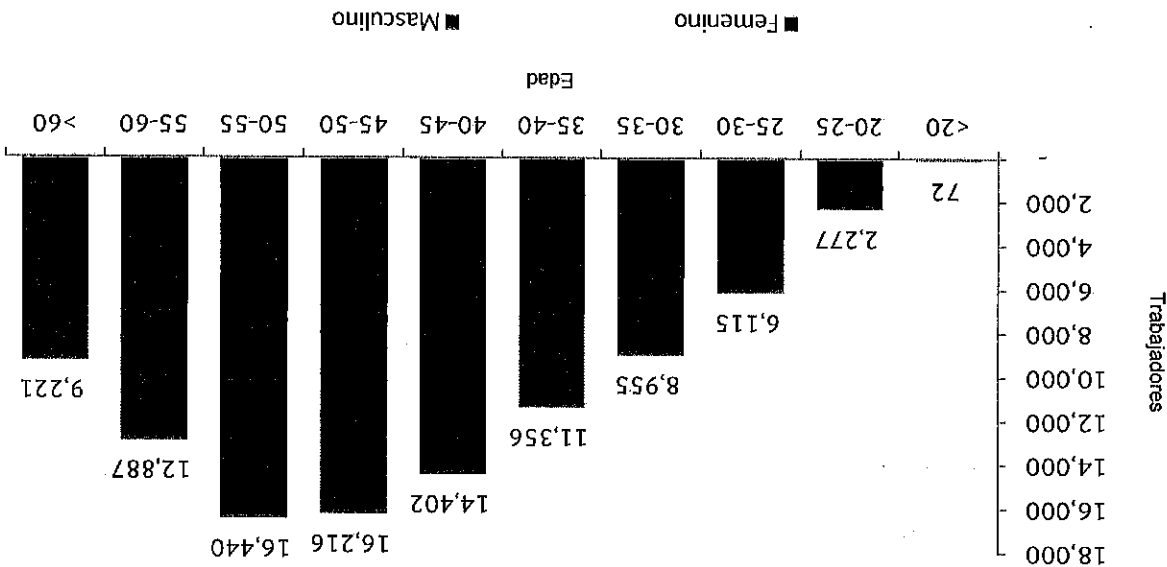
Las gráficas 14, 15 y 16 ilustran la distribución de los trabajadores del ISSSTE por tiempo de servicio o antigüedad, edad y por salario integrado mensual, respectivamente.

**Gráfica 14. Distribución de empleados por antigüedad**



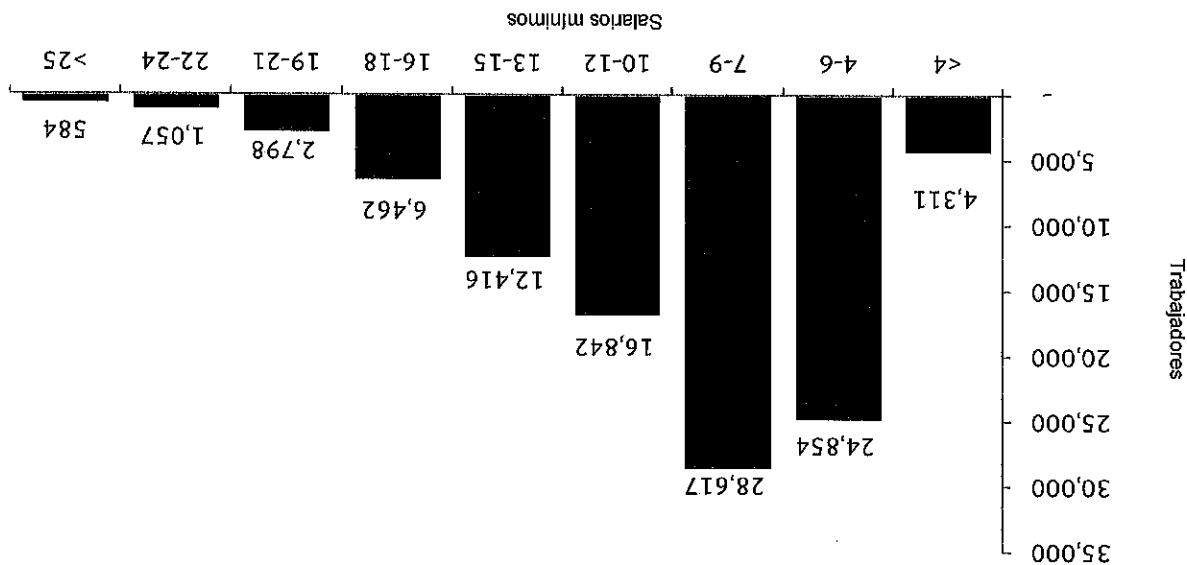
Fuente: ISSSTE, Subdirección de Personal, 2013.

Gráfica 15. Distribución de empleados por edad



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Personal, 2013.

Gráfica 16. Distribución de trabajadores del ISSSTE por salario integrado mensual al 31 de diciembre de 2013



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Personal, 2013.

IFA 2014

**Principales resultados**

La Ley del ISSSTE señala en el Artículo 214, fracción XIX, inciso d, que el Informe deberá incluir la estimación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un Ejercicio Fiscal.

Al cierre de 2013, el pasivo actuarial (Obligaciones por Beneficios Definidos, OBD) asciende a 7,888 mdp, la Tabla 6 detalla las obligaciones valuadas.

**Tabla 6. Obligaciones (OBD) al 31 de diciembre de 2013, según entidad y dependencia (millones de pesos)**

Entidad	ISSSTE	SUPERISSSTE	TURISSSTE	FOVISSSTE	PENSION- ISSSTE	Total
<b>Beneficios directos a largo plazo</b>						
Bonos por reconocimiento de antigüedad	3,888.1	319.7	14.4	38.0	11.7	4,272.0
<b>Beneficios por terminación</b>						
Prima de antigüedad	224.5	15.3	0.6	2.2	0.3	242.9
Indemnización por despido	72.8	6.6	0.3	0.7	0.5	80.9
Gastos por defunción del trabajador	88.2	6.6	0.3	0.9	0.3	96.2
<b>Beneficios por jubilación</b>						
Prima de antigüedad	1,491.0	100.5	3.7	14.4	0.9	1,610.6
Indemnización	758.5	51.4	2.0	7.3	0.5	819.6
Pago a la jubilación	708.7	48.0	1.9	6.9	0.5	766.0
<b>Total de obligaciones</b>	<b>7,231.9</b>	<b>548.0</b>	<b>23.2</b>	<b>70.4</b>	<b>14.8</b>	<b>7,888.2</b>

Nota: La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.  
Fuente: Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas S.A. de C.V., 2013.

La estimación anterior se realizó con base en la Norma de Información Financiera D3 (NIF D3) aprobada por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera, A.C. (CINIF) que establece las reglas para la valuación, reconocimiento, presentación y revelación de los pasivos laborales contingentes.

Cabe señalar que, durante el Ejercicio Fiscal 2013, el ISSSTE registró en cuentas de orden 6,035 mdp por concepto de pasivos laborales estimados en el IFA 2013, sin afectar el resultado del ejercicio. El aumento se explica porque, hasta 2012, no se había valuado el rubro correspondiente al pago por jubilación, cuyo pasivo actuarial equivale a 766 mdp; además, por primera vez se incluyó el pasivo laboral de FOVISSSTE (70 mdp).

En apego a la normatividad contable aplicable a las entidades y dependencias sujetas al apartado "B" del Artículo 123 Constitucional, el Instituto cumple con todas sus obligaciones a través de una prima de gasto; por lo que sólo se financian los gastos en curso de pago y, por lo tanto, no se generan reservas. Adicional a los resultados anteriores, el estudio actuarial arroja que durante el Ejercicio Fiscal 2014, se generará un Costo Neto del Periodo de 740.05 mdp que incluye los siguientes conceptos:

- Costo laboral del servicio actual: generado por el reconocimiento de un año más de antigüedad de los trabajadores.
- Costo financiero del pasivo laboral acumulado: costo del financiamiento por el periodo atribuible a los pasivos laborales del Instituto.
- Costo Laboral del servicio pasado: representa la amortización o reconocimiento del pasivo actuarial (obligación por beneficios definidos del primer año de aplicación reconocido al inicio del periodo para el año 2014).

## Otros pasivos contingentes

El ISSSTE, en su calidad de organismo descentralizado de la Administración Pública Federal y de proveedor de servicios para una población amplia, es susceptible de recibir demandas que versan, principalmente, en torno a las condiciones de la prestación de los servicios y su costo. Tales demandas generan procesos, que son discutidos y resueltos tanto por Juzgados Federales como del Fuero Común y, en algunos casos, gastos en perjuicio del Instituto. En tal sentido, al 31 de diciembre de 2013 se reportaron 102 casos en materia de Responsabilidad Patrimonial del Estado, los cuales se caracterizan porque se originan en la solicitud de una indemnización por reparación de los daños y perjuicios causados a derechohabientes, ya sea por omisiones o deficiencias del ISSSTE en la prestación de sus



## IFA 2014

servicios. Estos procesos judiciales (para efectos de instruir, notificar y resolver los recursos en esta materia) contaron con un pasivo contingente de 294.70 mdp.

En materia laboral (despidos, indemnización por procesos de despido injustificado, pago de sueldos caídos, entre otros) se cuenta con 3,748 juicios que representan un pasivo contingente por la cantidad de 3,051.43 mdp. Estos procesos competen tanto a la Junta de Conciliación y Arbitraje como al Tribunal Federal.

En el ámbito civil, existieron 1,251 casos (desacuerdos en los procesos de arrendamientos de inmuebles, de adjudicación de concursos, licitaciones, etc.) y el pasivo contingente asociado a ellos ascendió a la cantidad de 457.41 mdp.

### **Pasivos devengados con cargo al siguiente ejercicio fiscal**

De conformidad con la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, los ejecutores del gasto informan a la SHCP, antes del último día de febrero de cada año, el monto y las características de su deuda pública flotante o pasivo circulante al cierre del Ejercicio Fiscal anterior.

La Ley mandata que, una vez concluida la vigencia del Presupuesto de Egresos, sólo proceden los pagos por conceptos efectivamente devengados en el año que corresponda, siempre que las operaciones se hayan contabilizado debida y oportunamente, sean contempladas en el Presupuesto de Egresos y se presenten en un informe. Por ello, las erogaciones previstas en el Presupuesto de Egresos que no se encuentren devengadas al 31 de diciembre no pueden ejercerse.

Al cierre del Ejercicio Fiscal 2013, el Instituto contó con un monto de pasivos devengados por 2,628 mdp, que serán pagados con cargo al Ejercicio Fiscal 2014, mismos que fueron registrados en una provisión al gasto devengado con efecto en el resultado del ejercicio. Dicha provisión será cancelada conforme se registren las cuentas por liquidar certificadas en el gasto de 2014.



# CAPÍTULO III. RESERVAS E INVERSIONES



## RESERVAS E INVERSIONES

El Artículo 232 de la Ley del ISSSTE señala que el Instituto deberá constituir y contabilizar, para cada seguro y para el Fondo de Servicios Sociales y Culturales, la provisión y el respaldo financiero de las reservas. Lo anterior se realiza con el objetivo de coadyuvar en el debido y oportuno cumplimiento de las obligaciones contraídas por el ISSSTE. El presente capítulo cumple también con lo señalado en el Artículo 214, fracción XIX de la Ley del ISSSTE.

A continuación se hace referencia al uso y la aplicación de las diferentes reservas:

- Reserva de Operación (RO): tiene el objetivo de financiar las operaciones e inversiones presupuestadas para cada ejercicio en todos los seguros y servicios del Instituto.

Esta reserva recibe la totalidad de los ingresos por cuotas, aportaciones y cuota social del Seguro de Salud que administra el ISSSTE, así como la transferencia del Gobierno Federal para cubrir las cuotas y aportaciones que éste debe enterar. El Instituto puede disponer de la reserva sólo para realizar el pago de servicios, seguros, prestaciones, gastos administrativos, gastos de inversión o para constituir las otras tres reservas, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 235 de la Ley.

- Reserva Financiera y Actuarial (RFA): tiene como propósito financiar el pago de los beneficios de los seguros para los que se hubiera efectuado la provisión correspondiente (excepto el de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez), así como estabilizar el flujo de efectivo a corto y largo plazo.

La RFA tiene fondos separados por cada una de las coberturas del Seguro de Salud, que incluye el de trabajadores activos y pensionados, el Seguro de Invalidez y Vida y el de Riesgos del Trabajo. El manejo de estas reservas busca

el equilibrio entre las fuentes, el riesgo y los recursos para su financiamiento, pero depende de la naturaleza de los riesgos que afectan a cada seguro y sus respectivas coberturas.

- Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento (ROCF): tiene el propósito de enfrentar fluctuaciones adversas, aleatorias y de corto plazo en los ingresos y egresos del Instituto, atender necesidades adicionales en materia de inversiones físicas y gastos no presupuestados ocasionados por desastres naturales. Además, proporciona apoyo de corto plazo para todos los seguros y coberturas.

Esta reserva se separa en tres renglones previstos en el Artículo 239 de la Ley:
 

- De previsión: se utiliza para financiar gastos de inversión física cuando existan condiciones económicas que dificulten el avance planeado en los proyectos.

- Catastrófica: se destina a enfrentar los gastos causados por desastres naturales u otras causas de fuerza mayor que, por su naturaleza, no hayan sido aseguradas.

▪ Especiales: se utiliza en casos especiales previstos al momento de su constitución, con el propósito de enfrentar fluctuaciones adversas de corto plazo en los ingresos y egresos entendiendo por "especiales" cualquier eventualidad que enfrente el Instituto.

- Reserva General Financiera y Actuarial (RGFA): con esta reserva se enfrentan los efectos catastróficos o las variaciones financieras significativas en los Cesantía en Edad Avanzada y Vejez y al Fondo de la Vivienda.

IFA 2014

ingresos, los incrementos drásticos en los egresos derivados de problemas epidemiológicos o económicos severos y de larga duración que provoquen insuficiencia en la RFA.

Los montos que se destinan a la constitución de la RGFA se determinan con base en las fluctuaciones identificadas en el estudio actuarial. Dichos incrementos tienen un carácter anual y son aprobados por la Junta Directiva del ISSSTE.

Para la constitución de las diferentes reservas financieras aquí descritas, la Dirección de Finanzas elabora anualmente, con base en las cifras de presupuesto y en los estudios financieros y actuariales, el Programa Anual de Administración y Constitución de Reservas (PAACR), en el cual se reflejan los recursos disponibles que podrán ser destinados a incrementar las reservas financieras del Instituto.

**Saldo y constitución de las reservas**

En este apartado se describen los saldos de las reservas al cierre de 2013, comparando el saldo contable con el de mercado<sup>8</sup>. Del mismo modo, en el capítulo se detalla el incremento realizado a las reservas, conforme a lo establecido en el PAACR 2013.

En la Tabla 7 se muestra el saldo contable de las reservas al 31 de diciembre de 2013 que ascendió a 49,463 mdp.

**Tabla 7. Saldo contable de las reservas al 31 de diciembre de 2013 (millones de pesos)**

Reserva	Saldo al 31 de diciembre de 2013
<b>Reserva Financiera y Actuarial</b>	<b>39,094</b>
<i>Salud</i>	36,773
Trabajadores activos	6,650
Pensionados	30,123

<sup>8</sup>La diferencia entre saldo contable y saldo de mercado radica en que el contable no considera los intereses que se han generado hasta ese momento, ya que no han ingresado a las reservas debido a que no se ha cumplido el plazo establecido para su cobro; tampoco incluye la plusvalía o minusvalía registradas por la valuación de los instrumentos en los mercados financieros.

Reserva	
Saldo al 31 de diciembre de 2013	
Invalidez y Vida	1,672
Riesgos del Trabajo	650
Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento	9,383
Previsión	8,224
Catastrófica	1,159
Especiales	0
Reserva General Financiera y Actuarial	986
<b>Total reservas</b>	<b>49,463</b>

Nota: La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.  
Fuente: ISSSTE, Subdirección de Inversiones, 2013.

Al cierre del mismo año, el saldo de la RFA fue de 39,094 mdp, que equivalen a 79 por ciento del saldo total de las reservas. Dentro de la RFA, el rubro con mayor saldo corresponde a salud con 36,773 mdp (94% respecto al total de la RFA). Invalidez y Vida, por su parte, fue el segundo rubro con mayor saldo contable en esta reserva con 1,672 mdp (4%), mientras que el rubro de Riesgos del Trabajo contó con 650 mdp (2%).

Por otra parte, la ROCF fue la segunda con mayor saldo contable, con 9,383 mdp, que representaron 19 por ciento del saldo total de las reservas. Finalmente, la RGFA cerró el año con 986 mdp, equivalentes a 2 por ciento del total.

La Tabla 8 muestra un comparativo entre el saldo contable de las reservas y el saldo a valor de mercado. En ella, se observa que este último es 3 por ciento mayor al saldo contable, lo cual es reflejo de la diferencia antes mencionada.

**Tabla 8. Saldo de las reservas al 31 de diciembre de 2013 (millones de pesos)**

Tipo de reserva		Saldo contable al 31 diciembre de 2013	Saldo mercado al 31 diciembre de 2013
Reserva Financiera y Actuarial	Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento	39,094	39,985
Reserva General Financiera y Actuarial		986	1,053
<b>Total</b>		<b>49,463</b>	<b>50,972</b>

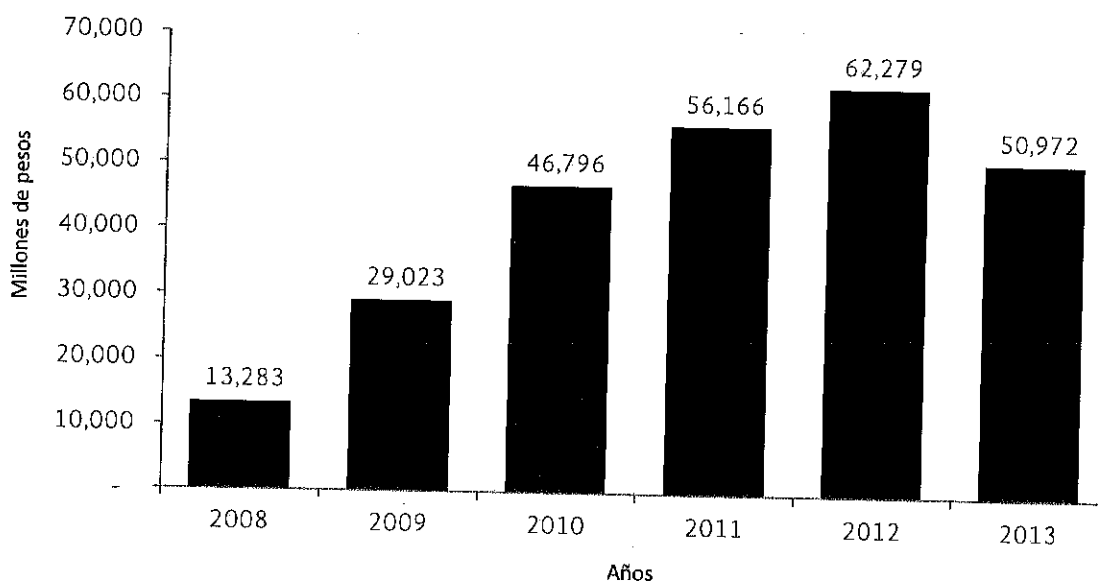
Fuente: ISSSTE, Subdirección de Inversiones, 2013.



IFA 2014

Como se observa en la Gráfica 17, con respecto a la evolución del saldo total a valor de mercado de las reservas del Instituto, éste se ha incrementado de 13,283 mdp al cierre de 2008 a 50,972 mdp al cierre de 2013.

**Gráfica 17. Evolución del saldo de las reservas a valor de mercado 2008-2013**  
(millones de pesos)



Fuente: ISSSTE, Informe del estado de las reservas, 2012 y 2013.

Cabe señalar que la disminución del saldo de las reservas en 2013 con respecto a 2012 se debió principalmente a la alza generalizada de las tasas de interés durante 2013 y a la transferencia a la SHCP de las cuotas y aportaciones de los Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo por un monto de 13,269 mdp que, de acuerdo con el convenio firmado el 31 de octubre de 2012 con la SHCP, debían ser devueltos.

En el PAACR 2013 se estableció un monto potencial a reservar de 3,010.8 mdp, el cual era equivalente a 31.3 por ciento del monto teórico recomendado por los estudios actuariales. Al respecto, durante los tres primeros trimestres del año el monto efectivamente reservado fue igual al programado por 746.2 mdp en cada trimestre, como se observa en la Tabla 9.

Durante el último trimestre del año, al establecer la provisión para el gasto devengado de la Reserva de Operación y considerar el orden de prelación para la aplicación de los recursos financieros del Instituto, de acuerdo con el Reglamento Financiero y de Reservas del ISSSTE, fue posible reservar 523.7 mdp, lo que representó 67.8 por ciento del monto programado para dicho trimestre (772.1 mdp).

Como resultado de este último incremento, el monto total que se reservó durante 2013 fue de 2,762.3 mdp, 92 por ciento del total previsto en el PAACR 2013. Esta situación contrasta positivamente con los resultados obtenidos en los ejercicios fiscales 2011 y 2012, en los que se reservó 72 por ciento y 24 por ciento de lo programado, respectivamente. Sin embargo, por tercer año consecutivo, las presiones de gasto no permitieron al Instituto reservar 100 por ciento de lo señalado por el PAACR.

**Tabla 9. Incremento a las reservas en el año 2013 (millones de pesos)**

Tipo de Reserva	PAACR 2013 (Objetivo)	Monto reservado marzo 2013	Monto reservado junio 2013	Monto reservado septiembre 2013	Monto reservado diciembre 2013	Monto acumulado total 2013
RFA	1,520.3	380.1	380.1	380.1	254.6	1,394.8
Salud	-	-	-	-	-	-
Trabajadores	-	-	-	-	-	-
Activos	-	-	-	-	-	-
Pensionados	-	-	-	-	-	-
Invalidez y Vida	950.9	237.7	237.7	237.7	159.3	872.4
Riesgos de	569.4	142.3	142.3	142.3	95.4	522.40
Trabajo	1,464.6	366.2	366.2	366.2	245.3	1,343.8
ROCF	1,288.9	322.2	322.2	322.2	215.9	1182.52
Provisión	175.8	43.9	43.9	43.9	29.4	161.3
Catastrófica	-	-	-	-	-	-
Especiales	25.9	-	-	-	23.7	23.7
RGFA	3,010.8	746.2	746.2	746.2	523.7	2,762.3
<b>Total</b>						

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Inversiones, 2013.

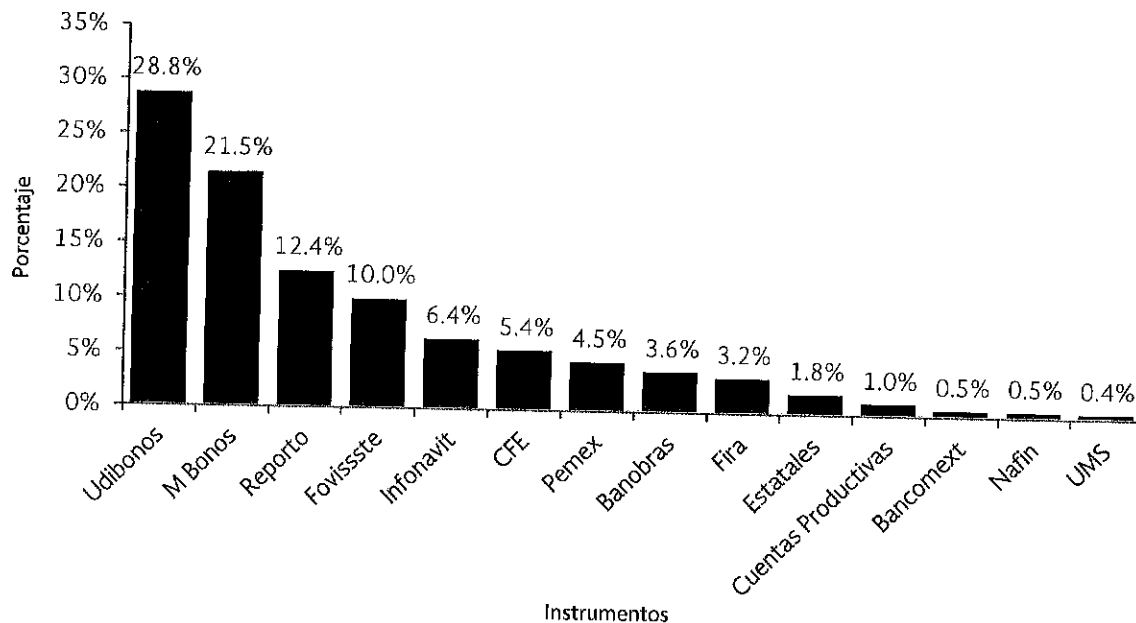
IFA 2014

**Composición y evolución de la inversión de las reservas**

Con base en las disposiciones de la Ley del ISSSTE y de acuerdo con las Políticas y Estrategias de Inversión del Instituto, las reservas pueden invertirse en instrumentos de deuda gubernamental, así como en emisiones de estados y municipios, del sector público paraestatal, de la banca de desarrollo, bursatilizaciones de entidades cuasi-gubernamentales, en reporto y cuentas productivas. En todos los casos los instrumentos pueden ser a tasa fija o revisable, en términos reales o nominales.

En la Gráfica 18 se muestra la distribución de las reservas por instrumento al cierre de 2013 y se observa que la inversión se concentró en Udibonos y Bonos M, lo cual representó 50.3 por ciento del total. Le sigue la inversión en bursatilizaciones de entidades cuasi-gubernamentales (Infonavit y Fovissste), que ascendieron a 16.4 por ciento.

**Gráfica 18. Composición por instrumento de la cartera de inversión de las reservas al 31 de diciembre de 2013**



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Inversiones, 2013.

En la desagregación de la inversión por reserva (Tabla 10) se observa que:

- RFA: concentró 50.2 por ciento de su saldo en Udibonos y Bonos M, seguidos por inversión en entidades casi-gubernamentales con 18.5 por ciento.
- ROCF: concentró 50.0 por ciento de su saldo en Udibonos y Bonos M, seguidos por inversión en entidades paraestatales, CFE y Pemex, principalmente, con 21.8 por ciento.
- RGFA: concentró 54.3 por ciento de su saldo en Udibonos y Bonos M, seguidos por inversión en entidades casi-gubernamentales con 18.3 por ciento.

**Tabla 10. Inversiones por tipo de instrumento a valor mercado según reservas para el año 2013 (millones de pesos)**

Tipo de instrumento	RFA	%	ROCF	%	RGFA	%	Total	%
Cuentas Productivas	258.6	0.6%	246.1	2.5%	24.0	2.3%	528.7	1.0%
Reporto	4,928.0	12.3%	1,318.0	13.3%	96.0	9.1%	6,342.0	12.4%
Bonos Tasa Real (Udibonos)	11,494.4	28.7%	2,837.6	28.6%	339.2	32.2%	14,671.2	28.8%
Bonos Tasa Fija Nominal (Bonos M)	8,593.6	21.5%	2,127.6	21.4%	232.5	22.1%	10,953.7	21.5%
Entidades Cuasi-Gubernamentales	7,411.1	18.5%	744.0	7.5%	192.2	18.3%	8,347.4	16.4%
Paraestatales	2,694.1	6.7%	2,170.6	21.8%	168.4	16.0%	5,033.1	9.9%
Banca de Desarrollo	3,528.1	8.8%	450.5	4.5%	-	-	3,978.6	7.8%
Estados y municipios	872.0	2.2%	40.7	0.4%	0.4	-	913.1	1.8%
Instrumentos emitidos en Dólares Americanos	204.6	0.5%	-	-	-	-	204.6	0.4%

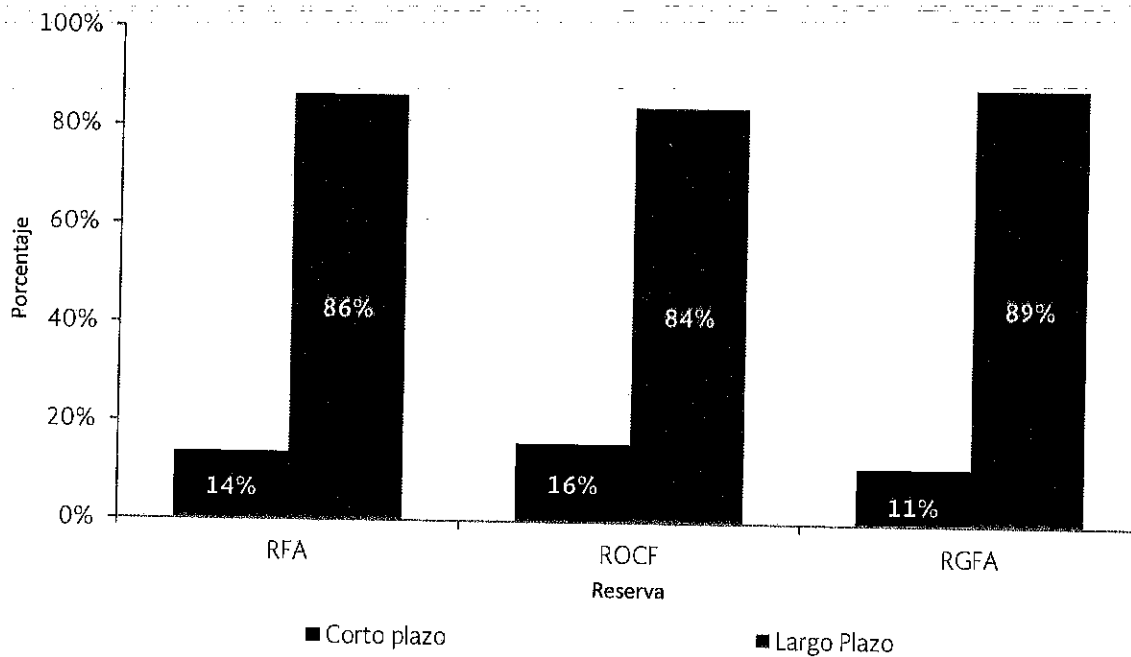
Fuente: ISSSTE, Subdirección de Inversiones, 2013.

En cuanto a la distribución de las reservas por plazo (Gráfica 19), al cierre de diciembre de 2013, 86.0 por ciento de los recursos estaban invertidos en instrumentos de largo plazo, mientras que el restante 14 por ciento, lo estaba en instrumentos de corto plazo (Reporto)

IFA 2014

y Cuentas Productivas). En particular, la RGFA es la reserva que contaba con mayor inversión a largo plazo (88.6%), seguida por la RFA y la ROCF con 86.4 por ciento y 84.3 por ciento, respectivamente.

**Gráfica 19. Distribución de plazos al 31 de diciembre 2013**



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Inversiones, 2013.

Es relevante señalar que la inversión de largo plazo observada en las reservas responde a las necesidades de recursos del Instituto en el futuro, ya que dentro de la estrategia de manejo de las reservas se ha empatado, en la medida de lo posible, el plazo de la inversión de estos activos con la fecha en que estas obligaciones o pasivos deberán solventarse.

**Rendimiento y productos financieros**

Durante 2013, como se presenta en el capítulo Entorno económico, demográfico y epidemiológico, el mercado presentó una gran volatilidad acompañada de un incremento importante en las tasas de interés y, por consiguiente, una baja en los precios de los

instrumentos de deuda. Dicha situación también se reflejó en el rendimiento de las reservas del Instituto.

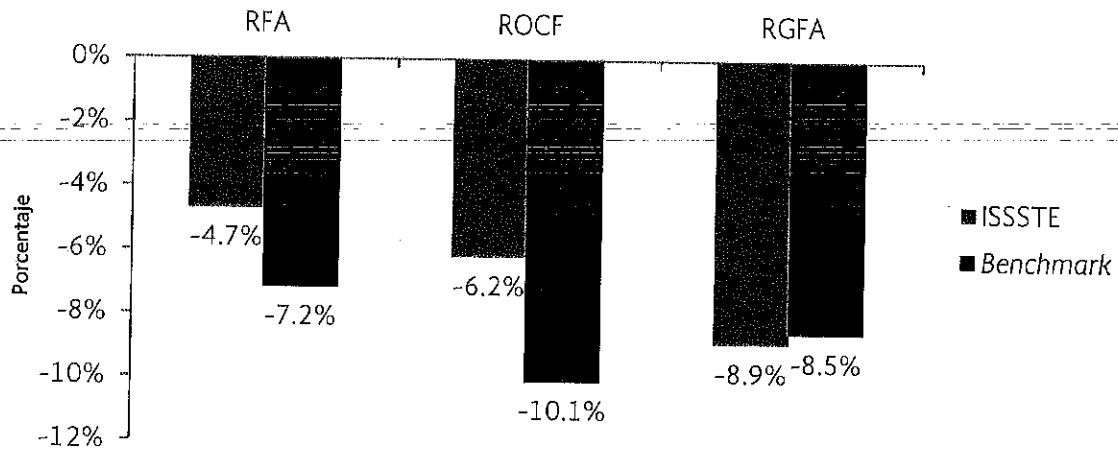
Tomando como base el mes de diciembre de 2013, el rendimiento en los últimos 12 meses de las reservas fue de -1.3 por ciento. Cabe mencionar que dicha minusvalía no tuvo un impacto real sobre el portafolio, debido a que no se vendió ninguno de los instrumentos de la cartera de inversión.

En este sentido, es relevante mencionar que derivado de la estrategia de inversión a largo plazo del Instituto, adecuada a las necesidades de recursos en el tiempo, el indicador relevante de desempeño del portafolio es el rendimiento al vencimiento, el cual fue de 3.0 por ciento en términos reales. Este rendimiento refleja los ingresos promedio anuales que se obtendrán en caso de conservar todos los instrumentos que integran las reservas hasta su vencimiento.

Asimismo, al analizar el rendimiento obtenido por las reservas con respecto a su portafolio modelo o *Benchmark*, en 2013 se aprobó una modificación al régimen de inversión en la cual se estableció un *Benchmark* adecuado para cada una de las reservas, lo que responde a los diferentes horizontes de inversión de éstas. Así, en la Gráfica 20 se muestra que el rendimiento de la RFA y la ROCF estuvo 2.5 y 3.9 por ciento, respectivamente, por arriba del rendimiento de su respectivo *Benchmark*, mientras que el rendimiento de la RGFA estuvo 0.4 por ciento por debajo del observado por su portafolio modelo.

IFA 2014

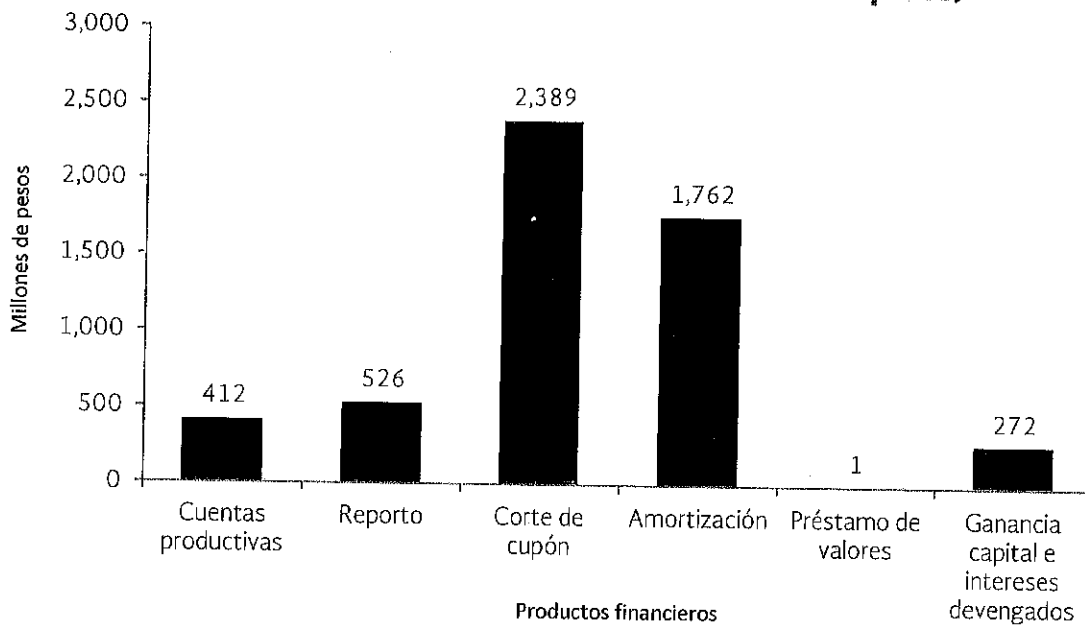
**Gráfica 20. Rendimiento de las reservas contra el Benchmark 2013 (porcentaje)**



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Inversiones, 2013.

En la Gráfica 21 se observan los resultados generados por los productos financieros de las inversiones realizadas durante 2013, los cuales representan ingresos reales para las reservas.

**Gráfica 21. Productos Financieros 2013 (millones de pesos)**



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Inversiones, 2013.

**Medidas de riesgo**

Como parte fundamental de la estrategia de manejo de las reservas, el Instituto cuenta con medidas y controles apropiados que permiten mitigar el riesgo asociado a las inversiones que realiza. De acuerdo con las Políticas y Estrategias de Inversión, el Instituto estableció lo siguiente:

- Valor en Riesgo (VaR): límite de VaR de 1 por ciento para cada una de las reservas, con un horizonte de 1,000 días o escenarios y un nivel de confianza de 95 por ciento. El VaR puede interpretarse como la máxima pérdida potencial que puede tenerse en el portafolio de inversión de cada una de las reservas en un día, con un nivel de confianza de 95 por ciento.
- Duración: límite de duración de 10, 11 y 12 años para la RFA, RGFA y ROCF, respectivamente. La duración de un portafolio puede interpretarse como el tiempo en años que es necesario esperar para recuperar la totalidad de los rendimientos esperados por la inversión inicial realizada.

Al cierre de 2013, el VaR de cada una de las reservas, así como el de la cartera total del Instituto se mantuvo por debajo de 1 por ciento, lo que está acorde con lo estipulado en las Políticas y Estrategias de Inversión del Instituto. Como se muestra en la Tabla 11, la RFA fue la reserva que mostró menor riesgo (0.76%), ya que es la que posee una mayor diversificación en la inversión, derivado de su mayor tamaño.

**Tabla 11. VaR de las reservas al 31 de diciembre de 2013**

Tipo de reserva	VaR
Reserva Financiera y Actuarial	0.76%
Reserva de Operación para Contingencia y Financiamiento	0.96%
Reserva General Financiera y Actuarial	0.97%
<b>Total</b>	<b>0.79%</b>

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Inversiones, 2013.



# INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

## IFA 2014

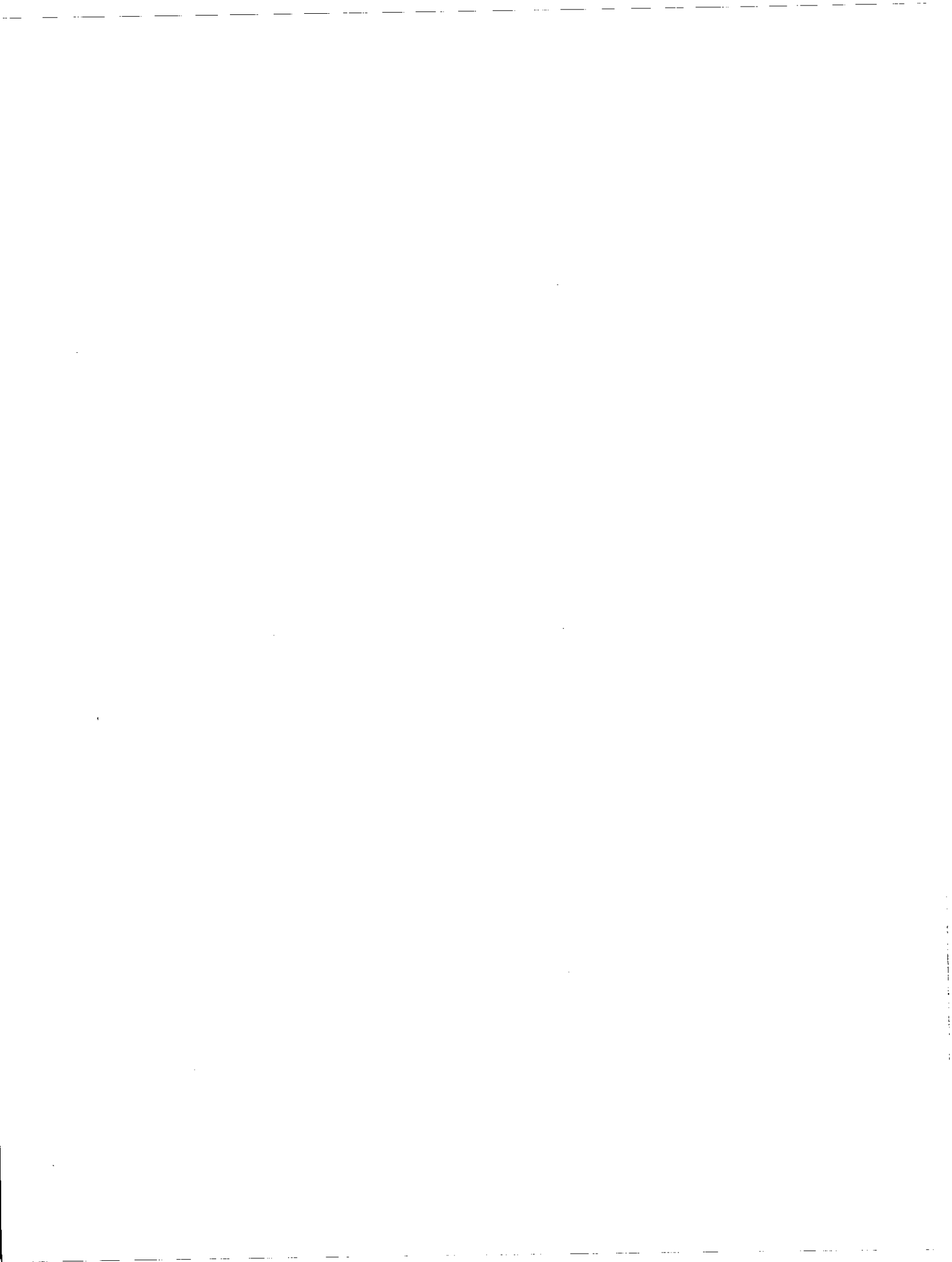
A diciembre de 2013, la duración de cada una de estas tres reservas del Instituto, así como la del total de la cartera, fueron acordes con lo determinado por las Políticas y Estrategias de Inversión del Instituto. La Tabla 12 detalla la duración de las reservas.

**Tabla 12. Duración de las reservas al 31 de diciembre de 2013**

Tipo de reserva	Duración
Reserva Financiera y Actuarial	8.0
Reserva de Operación para Contingencia y Financiamiento	9.3
Reserva General Financiera y Actuarial	9.6
<b>Total</b>	<b>8.3</b>

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Inversiones, 2013.

Los rendimientos observados en la cartera del Instituto, responden a una estrategia acotada por el régimen de inversión aprobado por el Comité de Inversiones y la Junta Directiva.



# CAPÍTULO IV. SEGURO DE SALUD



## SEGURO DE SALUD

En cumplimiento de lo establecido en el Artículo 214, fracción XIX de la Ley del ISSSTE, en este capítulo se presenta la situación financiera y los estudios actuariales que permiten valorar la viabilidad del Seguro de Salud, con base en el nivel de ingresos de cuotas y aportaciones que serán suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros.

De acuerdo con la proyección financiera y actuarial, en caso de no recibir transferencias gubernamentales, se estima que las cuotas y aportaciones de este seguro son insuficientes para cubrir su gasto corriente. No obstante, si se hace uso de la Reserva Financiera y Actuarial se tiene un periodo estimado de suficiencia de seis años. La situación deficitaria se agudiza al analizar el balance entre ingresos y gasto de los servicios médicos para pensionados. Para los pensionados vigentes antes de la reforma de la Ley, se tiene un déficit de ingresos de 77 por ciento (5,287 mdp) para este año (2014), toda vez que la única fuente de financiamiento es la cuota social que aporta el Gobierno Federal. En el caso de los pensionados después de 2007 sólo se tendrá suficiencia a un año y hasta 11 si hace uso de las reservas. (ver Tabla 19).

Como punto de partida del capítulo, se muestra la situación financiera por la que ha transitado el seguro desde 2009 a 2013 reflejada en el Estado de Actividades; posteriormente en el apartado de proyecciones financieras y actuariales se realizan dos análisis, el primero considerando al Seguro de Salud de forma conjunta y el segundo evaluando cada una de las vertientes o grupos que lo componen.

Por último, el capítulo incluye dos escenarios de sensibilidad del gasto en salud y se concluye con un análisis de las principales problemáticas del Seguro de Salud y algunas acciones que se podrían llevar a cabo para mitigarlas en el marco de lo que establece la Ley.

El Artículo 27 de la Ley del ISSSTE establece que el Seguro de Salud tiene como objetivo proteger, promover y restaurar la salud de los derechohabientes a través de la atención médica preventiva, curativa, de maternidad y de rehabilitación física y mental.

El goce de este seguro no requiere de un periodo mínimo de cotización<sup>9</sup> y es financiado a través de cuotas del trabajador, aportaciones patronales y cuota social a cargo del Gobierno Federal. Con dichos ingresos se cubren a trabajadores, pensionados y sus familiares derechohabientes. Es de resaltar que el Seguro de Salud opera sin hacer distinción en el ejercicio del gasto entre trabajadores y pensionados, a pesar de que las aportaciones para ambos segmentos son diferentes.

## Estado de Actividades

Como ya se mencionó en el capítulo Situación financiera, el Estado de Actividades es un instrumento que muestra el conjunto de ingresos y gastos para un Ejercicio Fiscal determinado, por lo que permite alertar sobre los desequilibrios financieros hallados al interior de los seguros. En el caso del Seguro de Salud, los Estados de Actividades de los ejercicios 2009 a 2013 muestran que el seguro ha operado con déficit en los últimos cinco años.

En particular, los ingresos del Seguro de Salud en 2013 ascendieron a 49,377 mdp, de los cuales 72.7 por ciento corresponden a la recaudación de cuotas y aportaciones, en tanto que 26.7 por ciento proviene de la cuota social. Dicho nivel de ingresos no alcanzó a cubrir los gastos asociados a la operación del seguro en el año, el cual ascendió a 51,719 mdp. Sin contravención de lo anterior, es de destacar la disminución de 5 por ciento del déficit de 2013, con relación a lo observado en 2012. La Tabla 13 muestra el Estado de Actividades del Seguro de Salud entre 2009 y 2013.

<sup>9</sup> Para el caso de la atención por maternidad, conforme a lo establecido en el Artículo 40 de la Ley será necesario que, durante los seis meses anteriores al parto, se hayan mantenido vigentes sus derechos.

IFA 2014

**Tabla 13. Estado de Actividades del Seguro de Salud 2009-2013**  
(millones de pesos)

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Ingresos</b>					
Cuotas y aportaciones	38,214	41,052	43,667	46,759	49,107
Cuotas	8,599	9,070	9,707	10,533	10,972
Aportaciones	19,630	20,785	22,266	23,858	24,909
Cuota social	9,985	11,197	11,694	12,368	13,226
Otros ingresos	470	212	476	258	271
Intereses sobre inversión en valores	338	52	138	39	28
Otros ingresos	132	158	336	217	241
Intereses sobre préstamos	-	-	-	-	-
Prestación de servicios	-	2	2	2	2
<b>Total de ingresos</b>	<b>38,684</b>	<b>41,264</b>	<b>44,143</b>	<b>47,017</b>	<b>49,377</b>
<b>Gastos</b>					
Gasto corriente	35,594	41,544	47,648	47,759	52,047
Servicios de personal	18,059	20,650	22,385	24,075	25,380
Materiales y suministros	10,790	14,121	15,996	14,283	14,935
Servicios generales	6,730	6,345	9,246	9,401	11,731
Gastos financieros	15	107	21	-	-
Prov. económicas ayudas otras ero.	-	321	-	-	-
Otros gastos	12,900	13,295	4,961	1,730	-670
Depreciaciones	391	978	907	739	295
Otros gastos 1/	-	218	412	241	-965
Gastos vivienda financiamiento y obra pública	326	257	129	-	-
Incremento a Reserva financiera y actuarial	11,839	11,368	3,092	652	-
Incremento a Reserva de operación para contingencias y financiamiento	299	383	421	98	336
Incremento a Reserva general financiera y actuarial	45	91	-	-	6
<b>Total de gastos</b>	<b>48,494</b>	<b>54,839</b>	<b>52,609</b>	<b>49,488</b>	<b>51,719</b>
<b>Ingresos menos gastos</b>	<b>-9,810</b>	<b>-13,575</b>	<b>-8,466</b>	<b>-2,471</b>	<b>-2,342</b>

Notas: Las cuotas y aportaciones, así como los gastos incluyen el régimen del Décimo Transitorio y Cuenta Individual.

1/ El año 2013 incluye ajustes referentes a operaciones que se cancelan en el Ejercicio Fiscal 2013 sin embargo estas corresponden a años anteriores.

Fuente: IFA del periodo 2009-2012 y Estado de Actividades por fondo al 31 de diciembre de 2013.

## Proyecciones financieras y actuariales

La proyección financiera y actuarial del Seguro de Salud muestra la evolución estimada del ingreso y gasto para 100 años, así como el comportamiento estimado de su Reserva Financiera y Actuarial. Con base en estos elementos, el criterio para determinar el grado de suficiencia de los recursos consiste en comparar directamente en cada año de la proyección, el importe esperado de los ingresos y de los saldos estimados en su Reserva Financiera y Actuarial contra el importe de los gastos estimados. Cabe destacar que los estudios actuariales se basan en una serie de hipótesis demográficas y financieras, que parten de las estadísticas oficiales del Instituto, así como de otros supuestos que permiten reflejar la situación por la que probablemente transitará el Instituto en el corto y largo plazos. Para una mayor referencia sobre los supuestos empleados en las proyecciones financieras se puede consultar el Anexo II del presente informe.

Por otra parte, el Balance Actuarial es la herramienta que permite determinar los recursos requeridos para hacer frente a las obligaciones del seguro en un plazo de 20 años, como consecuencia del análisis del activo y el pasivo del seguro. Para el Seguro de Salud, el activo se integra por el valor presente de las cuotas y aportaciones, la cuota social y otros ingresos, así como la Reserva Financiera y Actuarial a la fecha de valuación. El pasivo del seguro está conformado por el valor presente del gasto en salud, los gastos inherentes a la operación del seguro y los incrementos efectuados en las reservas.

A partir de estos elementos, el Balance Actuarial muestra el déficit o superávit y señala si los recursos financieros con los que cuenta el seguro son suficientes o no. Asimismo, una de las utilidades más importantes del Balance Actuarial es que permite conocer la prima que restablecería el equilibrio financiero (prima de equilibrio) al interior del seguro. Dicha prima equivale al pasivo total del seguro, expresado como porcentaje de la nómina de los trabajadores cotizantes.

Los gastos derivados de los servicios médicos que otorga el Instituto, así como el gasto corriente del seguro son cubiertos por las cuotas y aportaciones que equivalen por Ley a 11.47 por ciento del sueldo básico de los trabajadores. No obstante, debe recalcar que



## IFA 2014

la Ley establece un régimen financiero independiente para los dos principales grupos de derechohabientes: trabajadores y pensionados.

Actualmente, 88.3 por ciento de los ingresos por cuotas y aportaciones corresponde al grupo de trabajadores y sus familiares derechohabientes y el restante 11.7 por ciento al grupo de pensionados y sus familiares derechohabientes (ver Anexo I).

El ISSSTE recibe por cada trabajador y pensionado una cuota social del Gobierno Federal equivalente a 13.9 por ciento del salario mínimo general para el Distrito Federal vigente al 1 de julio de 1997 (SMDF97), actualizado conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). La Ley del ISSSTE prevé, además, los siguientes mecanismos, en caso de que las cuotas, aportaciones y la cuota social resulten insuficientes para cubrir las presiones de gasto en el seguro y sea necesario restablecer la viabilidad financiera:

- El Artículo 231 de la Ley del ISSSTE establece que en caso de existir déficit, éste deberá ser cubierto por el Gobierno Federal y los Gobiernos o Dependencias y Entidades que coticen al régimen obligatorio, en la proporción que les corresponda.
- El Artículo Cuadragésimo Sexto Transitorio señala que, con base en los resultados actuariales, cada cuatro años se revisará que las cuotas y aportaciones sean suficientes para asegurar la sustentabilidad de los seguros y prestaciones.

Conforme a lo establecido en el régimen financiero del seguro, los cálculos actuariales se realizan de forma separada para cada población o vertiente de trabajadores y pensionados. Adicionalmente, la población de pensionados se evalúa en dos grupos, con la finalidad de transparentar las necesidades de financiamiento de sus propios gastos por servicios de salud:

- Pensionados a la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE y sus familiares derechohabientes (antes de la reforma de Ley).

■ Pensionados a partir de la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE y sus familiares derechohabientes (después de la reforma de Ley).

Las vertientes de trabajadores y pensionados después de la reforma de Ley han financiado el déficit de origen del grupo de pensionados en curso de pago antes de la reforma y sus familiares derechohabientes; es decir, el déficit de este grupo es implícitamente compensado por los que presentan superávit.

En virtud de lo anterior, las proyecciones de ingreso y gasto del Seguro de Salud se exponen en el presente informe de manera separada por cada una de estas poblaciones. Sin embargo, es necesario resaltar que, en la práctica, el seguro opera de forma integral y no hace distinción entre grupos.

En cumplimiento con el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE, se presentan las proyecciones financieras y actuariales del Seguro de Salud, las cuales aportan elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de este seguro, así como las estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas.

La Tabla 14 contiene las proyecciones financieras del seguro de manera conjunta, a partir de 2014 y hasta 2113. Las proyecciones se realizaron considerando la información de trabajadores, pensionados y sus familiares derechohabientes, así como de los costos per cápita asociados a la atención médica.

**Tabla 14. Proyecciones financieras del Seguro de Salud (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)**

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso - Gasto	Saldo en reserva al inicio del año 2/	Recursos adicionales
2014	52,296	57,583	-5,287	36,773	-
2015	53,670	59,524	-5,854	35,402	-

# INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

## IFA 2014

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso - Gasto	Saldo en reserva al inicio del año 2/	Recursos adicionales
2016	55,045	61,281	-6,236	33,200	-
2017	56,342	63,292	-6,950	27,867	-
2018	57,644	65,009	-7,365	21,650	-
2019	58,871	67,047	-8,176	14,825	-
2020	60,124	68,814	-8,689	7,075	-1,614
2021	61,311	70,905	-9,595	-	-9,595
2022	62,520	73,039	-10,519	-	-10,519
2023	63,650	75,752	-12,102	-	-12,102
2024	64,828	78,083	-13,256	-	-13,256
2025	65,928	80,821	-14,894	-	-14,894
2030	71,349	93,811	-22,462	-	-22,462
2040	80,327	121,828	-41,501	-	-41,501
2050	88,342	150,460	-62,118	-	-62,118
2060	96,187	186,062	-89,875	-	-89,875
2070	105,069	229,215	-124,145	-	-124,145
2080	115,463	280,421	-164,958	-	-164,958
2090	126,885	342,971	-216,085	-	-216,085
2100	139,140	422,916	-283,775	-	-283,775
2110	153,154	521,851	-368,698	-	-368,698
2111	154,666	532,817	-378,151	-	-378,151
2112	156,197	543,988	-387,790	-	-387,790
2113	157,703	555,266	-397,563	-	-397,563

Notas: 1/ Incluye gasto corriente: servicios de personal, materiales y suministros, servicios generales, gastos financieros y otros, depreciaciones y obra pública e incremento a otras reservas.

2/ El saldo en la Reserva Financiera y Actuarial incluye los intereses generados por la misma y la disminución por el pago de las obligaciones del seguro.

La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

Las proyecciones financieras y actuariales del Seguro de Salud integral muestran lo siguiente:

- Se estima que los gastos esperados del seguro no podrán ser cubiertos con las cuotas y aportaciones establecidas para su financiamiento en la Ley a partir del año 2014. En ausencia de transferencias gubernamentales, los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial tendrían que emplearse a partir de dicho año.

Considerando que se utilicen los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial, para cubrir el déficit del seguro, se estima que el periodo de suficiencia sería de seis años, sin modificar las cuotas y aportaciones actuales, por lo que a partir del año 2020 se requerirán recursos adicionales, dicho resultado se mantiene respecto a lo reportado en el IFA 2013.

En cumplimiento con el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE, se presenta la Tabla 15 con el Balance Actuarial del Seguro de Salud a 20 años que reporta las estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas.

**Tabla 15. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2013 del Seguro de Salud, considerando 20 años de proyección**

Concepto	Trabajadores antes del 1/abr/2007 (mdp)	Pensionados después del 1/abr/2007 (mdp)	Total (mdp)	Porcentaje del sueldo
Pensionados	30,123	38,178	206,161	3.38%
Trabajadores	167,983	43,981	494,481	8.10%
	6,650	50,541	240,149	3.93%
	163	950	7,244	0.12%

Activos	Reserva financiera y actuarial	Cuotas	Aportaciones	Cuota social	Otros ingresos	Total activo	Pasivos	Costo médico	Otros gastos	Incremento posible a otras reservas	Total de pasivos	Superavit / Déficit
	6,650	-	450,500	168,398	6,130	799,661	800,383	800,383	10,263	9,552	820,198	-20,538
	-	-	-	21,210	163	21,373	91,625	91,625	1,170	-	92,795	-71,422
	30,123	38,178	43,981	50,541	950	163,774	223,212	223,212	2,873	26	226,111	-62,337
	36,773	206,161	494,481	240,149	7,244	984,808	1,115,220	1,115,220	14,305	9,578	1,139,104	-154,296
	0.60%	3.38%	8.10%	3.93%	0.12%	16.12%	18.26%	18.26%	0.23%	0.16%	18.65%	-2.53%

Nota: 1/ Considera el incremento a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento y a la Reserva General Financiera y Actuarial.  
La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.  
Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

## IFA 2014

El Balance Actuarial del Seguro de Salud, considerando 20 años de proyección, permite aseverar lo siguiente:

- El seguro opera con un déficit que es solventado por las transferencias del Gobierno Federal, ya que 15.40 por ciento del sueldo básico de los trabajadores, correspondiente a las cuotas, aportaciones y cuota social que establece la Ley para financiar al Seguro de Salud, son insuficientes. Al respecto, se estima que para hacer frente al déficit, las cuotas y aportaciones necesarias equivalen a 18.65 por ciento del sueldo básico de cotización de los trabajadores, considerando la constitución de reservas.
- La prima necesaria para hacer frente a los gastos de este seguro se estima en 18.05 por ciento del sueldo básico de los trabajadores, si se considera el empleo de los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial.
- Cabe destacar que el déficit de este seguro se debe, principalmente, al grupo de pensionados vigentes a la entrada en vigor de las reformas de 2007 a la Ley del ISSSTE, cuya única fuente de financiamiento es la cuota social que representa, en promedio, 23 por ciento del total del gasto de este grupo.
- En el supuesto de que el costo que representan los pensionados anteriores a la reforma y sus familiares derechohabientes fuera cubierto mediante transferencias gubernamentales, el seguro requeriría una prima equivalente a 17.13 por ciento del sueldo básico, considerando la constitución de reservas.

Con la finalidad de cumplir lo establecido en los artículos 42 y 247 de la Ley del ISSSTE y presentar los ingresos y gastos por cada una de las vertientes o grupos que integran el Seguro de Salud, el IFA 2014 presenta un análisis de los gastos que conciernen a cada uno de ellos. Los resultados actuariales plantean la necesidad de definir un mecanismo de financiamiento para cubrir el gasto generado por los pensionados a la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE y sus familiares derechohabientes.

**Seguro de Salud en su vertiente de trabajadores y sus familiares derechohabientes**

Las cuotas y aportaciones de 10.125 por ciento del sueldo básico de los trabajadores, más la cuota social a cargo del Gobierno Federal, que representa 27 por ciento del total de las aportaciones, financian al Seguro de Salud en la vertiente de trabajadores. Tales fuentes de ingreso financian el gasto por servicios de personal, materiales y suministros, servicios generales y gastos financieros, así como el gasto por el incremento a las reservas que se establecen por Ley.

Para reflejar la viabilidad financiera del Seguro de Salud en su vertiente de trabajadores, se presenta la situación financiera y actuarial con el fin de aportar elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de esta vertiente, así como las estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones que se puedan prevenir, para mantener la viabilidad financiera del Instituto y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas, de conformidad con el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE.

La Tabla 16 presenta las proyecciones financieras para el grupo de trabajadores y sus familiares derechohabientes, a partir del año 2014 y hasta el año 2113.

**Tabla 16. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de trabajadores y sus familiares derechohabientes (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)**

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso - Gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/	Recursos adicionales
2014	44,261	40,661	3,600	6,650	-
2015	45,312	42,113	3,199	9,741	-
2016	46,427	43,641	2,786	12,710	-
2017	47,406	45,078	2,328	13,092	-
2018	48,467	46,609	1,858	13,484	-
2019	49,383	48,048	1,335	13,889	-
2020	50,399	49,599	801	14,305	-

**INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL**

**IFA 2014**

<b>Año</b>	<b>Ingreso</b>	<b>Gasto 1/</b>	<b>Ingreso - Gasto 2/</b>	<b>Saldo en reserva al inicio del año 3/</b>	<b>Recursos adicionales</b>
2021	51,281	51,073	208	14,735	-
2022	52,272	52,656	-383	15,177	-
2023	53,122	54,154	-1,032	15,243	-
2024	54,103	55,772	-1,668	14,653	-
2025	54,941	57,309	-2,369	13,400	-
2026	55,940	58,993	-3,053	11,398	-
2027	56,779	60,583	-3,805	8,642	-
2028	57,750	62,285	-4,536	5,039	-
2029	58,553	63,894	-5,341	596	4,744
2030	59,344	65,519	-6,175	-	6,175
2031	60,121	67,158	-7,037	-	7,037
2040	66,703	82,635	-15,933	-	15,933
2050	73,779	102,468	-28,689	-	28,689
2060	80,539	125,452	-44,912	-	44,912
2070	88,253	153,729	-65,477	-	65,477
2080	97,513	189,924	-92,411	-	92,411
2090	107,684	234,140	-126,456	-	126,456
2100	118,380	287,222	-168,842	-	168,842
2110	130,642	353,236	-222,594	-	222,594
2111	131,973	360,706	-228,733	-	228,733
2112	133,323	368,345	-235,022	-	235,022
2113	134,690	376,153	-241,463	-	241,463

Notas: 1/ Incluye gasto corriente: servicios de personal, materiales y suministros, servicios generales, gastos financieros y otros, depreciaciones y obra pública.

2/ En su caso, ingreso menos gasto contribuye a constituir las reservas del seguro (Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, Reserva Financiera y Actuarial y Reserva General Financiera y Actuarial).

3/ El saldo en la Reserva Financiera y Actuarial incluye los intereses generados por la misma, su incremento posible y la disminución por el pago de las obligaciones del seguro en caso de déficit.

La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

Las proyecciones de ingreso y gasto del Seguro de Salud del grupo de trabajadores muestran lo siguiente:

- Se estima que las cuotas y aportaciones asignadas a este grupo son suficientes para cubrir los gastos esperados durante ocho años (2014 a 2021), por lo que a partir de 2022 se requerirá utilizar recursos de la Reserva Financiera y Actuarial, en caso de ausencia de transferencias gubernamentales.

- Considerando la aplicación de los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial para cubrir el déficit, se estima que el periodo de suficiencia es de 15 años, sin modificar las cuotas y aportaciones actuales. Con estos supuestos, se necesitarán recursos adicionales a partir del año 2029.
- Para un horizonte de 20 años, se estima que las cuotas, aportaciones y la cuota social de 12.88 por ciento del sueldo básico de los trabajadores, que establece la Ley, son insuficientes. Para hacer frente al déficit, se requiere una prima equivalente a 13.43 por ciento del sueldo básico y sin usar la Reserva Financiera y Actuarial.
- La prima necesaria para hacer frente a los gastos de este seguro se estima en 13.32 por ciento del sueldo básico de los trabajadores, si se considera el uso de la Reserva Financiera y Actuarial.
- Debe resaltarse que el superávit de corto plazo que presenta este grupo en el periodo de proyección se encuentra actualmente financiando el déficit del grupo de pensionados.

## Pensionados

### A) Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE y sus familiares derechohabientes

El único ingreso establecido en la Ley del ISSSTE para cubrir las obligaciones derivadas de los servicios médicos de este grupo de pensionados y sus familiares derechohabientes es la cuota social, la cual está a cargo del Gobierno Federal. Para este grupo no se constituyen reservas debido a que ha operado con déficit desde la reforma a la Ley del ISSSTE.

De acuerdo con el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE, se presentan las proyecciones financieras y actuariales del Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE, las cuales



IFA 2014

aportan elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de esta vertiente, así como las estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas.

La Tabla 17 presenta la proyección de los ingresos y gastos de esta vertiente del Seguro de Salud.

**Tabla 17. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)**

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos Gasto 2/
2014	1,961	7,247	-5,287
2015	1,910	7,163	-5,253
2016	1,854	7,070	-5,217
2017	1,793	6,969	-5,176
2018	1,730	6,861	-5,132
2019	1,665	6,746	-5,082
2020	1,598	6,624	-5,026
2030	906	4,934	-4,029
2040	358	2,586	-2,228
2050	83	786	-703
2060	15	159	-144
2070	4	55	-51
2080	1	17	-16
2090	0.2	3	-3
2100	-	-	-
2110	-	-	-
2111	-	-	-
2112	-	-	-
2113	-	-	-

Notas: 1/ Incluye gasto corriente: servicios de personal, materiales y suministros, servicios generales, gastos financieros y otros, depreciaciones y obra pública.

2/ Los faltantes de ingreso menos gasto son cubiertos por remanentes de las otras vertientes del seguro.

La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

En lo referente a los pensionados vigentes antes de la reforma y sus familiares derechohabientes, las proyecciones financieras revelan lo siguiente:

- La cuota social, a cargo del Gobierno Federal, sólo permite cubrir 23 por ciento del total del gasto de este grupo, el cual ha operado con déficit desde la reforma a la Ley, por lo que no se han constituido reservas.
- Se estima que para garantizar la cobertura de los servicios médicos de este grupo durante 20 años, es necesaria una prima equivalente a 1.52 por ciento del sueldo básico de los trabajadores.

### **B) Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a partir de la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE y sus familiares derechohabientes**

El financiamiento del Seguro de Salud en este grupo, considera las cuotas y aportaciones equivalentes a 1.345 por ciento del sueldo básico de los trabajadores más la cuota social a cargo del Gobierno Federal.

Para evaluar la viabilidad financiera del Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a partir de la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE, se presenta la situación financiera y actuarial con el fin de aportar elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de esta vertiente, así como las estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas, de conformidad con el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE.

La Tabla 18 reúne las proyecciones financieras para este grupo, del año 2014 al año 2113.

IFA 2014

**Tabla 18. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a partir de la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)**

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/	Recursos adicionales
2014	6,075	6,048	26	30,123	-
2015	6,447	7,049	-602	31,027	-
2016	6,764	7,783	-1,019	31,347	-
2017	7,143	8,917	-1,774	31,253	-
2018	7,447	9,680	-2,233	30,390	-
2019	7,823	10,917	-3,095	29,036	-
2020	8,127	11,790	-3,664	26,766	-
2021	8,499	13,129	-4,630	23,851	-
2022	8,787	14,025	-5,238	19,868	-
2023	9,139	15,386	-6,246	15,148	-
2024	9,406	16,252	-6,846	9,263	-
2025	9,740	17,616	-7,876	2,631	5,244
2030	11,100	23,357	-12,258	-	12,258
2040	13,266	36,607	-23,341	-	23,341
2050	14,480	47,206	-32,725	-	32,725
2060	15,633	60,451	-44,818	-	44,818
2070	16,812	75,430	-58,618	-	58,618
2080	17,948	90,480	-72,531	-	72,531
2090	19,201	108,827	-89,626	-	89,626
2100	20,761	135,694	-114,933	-	114,933
2110	22,512	168,615	-146,104	-	146,104
2111	22,693	172,111	-149,418	-	149,418
2112	22,875	175,643	-152,768	-	152,768
2113	23,013	179,113	-156,100	-	156,100

Notas: 1/ Incluye gasto corriente: servicios de personal, materiales y suministros, servicios generales, gastos financieros y otros. Depreciaciones y obra pública.

2/ En su caso, los sobrantes de ingreso menos gasto contribuyen a constituir las reservas del seguro (Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento, Reserva Financieras y Actuarial y Reserva General Financieras y Actuarial).

3/ El saldo en la Reserva Financiera y Actuarial incluye los intereses generados por la misma, su incremento posible y la disminución por el pago de las obligaciones del seguro en caso de déficit.

La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

Los resultados de las proyecciones financieras en la vertiente de pensionados a partir de la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE señalan que:

- Se estima que las cuotas y aportaciones asignadas para este grupo son suficientes para cubrir los gastos esperados durante 2014. Sin embargo, a

establece claramente las cuotas y aportaciones de cada uno de los segmentos. obligaciones de este seguro. Tal situación se ha venido presentando, a pesar de que la Ley saldos en reservas se agoten, serán necesarios recursos adicionales para hacer frente a las de los otros dos grupos. Sin embargo, se estima que en el mediano plazo, cuando los ISSSTE y sus familiares derechohabientes ha sido financiado con los recursos provenientes El déficit de origen del grupo de pensionados a la fecha de entrada en vigor de la Ley del distinción en el financiamiento de los recursos y pagos por asegurados.

Como ya se expresó anteriormente, para efectos de análisis y considerando la operación del Seguro de Salud, los tres grupos del mismo funcionan de manera integral, no se hace

## **Escenarios de mayor crecimiento del gasto en salud**

- básico de los trabajadores.

    - hacer uso de las reservas actuales, se estima en 3.21 por ciento del sueldo

      - La prima necesaria para hacer frente a los gastos de este seguro, en caso de trabajadores, sin usar la Reserva Financiera y Actuarial.
    - que la prima requerida asciende a 3.70 por ciento del sueldo básico de los de acuerdo con la Ley, son insuficientes. Para hacer frente al déficit se estima actualmente representan 2.17 por ciento del sueldo básico de los trabajadores, En un horizonte de 20 años, las cuotas, aportaciones y cuota social que que a partir del año 2025 se requerirían recursos adicionales.
    - Reserva Financiera y Actuarial para cubrir el déficit. Por lo anterior, se considera modificar las cuotas y aportaciones actuales y utilizando los recursos de la Se estima que para este grupo, el periodo de suficiencia es de 11 años, sin Instituto ha permitido mantener la solvencia del seguro.
- lo reportado en el IFA 2013, ya que la política de contención del gasto del destacar que el periodo de suficiencia se mantiene sin cambios con respecto a tendrían que utilizarse los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial. Cabe partir de 2015, en caso de no recibir transferencias del Gobierno Federal,

IFA 2014

Por lo anterior, se estima que habrá insuficiencia de recursos en el mediano plazo para cumplir con las obligaciones establecidas en la vertiente de pensionados a partir de la fecha de entrada en vigor de la Ley y serán necesarios recursos adicionales al flujo de gasto de los pensionados anteriores a la reforma, considerando la prima legal total para servicios médicos vigente de 15.40 por ciento del sueldo básico incluyendo la cuota social.

Es importante mencionar que los resultados actuariales se muestran muy sensibles a los cambios en las hipótesis y bases utilizadas, por lo que, cuando se realiza un estudio actuarial, se presentan diversos escenarios con diferentes hipótesis demográficas y financieras. La modificación de alguno de estos supuestos hace que los costos del sistema presenten grandes diferencias; por ejemplo, si se considera la variación del vector de crecimiento de los costos del servicio médico de 2 por ciento a 3.5 por ciento o cambios en el vector de costos médicos per cápita, la prima media del sistema se encarece sensiblemente.

Con base en lo anterior y con fundamento en el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE, se presentan los resultados de los cálculos actuariales del Seguro de Salud, así como dos escenarios de sensibilidad, los cuales aportan elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de este seguro, así como las estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas.

La Tabla 19 presenta los periodos de suficiencia y la prima de equilibrio a 20 años para el Seguro de Salud.

**Tabla 19. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud**

Concepto	Análisis Integral	Trabajadores y sus familiares derechohabientes	Pensionados y sus familiares derechohabientes al 31 de marzo de 2007	Pensionados y familiares derechohabientes a partir del 1 de abril de 2007
Suficiencia de cuotas y aportaciones sin considerar reservas	-	8	-	1
Suficiencia de cuotas y aportaciones con reservas	6	15	-	11
Prima de equilibrio 20 años	18.05%	13.32%	1.52%	3.21%

Nota: La prima de equilibrio incluye el uso de la Reserva Financiera y Actuarial

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

Los escenarios que se consideraron para sensibilizar los cálculos actuariales del Seguro de Salud fueron dos: I) el vector de crecimiento de los costos del servicio médico para todo el periodo de proyección es 3.5 por ciento real anual, el cual disminuye el efecto de la contención del gasto que se ha presentado en los dos últimos años de acuerdo con lo reportado en el Estados de Actividades y II) un vector de costos médicos per cápita construido con base en la incidencia de gasto por edad observado en el mercado asegurador ajustado al gasto en salud reportado en el Estado de Actividades al 31 de diciembre de 2013 del Instituto (Ver Anexo II).<sup>10</sup> Los periodos de suficiencia para los escenarios I y II del Seguro de Salud se muestran en las tablas 20 y 21, respectivamente.

<sup>10</sup>Ajuste realizado por Lockton México, Agente de Seguros y de Fianzas S.A. de C.V.

IFA 2014

**Tabla 20. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud, Escenario I**

Concepto	Análisis integral	Trabajadores y sus familiares derechohabientes	Pensionados y sus familiares derechohabientes al 31 de marzo de 2007	Pensionados y sus familiares derechohabientes a partir del 1 de abril de 2007
Suficiencia de cuotas y aportaciones sin considerar reservas	-	3	-	-
Suficiencia de cuotas y aportaciones con reservas	5	7	-	9
Prima de equilibrio 20 años	21.04%	15.39%	1.73%	3.92%

Nota: La prima de equilibrio incluye el uso de la Reserva Financiera y Actuarial.  
Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

**Tabla 21. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud, Escenario II**

Concepto	Análisis integral	Trabajadores y sus familiares derechohabientes	Pensionados y sus familiares derechohabientes al 31 de marzo de 2007	Pensionados y sus familiares derechohabientes a partir del 1 de abril de 2007
Suficiencia de cuotas y aportaciones sin considerar reservas	-	7	-	1
Suficiencia de cuotas y aportaciones con reservas	7	14	-	12
Prima de equilibrio 20 años	17.94%	13.37%	1.50%	3.07%

Nota: La prima de equilibrio incluye el uso de la Reserva Financiera y Actuarial.  
Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

De acuerdo con los resultados presentados, se estima que las cuotas y aportaciones requeridas para mantener la suficiencia del Seguro de Salud a 20 años deberían ser de 21.04 por ciento y 17.94 por ciento del sueldo básico para el escenario I y II, respectivamente, considerando la constitución de reservas.

De acuerdo con el mandato de Ley, se realizó un estudio comparativo de los costos del Seguro de Salud del ISSSTE, con respecto al gasto per cápita según edad en el mercado asegurador. Se observó que existen diferencias debido a que el Instituto presenta una concentración importante de población ocupada de género femenino mayor a 40 años. Se concluye que es necesario monitorear constantemente las políticas operativas, en función de los recursos financieros disponibles para generar ahorro y contener el crecimiento del gasto de salud en el corto y largo plazos. Tal como se mencionó anteriormente, existen mecanismos establecidos en la Ley que prevén este tipo de situaciones y que en caso de implementarse permitirán restablecer la viabilidad financiera del seguro.

## Problemáticas del Seguro de Salud

El Seguro de Salud es uno de los pilares fundamentales del ISSSTE, a éste se destinan siete de cada diez pesos de gasto ejercido por el ISSSTE Asegurador y, por ello, es de suma importancia monitorear el gasto de los servicios médicos. No obstante, dada la amplitud de la red institucional y de la población asegurada existen diversos elementos que podrían afectar la eficacia y calidad con que se prestan dichos servicios.

Una mezcla de factores, relacionados con la oferta y la demanda de servicios de salud, ha contribuido a incrementar el gasto del Seguro de Salud. Por el lado de la demanda, los factores más importantes son el aumento de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y el envejecimiento de la población. Por el lado de la oferta, las mejoras tecnológicas han promovido la adquisición de medicamentos, equipo y tecnología de vanguardia en salud que mejoran la calidad de los servicios para los derechohabientes,



IFA 2014

pero consumen mayores recursos financieros, requieren la ampliación de la infraestructura institucional e implican contratación de personal.<sup>11</sup>

**Las enfermedades de alto impacto financiero**

Para medir el impacto de los fenómenos antes mencionados, el Instituto ha comenzado a cuantificar de manera anual la carga económica de las principales causas de morbilidad que requieren servicios médicos para los derechohabientes incluyendo: enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica, cáncer, partos y cesáreas, fracturas, colelitiasis y colecistitis, osteoartrosis, apendicitis y hernias.

**Tabla 22. Consultas, egresos hospitalarios y estimación del gasto médico por componente, 2013**

Padecimiento	Casos (miles)		Gasto médico (millones de pesos del 2013)		
	Consultas estimadas	Egresos hospitalarios	Gasto en consultas	Gasto hospitalario	Total
Cáncer 1/	518	36	2,151.3	2,422.4	4,573.6
Enfermedades cardiovasculares 2/	1,205	18	1,375.5	2,357.6	3,733.1
Insuficiencia renal crónica 3/	1,608	16	1,553.1	1,073.6	2,626.8
Hipertensión arterial	2,388	3	2,245.8	160.2	2,406.1
Diabetes tipo 2	2,104	13	1,978.9	386.9	2,365.7
Fracturas	156	16	146.5	908.5	1,055.1
Colelitiasis y Colecistitis	134	19	125.7	649.2	774.9
Partos y Cesáreas	134	27	125.7	563.7	689.4
Osteoartrosis	360	4	338.5	203.4	541.9
Apendicitis	15	8	14.2	421.6	435.8
Hernias	67	11	62.9	310.0	373.0
<b>Total</b>	<b>8,686</b>	<b>171</b>	<b>10,118</b>	<b>9,457</b>	<b>19,575</b>

Notas: 1/ Las consultas por cáncer incluyen las sesiones de quimioterapia y radioterapia.

2/ Las consultas de Enfermedades Cardiovasculares incluye en los casos de consulta las sesiones de hemodinamia.

3/ Las consultas por insuficiencia renal incluyen las sesiones de diálisis peritoneal y hemodiálisis.

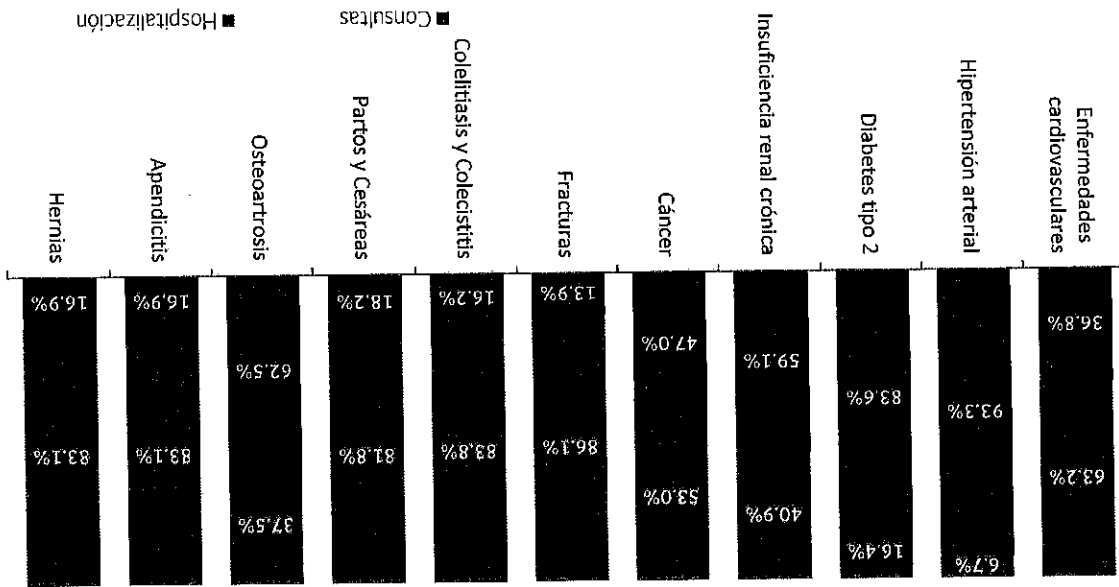
Fuente: ISSSTE, Subdirección de Aseguramiento de la Salud, 2013.

<sup>11</sup>Projections of OCDE Health and Long-term Care Public Expenditures, Joaquim Oliveira Martins, Christine de la Maisonneuve and Simen Bjørnerud

En la Tabla 22, se observa que las once enfermedades generaron en 2013 un gasto total de 19,575 mdp, el cual representó 38 por ciento del gasto corriente del Seguro de Salud. Las enfermedades crónico-degenerativas son las que consumen la mayor parte de los recursos. Por ejemplo, el cáncer (en sus diversas formas) ocupó el primer lugar del gasto, seguido de las enfermedades cardiovasculares e insuficiencia renal crónica que tuvieron una participación dentro del grupo de 23.4 por ciento, 19.1 por ciento y 13.4 por ciento respectivamente y una participación global con respecto al gasto corriente del Seguro de Salud de 8.8 por ciento, 7.2 por ciento y 5.0 por ciento respectivamente.

Por otro lado, la Gráfica 22 muestra la estructura del gasto médico estimado para cada padecimiento por hospitalización y consultas. Las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, hipertenstión, fracturas, coelitis y colecistitis, partos y cesáreas, apendicitis y hernias presentan una mayor proporción del gasto por hospitalización, mientras que la diabetes mellitus tipo 2, cáncer, insuficiencia renal crónica y la osteoartritis concentran la mayor parte de su gasto de forma ambulatoria.

**Gráfica 22. Estimación de la estructura del gasto médico por padecimiento, 2013**



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Aseguramiento de la Salud, 2013.

IFA 2014

El cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 determinaron 30 por ciento del gasto corriente del Seguro de Salud del Instituto en 2013. Debido a la importancia de estas enfermedades en la participación en el gasto total del seguro, se estimaron proyecciones para cuantificar la magnitud del gasto hasta 2050.

El gasto en estas enfermedades y sus proyecciones se componen de dos rubros: gasto por consultas médicas y gasto en atención hospitalaria. Es importante mencionar que en el caso de las enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal y cáncer se incluyen en el rubro de gasto en consulta los costos de auxiliares de tratamiento tales como sesiones de hemodinamia, hemodiálisis, diálisis peritoneal, quimioterapias y radioterapias.

Además, dentro de los supuestos utilizados se asume que los programas preventivos implementados en el ISSSTE no alterarán las tasas de morbilidad y/o mortalidad actuales. Así, el número de consultas, egresos hospitalarios y muertes sólo se incrementan en función del crecimiento demográfico.

La Tabla 23 muestra las proyecciones del gasto médico que se destinará a la atención de las enfermedades de alto impacto financiero hasta el 2050, el cual se estima que crecerá a una tasa real anual promedio de 3.2 por ciento.<sup>12</sup>

**Tabla 23. Proyecciones de consultas, egresos hospitalarios y gasto médico por componente, 2013-2050**

Padecimiento	Año	Servicios (miles)		Gasto (millones de pesos 2013)		
		Consultas	Egresos	Consultas	Hospitalización	Total
Enfermedades cardiovasculares	2013	1,205	18	1,375.50	2,357.61	3,733.11
	2020	1,322	21	1,492.15	3,111.16	4,603.32
	2030	1,571	25	2,225.29	4,614.72	6,840.01
	2040	1,819	30	3,159.45	6,627.61	9,787.06
	2050	2,066	34	4,365.35	9,300.81	13,666.17
Hipertensión arterial	2013	2,388	3	2,245.83	160.24	2,406.06
	2020	2,291	4	1,887.33	204.98	2,092.31
	2030	2,941	4	2,953.56	266.82	3,220.37
	2040	3,591	4	4,396.27	341.14	4,737.41

<sup>12</sup>Para las proyecciones se asume que el costo unitario de cada enfermedad aumente a una tasa anual real de 2.0 por ciento.

Padecimiento	Año	Servicios (miles)	Egresos Consultas Hospitalización	Gasto (millones de pesos 2013)	Total
Diabetes tipo 2	2050	4,242	6,329.23	431.77	6,761.00
	2013	2,104	1,978.86	386.87	2,365.72
	2020	2,193	1,806.46	511.45	2,317.91
	2030	2,385	2,395.15	644.96	3,040.11
	2040	2,594	3,175.68	812.37	3,988.05
Insuficiencia Renal Crónica	2050	2,822	4,210.57	1,022.23	5,232.79
	2013	1,608	1,553.14	1,073.62	2,626.76
	2020	1,782	1,740.45	1,301.56	3,042.01
	2030	2,033	2,476.55	1,733.76	4,210.31
	2040	2,214	3,335.94	2,253.98	5,589.92
Cáncer	2050	2,359	4,380.03	2,890.08	7,270.11
	2013	518	2,151.27	2,422.38	4,573.65
	2020	586	2,881.34	3,133.54	6,014.88
	2030	646	3,889.65	3,950.90	7,840.55
	2040	686	5,048.62	4,981.44	10,030.05
Total	2050	12,205	25,728.38	19,925.71	45,654.08
	2013	7,821	9,304.59	6,400.71	15,705.30
	2020	8,174	9,807.72	8,262.70	18,070.42
	2030	9,576	13,940.20	11,211.16	25,151.36
	2040	10,904	19,115.96	15,016.53	34,132.49

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Aseguramiento de la Salud, 2013.

De acuerdo con los resultados de las proyecciones, las enfermedades con mayores egresos hospitalarios en 2050 serán las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, además de ser las más costosas; sin embargo, los padecimientos cuyos egresos se incrementan más entre 2013 y 2050 son las enfermedades cardiovasculares, osteoartritis y fracturas, todas relacionadas con el envejecimiento de la población. Por otro lado, al igual que en 2013, la diabetes mellitus tipo 2, el cáncer y la insuficiencia renal crónica concentran la mayor parte del gasto de forma ambulatoria para 2050.

En ese sentido, las enfermedades crónico-degenerativas son uno de los mayores retos que enfrenta el ISSSTE, por lo cual, deberá encontrar estrategias de servicio que promuevan un equilibrio financiero entre la inversión en prevención, promoción de la salud e infraestructura. Asimismo, deberá ampliar mecanismos de detección oportuna, esquemas de promoción y pruebas de tamizaje para reducir los costos en estos padecimientos.

## IFA 2014

### **La prevención como estrategia de ahorro y bienestar personal**

Para atender el reto de las enfermedades señaladas en la sección anterior, diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer e insuficiencia renal, es necesario atender a los diversos factores de riesgos, publicados en la Encuesta de Salud y Nutrición de los Derechohabientes del ISSSTE (ENSADER) que incrementarán la demanda de los servicios de salud y la volverán más compleja. Estos son:

- Sobrepeso y/u obesidad: siete de cada diez derechohabientes tienen este padecimiento.
- Diabetes mellitus tipo 2: 39.2 por ciento de los trabajadores activos manifestó que al menos uno de sus padres lo había presentado.
- Hipertensión arterial: casi 50 por ciento de los trabajadores activos tienen antecedentes familiares hereditarios del padecimiento.
- Existen tasas elevadas de los antecedentes familiares hereditarios de cáncer (16.3%), osteoporosis (12.3%) y artritis reumatoide (11.7%).
- Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia: la prevalencia es 64.3 por ciento y 50.1 por ciento, respectivamente.

Revertir el impacto negativo que los factores de riesgo y las ECNT tienen en la salud y en la calidad de vida de los derechohabientes del Instituto sólo podrá lograrse fortaleciendo los programas de prevención, mismos que se pueden implementar en tres puntos temporales sobre la línea de evolución de las enfermedades, llamada historia natural de la enfermedad.

- Prevención primaria: consiste en promover en la derechohabiencia hábitos alimenticios saludables, práctica de actividad física, evitar el tabaquismo, entre otras, con el fin de evitar que se presenten las ECNT.
- Prevención secundaria: consta de pruebas diagnósticas (tamizaje) en la población a fin de diagnosticar a derechohabientes que tienen padecimientos y

no lo saben. El diagnóstico temprano permite controlar mejor el avance de estas patologías y evita su evolución de acuerdo a su historia natural.

- Preención terciaria: ocurre a partir del manejo terapéutico basado en medidas generales, medicamentos y/o rehabilitación a fin de evitar la aparición de complicaciones propias de cada padecimiento.

Adicionalmente, las estrategias preventivas deben cambiar a lo largo de la línea de vida con diferentes intervenciones de acuerdo con los grupos de edad y sexo. En ese sentido, los 25 programas de prevención en el ISSSTE buscan promover la salud, identificar los riesgos de las personas tempranamente y detectar las enfermedades oportunamente, prueba de ello son las siguientes estadísticas de la ENSADER 2012:

- El porcentaje de utilización de los servicios preventivos en la población de trabajadores activos fue de 62.3 por ciento.
- En los pensionados, se encontró que 77.9 por ciento acudió a los servicios preventivos.

- En el grupo de beneficiarios se encontró que 43.2 por ciento recibió atención preventiva, 37.5 por ciento de los hombres, 47.1 por ciento de las mujeres y 77.1 por ciento de niños en el grupo de cero a cuatro años.

- Acudieron a un servicio médico preventivo 24.2 por ciento de los derechohabientes para realizarse la prueba de detección de diabetes en los 12 meses anteriores al levantamiento de la encuesta.
- Asistieron a la prueba de detección de hipertensión arterial 22.2 por ciento de los derechohabientes en el año previo a la encuesta.

- Se presentaron al servicio médico para realizarse la prueba de Papanicolaou 49.2 por ciento de las mujeres derechohabientes en los últimos 12 meses.

Este interés por demandar servicios preventivos por parte de la derechohabiente permite que los programas preventivos del ISSSTE potencien su impacto. En ese sentido, la política

## IFA 2014

institucional de prevención cuenta con tres programas enfocados a la detección y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles:

- “PrevenISSSTE, cerca de ti” es una plataforma electrónica con herramientas de evaluación, educación y cambio conductual, con atención especial en las ECNT de mayor prevalencia. Su objetivo es acercar la atención preventiva y favorecer el empoderamiento del paciente y su familia, a través de la Evaluación de Riesgos en Salud (ERES) que identifica los riesgos de estas enfermedades y ubica al usuario de acuerdo con su nivel de riesgo, en alto, medio y bajo. Al 31 de diciembre de 2013 se han registrado en la plataforma 557,707 derechohabientes (de manera acumulada), de los cuales 15.5 por ciento se clasificó con riesgo alto. Se han otorgado 397,452 consultas a derechohabientes que contestaron la ERES mediante 104 médicos asignados a PrevenISSSTE.
- El programa de “Manejo Integral de Diabetes por Etapas” (MIDE) tiene por objetivo mejorar la calidad de la atención de las personas con diabetes mellitus tipo 2 que son atendidas en unidades del primer nivel. Esto mediante control metabólico que promueve el autocuidado y reduce así la mortalidad y el desarrollo de complicaciones. Los resultados del programa MIDE al 2013 han sido la atención de 89,971 pacientes y el control metabólico con hemoglobina glucosilada.

Se propone desarrollar un modelo integral de atención a la diabetes mellitus tipo 2 basado en I) identificación y registro de pacientes, II) segmentación de pacientes, III) protocolos por segmento, IV) coordinadores de la atención, V) coordinación dentro y entre niveles a través de conferencias de casos; el cual permitirá mejorar resultados clínicos y experiencia del derechohabiente (reducción en 23% en hospitalizaciones anuales y en 12% de consultas de segundo y tercer nivel de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2) y mejorar el control de gasto (ahorro neto potencial acumulado al 2020 de 10%).

- El "Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad" (PPRESYO) tiene como objetivo reducir las tasas de sobrepeso y obesidad, para impactar a mediano y largo plazos en la disminución de la morbilidad por ECNT en la población derechohabiente. Se enfoca en promover hábitos saludables, alimentación correcta y la práctica regular de actividad física. En 2013 se incorporaron al programa 25,608 derechohabientes, de los cuales, 76.1 por ciento logró una pérdida de 5 por ciento de su peso gracias al seguimiento individualizado de 138 nutricionistas y 102 activadores físicos.

Es de suma importancia continuar fortaleciendo los programas preventivos. En ese sentido, el ISSSTE se adhiere a la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes que estableció la Presidencia de la República para fortalecer el abordaje multifactorial de las principales enfermedades crónico-degenerativas a las que nos enfrentamos.

Por lo anterior, a partir de 2014, se fortalecerá el programa MIDE, mediante la creación del primer registro nominal de pacientes diabéticos del ISSSTE segmentados según su complejidad. Este permitirá monitorear su evolución y establecerá protocolos de atención específicos según el estado de la enfermedad. A diferencia del programa actual se incluirá la atención requerida en el segundo y tercer nivel. Este sistema tiene el potencial de reducir hospitalizaciones de pacientes diabéticos lo que implica reducir los gastos acumulados a 2020.

La iniciativa antes descrita es un nuevo modelo para enfermedades crónicas basado en mejores prácticas del ISSSTE y en sistemas de salud líderes internacionales. Con ella se busca revertir la situación actual del incremento continuo de gasto en enfermedades crónicas y exhibir un modelo líder para dichas enfermedades en México.

### La atención médica para pensionados

Los pensionados y sus familiares son una de las principales preocupaciones del ISSSTE, porque, para la mayoría de estos derechohabientes, su capacidad de mantención y su



## IFA 2014

bienestar depende de los beneficios que les otorga el Instituto. Por lo anterior, la atención médica de este grupo vulnerable es prioritaria. No obstante, dadas las tendencias epidemiológicas señaladas en la sección anterior, existe una complejidad inherente en la planeación de los servicios que los pensionados requieren en el largo plazo.

El principal factor que presiona, desde el punto de vista financiero, a los servicios de salud para pensionados es el cambio en la estructura poblacional. Como ya se mencionó en la sección de entorno demográfico, la proporción de personas de la tercera edad en relación a la población total crecerá de manera permanente. Aunado a ello, las mujeres tienen mayor representación dentro del grupo.

De acuerdo con la Comisión Europea,<sup>13</sup> el promedio per cápita de gasto público en salud por quinquenio de edad (ajustado según el Producto Interno Bruto) aumenta con la edad de una persona; en particular, a partir de 55 años para hombres y 60 años para mujeres, lo cual coincide con una mayor morbilidad en la edad avanzada. A grado tal que el gasto en salud de una persona mayor de 60 años se incrementará cinco veces a partir de esta edad.

La evidencia internacional sugiere que en el ISSSTE el gasto en salud para sus pensionados también crecerá de manera importante. Si bien estos escenarios están modelados en los cálculos actuariales del ISSSTE, es necesario vigilar de manera continua el gasto de este grupo.

Lo anterior resulta relevante porque, a partir de la reforma de 2007 a la Ley del ISSSTE, se dieron cambios en relación al régimen financiero del Seguro de Salud para los pensionados. Para financiar los servicios de los pensionados anteriores a la reforma, únicamente se cuenta con la cuota social establecida en la fracción III del Artículo 42 de la Ley, equivalente en diciembre de 2013 a 293.9 pesos mensuales por persona.

---

<sup>13</sup>The 2012 Ageing Report Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2010-2060).

Si bien la Ley establece que dicha cuota se actualiza anualmente conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC), existe una serie de factores involucrados en el crecimiento del servicio de salud que superan el crecimiento de precios en general.

Por lo anterior, es necesario que se analicen mecanismos a través de los cuales el Gobierno Federal complementa el financiamiento de los servicios de salud de pensionados, especialmente en lo que se refiere a las erogaciones necesarias para atender las enfermedades de alto impacto financiero.

Pese a lo antes señalado, el Instituto no ha dejado de invertir en la atención médica y el bienestar de los adultos mayores a través del programa de Envejecimiento Saludable. En 2013, este programa operó en 60 módulos gerontológicos donde se brinda atención preferencial con calidad y calidez al adulto mayor para preservar la funcionalidad e integración del núcleo familiar y sus cuidadores, propiciando el autocuidado con un enfoque holístico. Con el programa se busca reducir los costos de atención y hospitalización, disminuir las tasas de invalidez y mejorar la calidad de vida.

### Quejas médicas

A fin de atender las inconformidades de los derechohabientes en la prestación de servicios médicos, el Instituto cuenta con un Comité de Quejas Médicas. Entre sus funciones está determinar el importe a pagar por los conceptos de reembolsos de gastos médicos extra institucionales y de indemnizaciones, así como resolver los recursos de reconsideración, proponer medidas preventivas y correctivas para abatir las quejas médicas y mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud. En 2013, el Comité de Quejas evaluó 872 asuntos, de los cuales 254 fueron dictaminados como precedentes. Las cinco causas principales fueron: I) deficiencia médica, II) deficiencia administrativa, III) deficiencia médica y administrativa, IV) imposibilidad institucional y V) cumplimiento de juicio y urgencia médica. Estas resoluciones implicaron que el Comité aprobara pagos de Reembolsos e indemnizaciones por un importe de 21.1 mdp. Al respecto, es oportuno señalar que,

## IFA 2014

durante el Ejercicio Fiscal 2013, se presentaron 381,080 egresos hospitalarios en todas las unidades médicas del ISSSTE, por lo que el número de quejas presentadas corresponde sólo a 0.23 por ciento de los egresos hospitalarios acontecidos. Asimismo, si se compara con el número de casos dictaminados como procedentes, la cifra disminuye a 0.07 por ciento.

A pesar de lo anterior, existe el compromiso Institucional de mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud proporcionados a los derechohabientes y así reducir al máximo el número de quejas.

Con la finalidad de disminuir las recurrencias de los eventos adversos antes mencionados, el Comité de Quejas emitió durante el Ejercicio Fiscal 2013 un total de 103 propuestas a las Unidades Médicas involucradas. De igual forma, este Comité de Quejas dio vista al Órgano Interno de Control y a la Dirección Jurídica del Instituto de los casos dictaminados como procedentes por deficiencia médica, administrativa o negativa de atención, con la finalidad de que estas acciones también disminuyan el número de quejas médicas.

### **Consumo de medicamentos**

El consumo de medicamentos dentro del sector salud es una fuente de gasto que ejerce presión sobre las finanzas de las instituciones. México tiene un porcentaje alto de gasto en medicamentos en relación con el gasto total en salud; en 2010 representó 27.1 por ciento frente al promedio de los países de la OCDE de 16.6 por ciento.

Analizando el INPC por objeto del gasto se observa que el índice de precios de medicamentos ha crecido más que el índice general. La inflación acumulada entre 2008 y 2010 para la canasta de medicamentos es de 33.8 por ciento; es decir, 5.6 puntos porcentuales mayor que la del INPC de 28.2 por ciento. En 2008, el índice de medicamentos se encontraba debajo de otros indicadores del sector, como el índice de salud y el de servicios médicos (que considera los servicios de consulta, hospitalización general y atención médica durante el parto, entre otros), pero a partir del tercer trimestre de 2010 se encuentra por encima de ellos.

Como en todo el sector salud, el gasto en medicamentos ejerce presión sobre las finanzas del Instituto. En la Tabla 24 se observa que en 2013 el gasto del Capítulo 2000, Materiales y Suministros, que incluye el gasto en medicamentos e insumos y materiales, representó 28.7 por ciento del gasto corriente en el Seguro de Salud. El consumo en este rubro es el segundo de mayor importancia para el Instituto, sólo después del gasto en nómina.

**Tabla 24. Gasto corriente del Seguro de Salud en 2013**

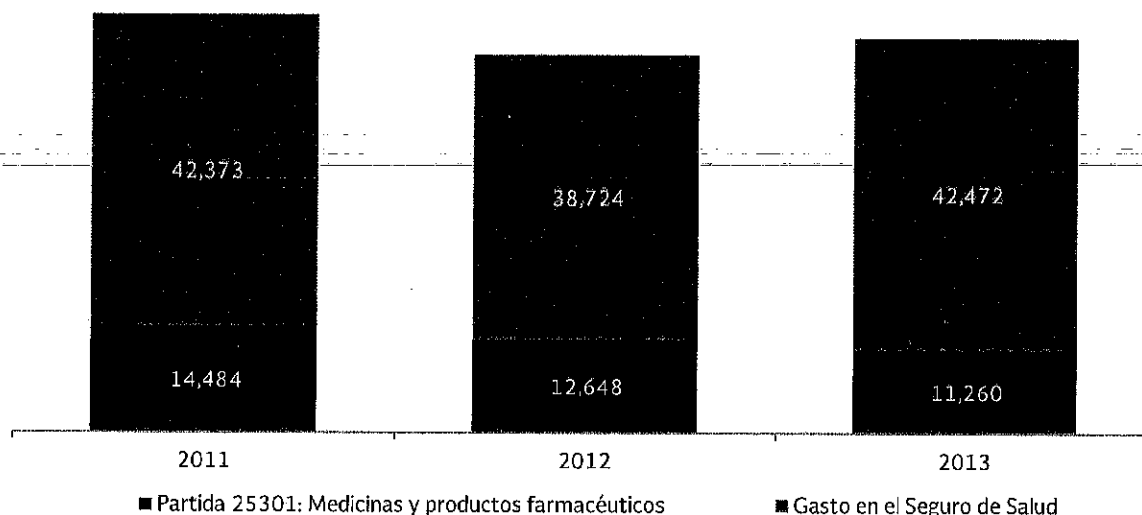
Rubro	2013	Porcentaje
Capítulo 1000: Servicios de personal	25,380.1	48.8%
Capítulo 2000: Materiales y suministros	14,935.3	28.7%
Capítulo 3000: Servicios generales	11,731.3	22.5%
Gasto corriente	52,046.7	100%

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Contaduría, 2013.

Dentro del Capítulo 2000 se encuentra la partida 25301, Medicinas y Productos Farmacéuticos, que reporta el gasto de los insumos y medicamentos contenidos en el Catálogo Institucional de Insumos para la Salud. Entre 2011 y 2013, representó 23.7 por ciento del gasto total del Seguro de Salud (83.1% del Capítulo 2000). Por lo anterior, la eficiencia en su uso debe ser monitoreada. Cabe señalar que en este periodo el gasto en la partida ha disminuido 22.3 por ciento, a un ritmo de 11.8 por ciento anual del periodo 2011-2013, la Gráfica 23 detalla la evolución del gasto en el Seguro de Salud.

IFA 2014

**Gráfica 23. Gasto del Seguro de Salud y en medicamentos (millones de pesos)**



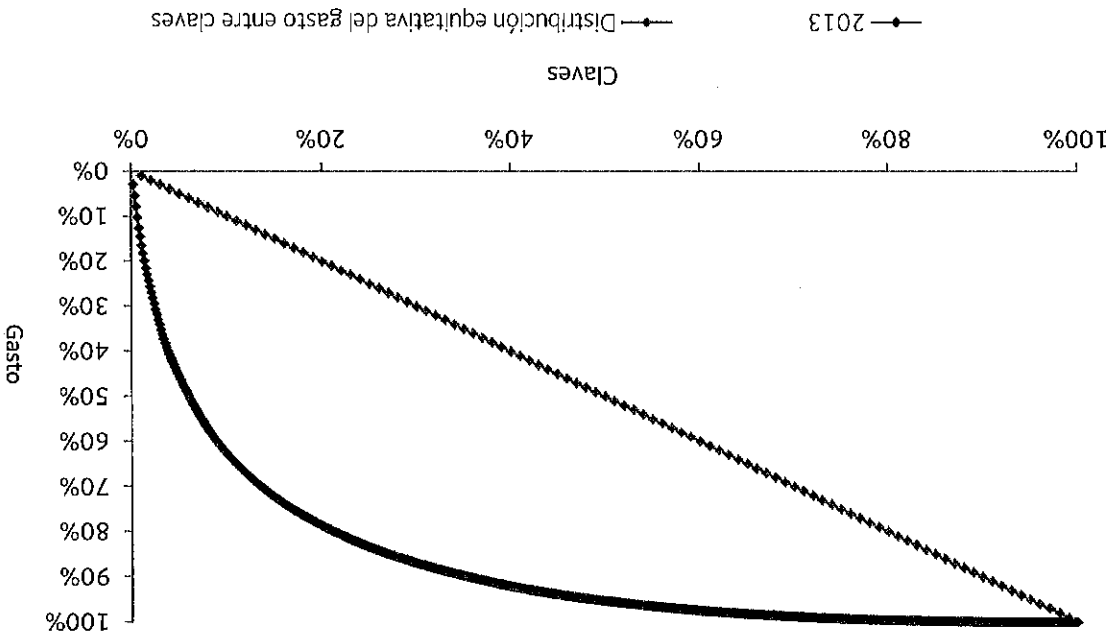
Nota: Gasto contable del Seguro de Salud y de la partida 25301 (medicinas y productos farmacéuticos). Gasto en pesos constantes de 2013.  
Fuente: ISSSTE, Subdirección de Contaduría, 2013.

Al analizar el gasto en medicamentos por padecimiento, se identifica que las enfermedades crónico-degenerativas concentran la mayor parte del gasto total. Por ejemplo, en 2013 para la atención de tumores malignos, se invirtió 20.3 por ciento del gasto total en medicamentos. Otro 5.7 por ciento se gastó en medicamentos para atender la hipertensión y 5.4 por ciento adicional para el tratamiento de diabetes. En ese año, las enfermedades huérfanas representaron 2.4 por ciento del gasto, igual que el consumo de medicamentos para el tratamiento de VIH-SIDA. Asimismo, el consumo para la atención de dislipidemias representó 1.4 por ciento del gasto total en medicamentos. Finalmente, se espera que el gasto en medicamentos para las enfermedades crónico-degenerativas se incremente en el futuro, debido al aumento en el número de casos, así como al envejecimiento de la población.

Actualmente, el consumo de medicamentos en el Instituto está altamente concentrado: 80.1 por ciento del gasto se invierte en 147 medicamentos (21.3% de las claves) del Catálogo Institucional de Insumos para la Salud. Incluso, en 2013 tan sólo 27 claves de medicamentos (3.9% del total) suman 40.7 por ciento del gasto total en medicamentos.

Estos 27 medicamentos se utilizan para atender el tratamiento de artritis reumatoide, tumores malignos, hipertensión, diabetes, inmunología, reflujo gastroesofágico, hipertensión pulmonar, epilepsia y dolor neuropático, mieloma múltiple refractario, asma, degeneración macular.

**Gráfica 24. Curva de concentración del gasto en medicamentos**



Fuente: ISSSTE, Dirección de Administración, 2013.

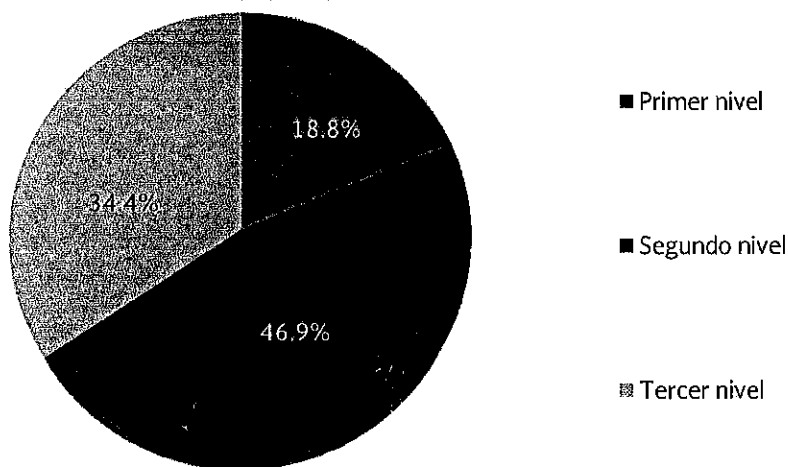
En la Gráfica 24 se observa que si la distribución entre el consumo de medicamentos y el gasto fuera equitativa, es decir, que 50 por ciento de las claves representarían 50 por ciento del gasto, la curva de concentración sería una línea recta.

En 2013, las unidades de hospitalización del Instituto consumieron 8.3 por ciento de los recursos destinados a medicamentos (46.9% en el segundo nivel de atención y 34.4%, en el tercero). Por su parte, el primer nivel requirió 18.7 por ciento, conforme se presenta en la Gráfica 25. La dinámica de crecimiento de padecimientos complejos ha ocasionado que la proporción de gasto en medicamentos destinado al segundo y primer nivel haya disminuido entre 2011 y 2013, pasando de 50.6 por ciento a 46.9 por ciento y de 20.6

IFA 2014

por ciento a 18.8 por ciento, respectivamente; mientras que en el tercer nivel la proporción se ha incrementado de 28.8 por ciento a 34.4 por ciento.

**Gráfica 25. Gasto en medicinas y productos farmacéuticos en términos porcentuales por nivel de atención, 2013**



Nota: Partida 25301 (medicinas y productos farmacéuticos).  
Fuente: ISSSTE, Subdirección de Contaduría, 2013.

En la información contable de 2013 se identifican 840 unidades médicas que reportan gasto en medicamentos. Entre ellas, diez concentran 30 por ciento del gasto en este rubro, es decir 3,471 mdp. La unidad médica con mayor gasto es el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” (CMN), que representa 6.2 por ciento del total; es decir, 694 mdp. El resto de este listado lo complementan ocho de los doce Hospitales Regionales de tercer nivel y, en el sexto lugar, el Hospital General Vasco de Quiroga ubicado en Michoacán.

**Tabla 25. Unidades médicas que concentran 30 por ciento del costo en medicamentos, 2013 (millones de pesos)**

Nombre Unidad Médica	Tipología	Nivel de Atención	Costo total en medicamentos	Porcentaje
20 de Noviembre	CMN	3	693.57	6.2%
1° de Octubre	H.R.	3	444.20	3.9%

Nombre Unidad Médica	Tipología	Nivel de Atención	Costo total en medicamentos	Porcentaje
Lic. Adolfo López Mateos	H.R.	3	361.01	3.2%
Gral. Ignacio Zaragoza	H.R.	3	358.59	3.2%
Valentín Gómez Farías	H.R.	3	338.43	3.0%
Vasco de Quiroga	H.G.	2	277.84	2.5%
Dr. Manuel Cárdenas de la Vega	H.R.	3	273.94	2.4%
León	H.R.	3	261.84	2.3%
Puebla	H.R.	3	235.78	2.1%
Mérida	H.R.	3	226.10	2.0%

Nota: Partida 25301 (medicinas y productos farmacéuticos).  
 Los tres Hospitales Regionales faltantes Presidente Benito Juárez, el Bicentenario de la Independencia y el Centenario de la Revolución se encuentran en los lugares 15, 21 y 24, respectivamente.  
 Fuente: ISSSTE, Subdirección de Contaduría, 2013.

En resumen, como se muestra en la Tabla 25, el gasto en medicamentos se encuentra altamente concentrado en el segundo y tercer nivel de atención, en un número reducido de unidades médicas como son el CMN, ocho Hospitales Regionales y en un número pequeño de claves de medicamentos. En concordancia, esta relación prevalece al observar los costos en los servicios de salud: en el servicio de consulta general del primer nivel de atención, en 2013 el costo de medicamentos representó 33.3 por ciento del costo total. Esta proporción es mayor en la consulta de especialidad de segundo y tercer nivel, 37.0 por ciento, debido a que el tipo de medicamentos en este servicio son de mayor costo. Por otro lado, la proporción del gasto en medicamentos de un egreso hospitalario representa 17.7 por ciento, proporción que aumenta a 19.4 por ciento en las unidades médicas de tercer nivel.

### Estrategias para disminuir el gasto en medicamentos

Considerando lo anterior, en el ISSSTE se encuentra en proceso una serie de estrategias para racionalizar el gasto en medicamentos. Para el periodo de 2011 a 2013, éste ha disminuido 22.3 por ciento, en términos reales. Lo anterior se explica por tres razones: i) una reducción sustantiva en la entrega de vales para medicamentos (MEDEX), ii) los beneficios derivados de la compra consolidada de medicamentos y iii) la liberación de patentes.



## IFA 2014

La disminución de la entrega de vales para medicamentos (MEDEX) explica una buena parte de la reducción en el gasto en medicamentos en el Instituto. Aunque la estrategia buscaba atender el insuficiente abastecimiento en las unidades médicas, resultó en un costo mayor que el deseado. Entre 2012 y 2013 se redujo el gasto en este rubro en 1,389 mdp, en términos reales, cantidad similar a la disminución en el gasto de medicamentos para el mismo periodo que equivale a 1,039 mdp reales.

Por otra parte, la estrategia de compras consolidadas con otras entidades y dependencias del Gobierno Federal, coordinadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ha traído beneficios financieros importantes para el sector; en 2013 estos se estimaron en 3,700 mdp. Esto ocurre porque al concentrar la compra, las instituciones públicas del sector salud logran negociar precios menores en medicamentos que cuentan con patente vigente o que son de fuente única.

Al respecto, México no es el único país que ha adoptado este modelo de compra ampliamente recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Estados Unidos, Canadá y Chile, por ejemplo, también lo han implementado. Es importante que el ISSSTE continúe participando en estas compras consolidadas y que, de ser conveniente, se amplíe el universo de medicamentos a negociar y la vigencia de los acuerdos.

Finalmente, la disminución del gasto en medicamentos se relaciona con el vencimiento de patentes, ya que el precio de un medicamento que la ha perdido es mucho menor. La liberación de patentes, iniciada por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en 2011 ha permitido obtener beneficios en el costo de medicamentos como sildenafil, losartán, donepecilo, quetiapina, cefepima, escitalopram, que sirven para atender disfunción eréctil, la hipertensión arterial, el alzheimer, la esquizofrenia y el trastorno bipolar, las infecciones respiratorias, la depresión y ansiedad. Se trata de moléculas incluidas en el catálogo institucional de insumos para la salud que ahora están disponibles a un menor costo. En este sentido, el desarrollo de un programa de sustitución terapéutica, que favorezca el consumo de claves alternativas de menor costo, puede generar grandes ahorros en el gasto en medicamentos. De hecho, dentro del

Instituto ya se están llevando a cabo estimaciones de los beneficios que un programa de este tipo puede ofrecer.

El desarrollo de un programa de sustitución terapéutica es una alternativa que debe servir como complemento para mejorar la eficiencia en el uso del gasto de medicamentos. Identificar aquellos medicamentos que pueden ser sustituidos por otros con la misma calidad y seguridad, pero de menor costo, sin detrimento de la salud del paciente, es un reto importante que puede beneficiar a las finanzas del Instituto. Asimismo, tener un margen financiero puede permitir una mayor inversión en medicamentos de nueva generación. Cabe señalar que el IMSS ya cuenta con un programa de esta naturaleza.

En este contexto, se han identificado medicamentos que, de acuerdo con evidencia clínica sobre la eficacia y seguridad, cuentan con sustitutos terapéuticos de menor costo. De esta manera, el paciente puede recibir un medicamento de la misma calidad que puede generar ahorros para el Instituto. Por ejemplo, en un análisis preliminar de seis medicamentos, se observó que una reducción de 20 por ciento de sus compras, a favor de su opción terapéutica puede generar un ahorro de aproximadamente 88 mdp. Además, si la reducción se incrementara en 60 por ciento o hasta 80 por ciento los ahorros potenciales aproximados serían de 261 mdp y 320 mdp, respectivamente.

Tampoco debe dejarse de lado que el proceso de adquisición, abasto, distribución y control de uso de medicamentos es una tarea compleja, para la cual es necesario contar con sistemas de información que permitan establecer medidas de control y seguimiento al gasto en medicamentos. Asimismo, se requiere una fuente de información única que alimente a los sistemas de información financiera y planeación para conocer la planeación del gasto en medicamentos en los servicios hospitalarios y con ello mejorar la planeación de los recursos médico-financieros. En este sentido, es necesario reforzar el registro preciso y oportuno del consumo de medicamentos en el Sistema Integral de Abasto de Medicamentos (SIAM) de todas las unidades médicas.

## IFA 2014

Se encuentran en proceso de planeación dos estrategias que, además de mejorar la calidad de atención del derechohabiente, permitirán generar ahorros en el rubro de medicamentos:

- Receta resurtible: consiste en la entrega de recetas por triplicado para satisfacer la necesidad de medicamentos de pacientes controlados con enfermedades crónicas por los próximos tres meses. Esto permitirá a la cadena de suministro tener mayor visibilidad de la demanda futura de ciertos medicamentos y liberar capacidad en los consultorios para atender más pacientes.
- Receta electrónica: se controlará el adecuado surtimiento de la receta en farmacia a través de un sistema informático que realice validaciones sobre la prescripción del médico. Éste estará ligado a los inventarios en farmacia y recomendará opciones terapéuticas en caso de existir faltantes en farmacia. Además, el sistema estará vinculado a los expedientes de los pacientes para evitar la prescripción del mismo fármaco por distintos médicos en un periodo corto de tiempo.

### Personal de salud

Para atender la creciente demanda de los servicios de salud, es importante contar con un número adecuado de médicos, enfermeras y el resto del personal de atención en estos servicios. En el ISSSTE, la tasa de médicos por cada mil derechohabientes en 2013 fue de 1.4, lejos de la tasa promedio observada en 2011 en los países de la OCDE (3.2) y de la del sector salud en México (2.2). Esto implica que el Instituto tiene menos médicos en proporción a sus derechohabientes en comparación con otras instituciones del sector. Algo similar ocurre con la disponibilidad de enfermeras. La OCDE reporta que en 2011 los países miembros tuvieron en promedio una tasa de 8.8 por cada mil habitantes, mientras que la tasa del país se situó en 2.7. En este rubro, el Instituto contó con 1.7 enfermeras por cada mil derechohabientes en 2013.<sup>14</sup>

<sup>14</sup>OCDE (2013), *Health at a Glance 2013. OCDE Indicators*. Publicado por la Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en).

Los efectos de la baja disponibilidad de recursos humanos para la salud se observan en dos elementos dentro del ISSSTE. Por un lado, existe una disminución de 9.2 por ciento en el personal de enfermería entre 2010 y 2013; por el otro, el número de médicos en los servicios de atención al paciente<sup>15</sup> se ha incrementado 2.9 por ciento, por lo que el Instituto no ha alcanzado una tasa de médicos por cada mil derechohabientes similar a la del sector.

Lo anterior es incompatible con el crecimiento de la infraestructura de salud del Instituto a partir de la reforma. Desde 2007, se han abierto 23 unidades médicas nuevas y se han ampliado o remodelado 80 más. En el Instituto existe un déficit de 14,776 nuevas plazas<sup>16</sup> que incluyen 3,341 médicos y 6,360 enfermeras. Para atender la problemática de falta de personal en los turnos nocturnos y especiales, se consideran en los citados requerimientos, 838 médicos y 1,948 enfermeras. Para los servicios que pueden considerarse que ponen en riesgo la vida de los pacientes, como cirugías, terapias intensivas, urgencias, etc., dentro del esquema antes mencionado, se requieren 1,414 médicos y 3,921 enfermeras.

En proporción, la nómina y el número de trabajadores se concentra en el servicio de atención al paciente: 63.4 por ciento de los trabajadores se llevan 72.5 por ciento de las percepciones, frente a 36.6 por ciento adscritos a servicios administrativos o de apoyo que acumulan 27.5 por ciento de las percepciones.

Finalmente, debe destacarse la responsabilidad que tiene el Instituto al ser el tercer empleador del sector público federal y el séptimo del país.<sup>17</sup> En sus servicios médicos trabajan 70,800 personas, cerca de 70 por ciento del total de los trabajadores. Por lo anterior, en la presente administración se seguirá fortaleciendo el valor que representa el capital humano del Seguro de Salud del ISSSTE.

<sup>15</sup> Se integra por los trabajadores adscritos a los servicios de atención ambulatoria y hospitalaria, medicina crítica, salas de procedimientos y auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

<sup>16</sup> Información proporcionada por la Subdirección de Personal.

<sup>17</sup> DO (2014), ACUERDO 5.1344.2014 de la Junta Directiva por el que se aprueba el Programa Institucional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 2014-2018, 30 de abril de 2010, p 33.

# CAPÍTULO V. SEGUROS DE INVALIDEZ Y VIDA Y RIESGOS DEL TRABAJO



IFA 2014

## SEGUROS DE INVALIDEZ Y VIDA Y RIESGOS DEL TRABAJO

En cumplimiento a lo señalado en el Artículo 214, fracción XIX incisos a y c de la Ley del ISSSTE. En este capítulo se presenta la situación financiera y los estudios actuariales que permiten valorar la viabilidad de los seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos del Trabajo, a través de la estimación de la suficiencia de las cuotas y aportaciones para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de cada seguro.

De acuerdo con los resultados financieros y actuariales del régimen de cuentas individuales, el Seguro de Invalidez y Vida cuenta con cinco años de suficiencia sin aplicar sus reservas (hasta 2018) y 13 años utilizándolas (hasta 2026). El Seguro de Invalidez y Vida incrementó 3 por ciento sus ingresos en el Ejercicio Fiscal 2013, mientras que los gastos, considerando la constitución de reservas, aumentaron 42 por ciento respecto a 2012, lo que generó un déficit de 1,225 mdp.

Por su parte, en 2013, el Seguro de Riesgos del Trabajo tuvo un déficit de 1,817 mdp que fue cubierto con transferencias y que derivó de afectaciones al gasto por concepto del régimen anterior, disposiciones transitorias de Ley y aportaciones para la compra de montos constitutivos. Este seguro cuenta con suficiencia en el largo plazo, por lo que las aportaciones de Ley son suficientes para hacer frente a las obligaciones derivadas de este seguro.

De acuerdo con lo establecido en la Ley del ISSSTE, los Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo tienen como objetivo proteger el ingreso de los trabajadores y sus familias en caso de accidentes, enfermedades o muerte.

El Seguro de Invalidez y Vida cuenta con una cobertura que abarca dos grupos: los trabajadores que se invalidan por causas ajenas al trabajo y los familiares derechohabientes de los trabajadores o pensionados que fallezcan por causas ajenas al

servicio. Este seguro se financia con aportaciones patronales y cuotas del trabajador; para ser acreedor a una pensión por invalidez, se requiere un mínimo de tres años de servicio.

La cobertura del Seguro de Riesgos del Trabajo abarca dos grupos: los trabajadores que se incapacitan a causa de un accidente o enfermedad a la que estén expuestos en el ejercicio o con motivo del trabajo y los familiares derechohabientes de los trabajadores pensionados que fallezcan por un riesgo del trabajo. Su forma de financiamiento implica que el empleador asume en su totalidad la responsabilidad del riesgo, por lo que los aportes son sólo patronales y no se requiere un mínimo de años cotizados para poder acceder a una pensión.

Es importante señalar que la Ley del ISSSTE considera estos seguros de manera independiente, con beneficios y reservas propias para cada uno. No obstante, los diseños financieros de ambos seguros guardan similitudes importantes que permiten su análisis conjunto, por ejemplo las cuotas y aportaciones de trabajadores, entidades y dependencias financieras, principalmente, el costo del monto constitutivo destinado a la adquisición de un seguro de pensión, de acuerdo a los mecanismos y normativas establecidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Derivado de estas coincidencias y con el fin de facilitar la discusión de los riesgos detectados en ambos seguros, el IFA 2014 presenta sus resultados en un capítulo integrado.

## Estado de Actividades

La Ley del ISSSTE establece que el Seguro de Invalidez y Vida se financia con una cuota que corresponde a 0.625 por ciento del sueldo básico de los trabajadores y una aportación del mismo porcentaje correspondiente a las Dependencias y Entidades.

El Estado de Actividades del Seguro de Invalidez y Vida revela que, en 2013, el seguro operó con un déficit de 1,225 mdp. Dicho resultado se debe a que los ingresos del Ejercicio Fiscal 2013 aumentaron sólo 3 por ciento, respecto a 2012, mientras que los



IFA 2014

gastos del seguro, considerando la constitución de reservas, aumentaron 42 por ciento, en relación al mismo periodo. La Tabla 26 presenta el desglose completo del Estado de Actividades entre 2009 y 2013.

**Tabla 26. Estado de Actividades del Seguro de Invalidez y Vida 2009-2013  
(millones de pesos)**

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Ingresos</b>					
Cuotas y aportaciones	2,790	2,961	3,173	3,370	3,538
Cuotas	1,425	1,514	1,618	1,723	1,808
Aportaciones	1,365	1,447	1,555	1,647	1,729
Cuota Social	-	-	-	-	-
Otros ingresos	46	57	90	62	13
Intereses sobre inversión en valores	40	49	72	48	-
Otros ingresos	6	8	18	14	13
Intereses sobre préstamos	-	-	-	-	-
Prestación de servicios	-	-	-	-	-
<b>Total de ingresos</b>	<b>2,836</b>	<b>3,018</b>	<b>3,263</b>	<b>3,432</b>	<b>3,551</b>
<b>Gastos</b>					
Gasto corriente	474	415	441	471	533
Servicios de personal	267	203	154	212	270
Materiales y suministros	28	11	16	20	10
Servicios generales	177	198	269	239	252
Gastos financieros	2	2	2	-	-
Prov. económicas ayudas otras erogaciones	-	1	-	-	-
Otros gastos	830	971	920	2,885	4,244
Reg. Ant. y disposiciones transitorias de Ley 1/	-	-	-	-	2,160
Aportación para compra de montos constitutivos 2/	-	-	-	-	966
Depreciaciones	50	1	17	94	38
Otros gastos 3/	-	-	1	251	-134
Gastos vivienda financiamiento y obra pública	-	-	-	-	-
Reserva financiera y actuarial	436	496	481	169	872
Reserva de operación para contingencias y financiamiento	299	383	421	2,371	336

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013
Reserva general financiera y actuarial	45	91	-	-	6
Total de gastos	1,304	1,386	1,361	3,356	4,776
Ingresos menos gastos	1,532	1,632	1,902	76	-1,225

Notas: La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.  
 En 2013 se aplicó el Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Parastatal Federal en los conceptos presentados en el Estado de Actividades por lo que algunos niveles de agregación de información no son comparables de un año a otro.  
 1/ Total de las cuotas y aportaciones reintegradas a la SHCP, conforme lo establecido en el Artículo Décimo Noveno Transitorio de la Ley.  
 2/ Total de las cuotas y aportaciones pagadas a las aseguradoras.  
 3/ El año 2013 incluye ajustes referentes a operaciones que se cancelan en el Ejercicio Fiscal 2013; sin embargo, estas corresponden a años anteriores.  
 Fuente: IFA del periodo 2009-2012 y Estado de Actividades por fondo al 31 de diciembre de 2013.

Cabe recordar que el Estado de Actividades reporta los ingresos por cuotas y aportaciones de todos los trabajadores; es decir, de los cotizantes al régimen ordinario y los del régimen del Artículo Décimo Transitorio. Por lo anterior, también se incluye el gasto derivado del pago por la devolución de cuotas y aportaciones a la SHCP.

Por otra parte, el ingreso del Seguro del Trabajo se compone de las aportaciones a cargo de las Dependencias y Entidades, correspondientes a 0.75 por ciento del sueldo básico del trabajador.

El Estado de Actividades del Seguro de Riesgos del Trabajo muestra que este seguro incrementó su déficit, pasando de 262 mdp en 2012 a 1,817 mdp en 2013. Durante 2013, los ingresos disminuyeron 4 por ciento, mientras que los gastos, considerando la constitución de reservas, aumentaron 61 por ciento, respecto a 2012. Entre las causas de este incremento notorio en el gasto, destaca la devolución a la SHCP de las aportaciones correspondientes a los trabajadores bajo el régimen del Artículo Décimo Transitorio de la Ley del ISSSTE, además del gasto para la compra de montos constitutivos. La Tabla 27 presenta el Estado de Actividades del seguro de 2009 a 2013.

IFA 2014

**Tabla 27. Estado de Actividades del Seguro de Riesgos del Trabajo 2009-2013**  
(millones de pesos)

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Ingresos</b>					
Cuotas y aportaciones	1,635	1,729	1,859	1,969	2,068
Cuotas	-	-	-	-	-
Aportaciones	1,635	1,729	1,859	1,969	2,068
Cuota Social	-	-	-	-	-
Otros ingresos	46	38	72	185	8
Intereses sobre inversión en valores	42	33	61	177	-
Otros ingresos	4	5	11	8	8
Intereses sobre préstamos	-	-	-	-	-
Prestación de servicios	-	-	-	-	-
<b>Total de ingresos</b>	<b>1,681</b>	<b>1,767</b>	<b>1,931</b>	<b>2,154</b>	<b>2,076</b>
<b>Gastos</b>					
Gasto corriente	331	301	259	235	267
Servicios de personal	227	124	113	107	135
Materiales y suministros	14	79	9	8	5
Servicios generales	89	97	136	120	127
Gastos financieros	1	1	1	-	-
Prov. económicas ayudas otras erogaciones	-	-	-	-	-
Otros gastos	537	792	678	2,181	3,626
Reg. Ant. y disposiciones transitorias de Ley 1/	-	-	-	-	1,258
Aportación para compra de montos constitutivos 2/	-	-	-	-	1,552
Depreciaciones	25	-	8	47	19
Otros gastos 3/	-	-	1	639	-67
Gastos vivienda financiamiento y obra pública	-	-	-	-	-
Incremento a Reserva financiera y actuarial	168	318	248	99	522
Incremento a Reserva de operación para contingencias y financiamiento	299	383	421	1,396	336
Incremento a Reserva general financiera y actuarial	45	91	-	-	6
<b>Total de gastos</b>	<b>868</b>	<b>1,093</b>	<b>937</b>	<b>2,416</b>	<b>3,893</b>
<b>Ingresos menos gastos</b>	<b>813</b>	<b>674</b>	<b>994</b>	<b>-262</b>	<b>-1,817</b>

Notas: La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.

En 2013 se aplicó el Manual de Contabilidad Gubernamental para el Sector Paraestatal Federal en los conceptos presentados en el Estado de Actividades por lo que algunos niveles de agregación de información no son comparables de un año a otro.

Las cuotas y aportaciones, así como los gastos, incluyen el régimen del Artículo Décimo Transitorio y Cuenta Individual.

1/ Total de las cuotas y aportaciones reintegradas a la SHCP, conforme lo establecido en el Artículo Décimo Noveno Transitorio de la Ley.

2/ Total de las cuotas y aportaciones pagadas a las aseguradoras.

3/ El año 2013 incluye ajustes referentes a operaciones que se cancelan en el Ejercicio Fiscal 2013; sin embargo, estas corresponden a años anteriores.

Fuente: IFA del periodo 2009-2012 y Estado de Actividades por fondo al 31 de diciembre de 2013.

## Proyecciones financieras y actuariales

Las proyecciones financieras y actuariales de los Seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos del Trabajo corresponden únicamente al régimen de cuentas individuales, dado que estos gastos son administrados por el Instituto, mientras que las contingencias de invalidez, incapacidad o fallecimiento de los trabajadores o pensionados del sistema de reparto del Artículo Décimo Transitorio de la Ley del ISSSTE son cubiertas por el Gobierno Federal.

El criterio para determinar el grado de suficiencia de los recursos consiste en comparar, en cada año, el importe esperado de los ingresos y el saldo estimado en la Reserva Financiera y Actuarial con el importe estimado de gastos. Al respecto, es posible afirmar que existe suficiencia de recursos, mientras los ingresos ordinarios y los saldos en reserva permitan cubrir sistemáticamente el importe de los gastos.

Cabe destacar que en el caso del Seguro de Salud, los estudios actuariales se basan en una serie de hipótesis demográficas y financieras que parten de las estadísticas oficiales del Instituto y de otros supuestos que permiten reflejar la situación por la que probablemente transitará el Instituto en el corto y largo plazos. Para una revisión detallada de las hipótesis empleadas, se sugiere consultar el Anexo II del presente Informe.

En cumplimiento con el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE, se presentan las proyecciones financieras y actuariales del Seguro de Invalidez y Vida, las cuales aportan elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficiarios derivados de este seguro, así como las estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas.

Las proyecciones financieras del Seguro de Invalidez y Vida, presentadas en la Tabla 28, permiten afirmar lo siguiente:

IFA 2014

- Durante el periodo de 2014 a 2018, el gasto anual podría ser cubierto por los ingresos propios del seguro; por lo que se estima un periodo de suficiencia de cinco años sin utilizar las reservas. Cabe mencionar que el periodo de suficiencia se mantuvo sin cambios, en relación a lo reportado en el IFA 2013, debido a la actualización del supuesto sobre el incremento de trabajadores, los cuales contribuyen al ingreso del seguro a partir de su incorporación, pero adquieren su derecho a partir del tercer año de servicio, conforme lo señala el Artículo 118 de la Ley del ISSSTE.
- Si se aplican los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial, se estima que el seguro tiene un periodo de suficiencia de 13 años, lo que implica que se requerirían recursos adicionales a partir del año 2027. El periodo de suficiencia presenta una mejora, respecto a lo reportado en el IFA 2013, debido al incremento del saldo de la Reserva Financiera y Actuarial al 31 de diciembre de 2013.

**Tabla 28. Proyecciones financieras del Seguro de Invalidez y Vida (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)**

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/	Recursos adicionales
2014	1,523	1,238	285	1,672	-
2015	1,686	1,421	265	1,722	-
2016	1,834	1,759	75	1,956	-
2017	2,013	1,918	96	2,051	-
2018	2,164	2,127	37	2,140	-
2019	2,352	2,356	-4	2,235	-
2020	2,513	2,586	-73	2,298	-
2021	2,712	2,850	-138	2,292	-
2022	2,876	3,101	-225	2,221	-
2023	3,075	3,388	-313	2,059	-
2024	3,234	3,663	-428	1,803	-
2025	3,431	3,975	-544	1,423	-
2026	3,589	4,271	-682	913	-
2027	3,783	4,603	-820	252	568

**INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL**  
**IFA 2014**

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/ Recursos adicionales
2028	3,935	4,916	-982	982
2030	4,317	5,605	-1,288	1,288
2040	6,041	9,568	-3,527	3,527
2050	7,133	12,811	-5,679	5,679
2060	7,938	14,212	-6,274	6,274
2070	8,823	15,383	-6,560	6,560
2080	9,889	17,420	-	7,531
2090	11,060	20,003	-	8,943
2100	12,293	22,026	-	9,733
2110	13,708	24,355	-	10,647
2111	13,862	24,632	-	10,770
2112	14,018	24,918	-	10,900
2113	14,176	25,213	-	11,037

Notas: 1/ Incluye gasto corriente: servicios de personal, materiales y suministros, servicios generales, gastos financieros y otros. Depreciaciones, pensiones temporales y montos constitutivos.  
2/ Los sobrantes de ingreso menos gasto contribuyen a constituir las demás reservas del Instituto (Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento y Reserva General Financiera y Actuarial).  
3/ El saldo en la Reserva Financiera y Actuarial incluye los intereses generados por la misma.  
La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.  
Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

El activo del Seguro de Invalidez y Vida se integra por la reserva a la fecha de valuación y el valor presente de cuotas, aportaciones y otros ingresos, mientras que el pasivo se constituye con el valor presente de los pagos periódicos, los montos constitutivos y otros gastos inherentes a la operación del seguro. Con dichos elementos se realiza el Balance Actuarial del seguro, en el cual, la prima de equilibrio es el pasivo total expresado como porcentaje de la nómina de los trabajadores cotizantes al sistema de cuentas individuales. En cumplimiento con el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE, se presenta el Balance Actuarial del Seguro de Invalidez y Vida que reporta las estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas.

Los resultados del Balance Actuarial del Seguro de Invalidez y Vida, en un horizonte de 100 años, pueden apreciarse en la Tabla 29, con los siguientes resultados:

IFA 2014

- Se estima que para garantizar la cobertura de los gastos del seguro y los incrementos a otras reservas (Reserva de Operación para Contingencia y Financiamiento y Reserva General Financiera y Actuarial) en un periodo de 100 años, las cuotas y aportaciones necesarias serían de 2.1 por ciento del sueldo básico de los trabajadores cotizantes al sistema de cuentas individuales.
- El déficit actuarial del seguro se estima 0.77 por ciento del sueldo básico de los trabajadores.

**Tabla 29. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2013 del Seguro de Invalidez y Vida, considerando 100 años de proyección**

Concepto	Millones de pesos	Porcentaje del salario
<b>Activos</b>		
Reserva financiera y actuarial	1,672	0.012%
Cuotas	83,666	0.625%
Aportaciones	83,666	0.625%
Otros ingresos	12,129	0.091%
<b>Total activo</b>	<b>181,133</b>	<b>1.353%</b>
<b>Pasivos</b>		
<b>Invalidez</b>		
Flujo pensiones temporales	10,290	0.077%
Monto constitutivo	29,446	0.220%
Gasto de funeral por muerte de invalido temporal	97	0.001%
<b>Total invalidez</b>	<b>39,833</b>	<b>0.298%</b>
<b>Viudez</b>		
Monto constitutivo de muerte de trabajador	187,049	1.397%
Monto constitutivo de muerte de pensionado inválido	14,720	0.110%
Monto constitutivo de muerte de pensionado incapacitado causa ajena a Riesgo del Trabajo	12,338	0.092%
<b>Orfandad</b>		
Monto Constitutivo de muerte de trabajador	3,417	0.026%
Monto constitutivo de muerte de pensionado inválido	194	0.001%
Monto constitutivo de muerte de pensionado incapacitado causa ajena a Riesgo del Trabajo	209	0.002%

Concepto	Millones de pesos	Porcentaje del salario
Total vida	217,927	1.628%
Gasto de administración	26,026	0.194%
Incremento posible a otras reservas 1/	467	0.003%
Total de pasivos	284,252	2.123%
Superávit/Déficit	-103,119	-0.770%

Nota: 1/ Considera el incremento a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento y a la Reserva General Financiera y Actuarial

La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.  
Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

Conforme lo señalado en el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE, se presentan las proyecciones financieras y actuariales del Seguro de Riesgos del Trabajo, las cuales aportan elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de este seguro, así como las estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas.

Las proyecciones del Seguro de Riesgos del Trabajo se presentan en la Tabla 30, de las cuales se destaca que durante todo el periodo de proyección el gasto anual podría ser cubierto por los ingresos propios del seguro. Se estima que la aportación de 0.75 por ciento del sueldo básico que establece la Ley del ISSSTE es suficiente para mantener el equilibrio financiero en 100 años.

**Tabla 30. Proyecciones financieras del Seguro de Riesgos del Trabajo (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)**

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/	Recursos adicionales
2014	914	789	125	650	-
2015	1,012	876	136	669	-
2016	1,100	974	127	689	-
2017	1,208	1,060	148	710	-
2018	1,298	1,161	137	731	-
2019	1,411	1,246	165	753	-
2020	1,508	1,348	159	776	-
2021	1,627	1,437	191	799	-



# INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

## IFA 2014

Año	Ingreso	Gasto 1/	Ingreso menos gasto 2/	Saldo en reserva al inicio del año 3/	Recursos adicionales
2022	1,725	1,541	184	823	-
2023	1,845	1,627	218	847	-
2024	1,941	1,728	213	873	-
2025	2,059	1,808	251	899	-
2030	2,590	2,226	364	1,042	-
2040	3,625	2,945	680	1,401	-
2050	4,280	3,303	977	1,883	-
2060	4,763	3,685	1,078	2,530	-
2070	5,294	4,162	1,132	3,400	-
2080	5,933	4,657	1,276	4,569	-
2090	6,636	5,154	1,482	6,141	-
2100	7,376	5,762	1,614	8,253	-
2110	8,225	6,466	1,759	11,091	-
2111	8,317	6,538	1,779	11,424	-
2112	8,411	6,611	1,799	11,767	-
2113	8,505	6,684	1,821	12,120	-

Notas: 1/ Incluye gasto corriente: servicios de personal, materiales y suministros, servicios generales, gastos financieros y otros. Depreciaciones y montos constitutivos.

2/ Los sobrantes de ingreso menos gasto contribuyen a constituir las demás reservas del Instituto (Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento y Reserva General Financiera y Actuarial).

3/ El saldo en la Reserva Financiera y Actuarial incluye los intereses generados por la misma.

La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

El Balance Actuarial del Seguro de Riesgos del Trabajo se presenta en la Tabla 31 y reporta las estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto y de las fechas estimadas en dichas modificaciones puedan ser requeridas, en cumplimiento con lo establecido en el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE. Dicho balance concluye lo siguiente:

- Se estima que para el periodo de proyección, los ingresos del seguro son suficientes para mantener el equilibrio financiero, además se estima un superávit actuarial de 0.005 por ciento del sueldo básico de los trabajadores cotizantes al régimen de cuentas individuales.

**Tabla 31. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2013 del Seguro de Riesgos del Trabajo, considerando 100 años de proyección**

Concepto      Millones de pesos      Porcentaje del salario

Concepto	Millones de pesos	Porcentaje del salario
Activos		
Reserva financiera y actuarial	650	0.0049%
Cuotas		
Aportaciones	100,399	0.7500%
Otros ingresos	7,276	0.0544%
<b>Total activo</b>	<b>108,325</b>	<b>0.8092%</b>
Pasivos		
Incapacidad		
Monto constitutivo	53,068	0.3964%
Total incapacidad	53,068	0.3964%
Videz		
Monto constitutivo de muerte de trabajador por Riesgos del Trabajo	14,923	0.1115%
Monto constitutivo de muerte de pensionado incapacitado causa Riesgos del Trabajo	3,084	0.0230%
Orandad		
Monto constitutivo de muerte de trabajador Riesgos del Trabajo	564	0.0042%
Monto constitutivo de muerte de pensionado incapacitado causa Riesgos del Trabajo	52	0.0004%
Total muerte	18,624	0.1391%
Gasto de administración	15,462	0.1155%
Incremento posible a otras reservas 1/	20,522	0.1533%
<b>Total de pasivos</b>	<b>107,675</b>	<b>0.8044%</b>
<b>Superávit/Déficit</b>	<b>650</b>	<b>0.0049%</b>

**El mercado de seguros de pensiones con beneficios definidos**

El Instituto tiene una presión financiera constante por el gasto que enfrenta al pagar los montos constitutivos necesarios para contratar las pensiones de los Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo. En 2013, el mercado de pensiones operó bajo un esquema de oferta de las aseguradoras de acuerdo con la tasa de referencia publicada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).

Actual. La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

Notas: 1/ Considera el incremento a la Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento y a la Reserva General Financiera y

## IFA 2014

En contraste, a partir de enero de 2014, la liberalización de la tasa ha propiciado una situación de mayor competencia, con una oferta diversificada de tasas, que, en ocasiones, pueden ser muy bajas, lo que se traduce en un costo mayor para el Instituto, ya que mientras menor sea la tasa, mayor será el monto constitutivo requerido para financiar la pensión.

La Ley del ISSSTE establece que las pensiones derivadas de los Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo deben cubrirse mediante la contratación de un seguro de pensión con una aseguradora. Además, es el trabajador quien elige a la compañía que cubrirá el pago de dicha pensión. Al respecto, la aseguradora elegida por el trabajador recibe un monto constitutivo que es fondeado en su totalidad por el Instituto y, a cambio, se obliga a pagar periódicamente la pensión, además de cubrir las cuotas y aportaciones correspondientes al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

El precio del monto constitutivo cobrado por la aseguradora depende, principalmente, de dos factores:

1. La tasa de descuento (tasa de rendimiento del monto constitutivo).
2. Las bases biométricas empleadas para calcular la mortalidad del pensionado.

La tasa de descuento equivale a la tasa a la que las aseguradoras pueden invertir el monto constitutivo que reciban; por lo tanto, si esperan obtener un rendimiento muy bajo, el monto de recursos que requieren se eleva. De manera inversa, si esperan obtener un rendimiento muy alto, el monto de recursos que demandan es menor. Por lo anterior, la tasa de descuento incide directamente en la solvencia de los Seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos del Trabajo.

Por otra parte, las bases biométricas estiman el número de pagos que la aseguradora espera realizar al prospecto de pensión, aspecto directamente relacionado con el esquema que ésta otorga; por ejemplo, el número de pagos esperado para una pensión de orfandad o invalidez temporal es menor que el número de pagos previsto para un dictamen de incapacidad o invalidez permanente.

En la Tabla 32 se presenta, a manera de ejemplo, el impacto que tiene la tasa de descuento en el costo de los montos constitutivos para un prospecto de pensión.

**Tabla 32. Impacto en el costo de montos constitutivos por incapacidad**

Tasa de descuento	Monto constitutivo 1/	Incremento
3.00%	978,026.66	4.8%
2.75%	1,025,429.57	15.8%
2.25%	1,132,261.21	35.9%
1.50%	1,329,237.57	52.5%
1.00%	1,491,540.03	

Nota: Cálculos efectuados en el Sistema Único de Cotización (SUC), para una persona de edad 35, del sexo masculino y porcentaje de incapacidad de 50 por ciento.  
1/ Monto constitutivo calculado con bases biométricas de capital mínimo de garantía.  
Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estudios Financieros y Actuariales, 2013.

Desde la reforma a la Ley del ISSSTE en 2007, el riesgo de la tasa de descuento estuvo controlado, pues, como ya se advirtió anteriormente, la CNSF calculaba y publicaba semanalmente la tasa mínima a la que las compañías de seguros podían calcular los montos constitutivos; sin embargo, la falta de competencia por parte de las aseguradoras, quienes optaron por ofertar siempre con la tasa de descuento publicada por la CNSF, llevó al Comité del Artículo 81 de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro (SAR)<sup>18</sup> a liberar la tasa de descuento a partir de enero de 2014.

El resultado de esta medida ha sido una mayor dispersión en las tasas que ofrecen las aseguradoras, lo cual ha generado un riesgo para el Instituto, ya que existen hasta cuatro opciones de precios para pagar los montos constitutivos. Esta situación ha ocasionado que las aseguradoras realicen ofertas de tasas muy bajas en los casos que no se ajustan a su estrategia de negocio, por ejemplo, las pensiones de orfandad cuya vigencia es corta y su beneficio es reducido; en contraste con las pensiones que se otorgan por invalidez o incapacidad.

<sup>18</sup>El Comité del Artículo 81 de la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro, tiene como objetivo determinar los procedimientos relativos al cálculo del monto constitutivo para la contratación de rentas vitalicias y de los seguros de sobrevivencia.

IFA 2014

Dado que el trabajador elige libremente a la aseguradora y, por ende, el precio que tiene que pagar el Instituto, aceptar tasas muy bajas y, por lo tanto, montos constitutivos elevados, constituye una presión financiera para los seguros de Invalidez y Vida y de Riesgos del Trabajo.

Con la finalidad de medir el impacto que la tasa de oferta representa para el Instituto en los seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo y con base en lo establecido en el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c, se consideran dos escenarios: I) la simulación de un vector de tasas de oferta (ver Anexo II), el cual mantiene el comportamiento histórico observado en las tasas de oferta publicadas por la CNSF y II) la simulación con un nivel de tasa constante de 1.5 por ciento para todo el periodo de proyección, la cual se utiliza para evaluar el comportamiento del seguro en un escenario de tasa de mayor riesgo.

Los resultados de los escenarios por seguro son los siguientes:

- Para el Seguro de Invalidez y Vida, considerando el vector de tasas de oferta en lugar de 2.75 por ciento real anual empleado en las proyecciones financieras y actuariales, el periodo de suficiencia del seguro disminuye de 13 a nueve años, considerando la aplicación de reservas. En cambio, en caso de que la tasa alcanzara niveles de 1.5 por ciento, el seguro acabaría con sus reservas en un periodo de seis años, por lo que en 2020 sería necesario contar con recursos adicionales para hacer frente a las obligaciones del seguro.
- El Seguro de Riesgos del Trabajo resulta suficiente en todo el periodo de evaluación, considerando el uso de reservas. Sin embargo, cabe señalar que en caso de no utilizar las reservas constituidas en el escenario donde la tasa de oferta es 1.5 por ciento, el seguro tendría únicamente 85 años de suficiencia.

En suma, la solvencia de los seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo está condicionada a las tasas que ofrezcan las aseguradoras y a la elección del trabajador. Por lo anterior, aunado a la medida de la liberalización de la tasa de descuento para las aseguradoras y derivado del costo que implica para el Instituto la elección de una oferta

distinta de la mejor, se implementó un Beneficio Adicional Único (BAU) de hasta 9,000 pesos que se otorga al trabajador junto con el primer pago de su pensión para incentivarlo a elegir la mejor oferta.

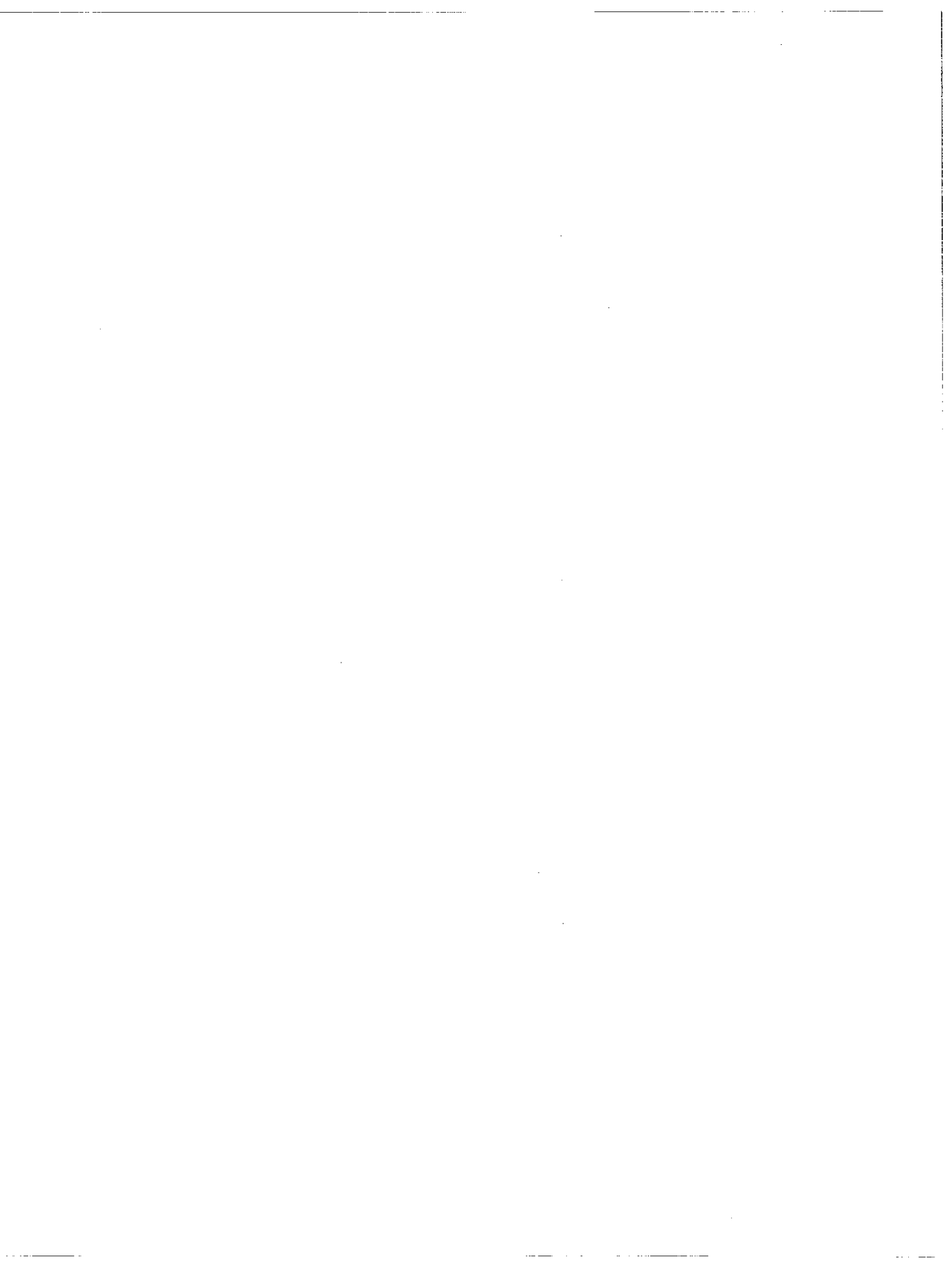
Si bien el nuevo esquema ha cumplido con el objetivo de incentivar la competencia entre las aseguradoras, no ha logrado fomentar la participación de más compañías,<sup>19</sup> situación que podría propiciar mejores tasas. Adicional a lo anterior, el Instituto tiene la labor de orientar al trabajador para que elija la aseguradora que tiene el menor costo para el Instituto.

La elección de la mejor oferta por parte de los prospectos de pensión es el elemento clave para que el mercado de pensiones funcione de forma competitiva, pues genera incentivos a las aseguradoras a ofrecer mejores tasas, beneficia económicamente al prospecto de pensión con el BAU y el Instituto paga el costo más bajo por la pensión que otorga.

---

<sup>19</sup> Actualmente existen once aseguradoras autorizadas para operar los seguros de pensiones y sólo cuatro tienen convenio con el Instituto.

# CAPÍTULO VI. SERVICIOS SOCIALES Y CULTURALES





## SERVICIOS SOCIALES Y CULTURALES

La Ley del ISSSTE estableció a las prestaciones sociales y culturales como parte esencial ~~de un concepto amplio e integral de la Seguridad Social,~~ por ello, es indispensable dar solidez financiera y operativa a este grupo de beneficios como una vía para profundizar en el sentido social, humanístico y previsor de la Seguridad Social.

En cumplimiento a lo establecido en el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE, este capítulo presenta la situación actual y la proyección financiera y actuarial de los Servicios Sociales y Culturales, aportando elementos de juicio para evaluar si las cuotas y aportaciones son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de las prestaciones. En este rubro destaca que el Fondo de Servicios Sociales y Culturales es deficitario y las proyecciones a cinco años confirman dichas tendencias.

De acuerdo con el Artículo 195 de la Ley del ISSSTE, el Instituto atenderá a las necesidades básicas del trabajador y su familia a través de la prestación de servicios que contribuyan al apoyo asistencial, la protección del poder adquisitivo de sus salarios, con orientación hacia patrones racionales y sanos de consumo. Bajo este mandato, el Instituto ofrece servicios turísticos y funerarios y mantiene una amplia red de Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDIS) y de tiendas y farmacias (abiertas para derechohabientes y a la población en general).

Adicionalmente, en el Artículo 196 de la misma Ley, se establece que el ISSSTE ofrecerá programas culturales, recreativos y deportivos que tiendan a cuidar y fortalecer la salud mental e integración familiar y social del trabajador. En este grupo de prestaciones se incluyen programas de atención para jubilados y pensionados coordinados por el Centro Nacional de Atención al Envejecimiento (CENAE), que promueve la capacitación, el auto cuidado de la salud y la participación en actividades productivas de las personas de la tercera edad.

Los ingresos del Fondo de Servicios Sociales y Culturales están compuestos por una cuota a cargo de los trabajadores que corresponde a 0,5 por ciento del sueldo básico y una aportación a cargo de las Dependencias y Entidades del mismo monto. Adicionalmente, para los servicios de atención que corresponden al bienestar y desarrollo infantil, las Dependencias y Entidades también cubren 50 por ciento del costo unitario por cada uno de los hijos de sus trabajadores que hagan uso del servicio de EBDIS.

### Estado de Actividades

La Tabla 33 presenta el Estado de Actividades que reporta de forma integrada los ingresos y gastos derivados de la prestación de Servicios Sociales y Culturales del Instituto en el periodo 2009-2013:

- Los ingresos totales de 2013 disminuyeron 16 por ciento respecto a los ingresos de 2012; además, en 2013 el fondo no recibió apoyos por financiamiento.
- Los ingresos de este Fondo incluyen las ventas de SuperSSTE, que tuvieron una disminución debido a las condiciones del mercado de ventas al menudeo que reflejó un menor consumo de la población.
- El gasto total para el Ejercicio Fiscal 2013 fue de 12,398 mdp, el cual disminuyó 14.5 por ciento respecto al año anterior.
- El déficit resultante en 2013 ascendió a 2,240 mdp, mismo que se incrementó 6 por ciento respecto a 2012.

**Tabla 33. Estado de Actividades de los Servicios Sociales y Culturales**  
(millones de pesos)

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013
Ingresos	2,849	2,939	3,236	3,396	3,485
Cuotas y aportaciones	1,144	1,211	1,293	1,378	1,446
Cuotas	1,705	1,729	1,943	2,018	2,039
Aportaciones	192	182	246	1,766	1,771
Otros ingresos					

INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

IFA 2014

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013
Intereses sobre inversión en valores	24	23	13	11	7
Otros ingresos	168	109	179	1,704	1,712
Intereses sobre préstamos	-	-	-	-	-
Prestación de servicios	-	50	54	51	52
Ingresos por prestación de servicios	13,371	13,540	11,165	6,931	4,901
Venta de bienes de SUPERISSSTE	11,054	11,365	9,574	6,277	4,621
Ingresos por servicios turísticos (neto)	1,227	766	145	654	280
Apoyos por financiamiento	1,090	1,408	1,447	-	-
Total de ingresos	16,412	16,661	14,647	12,093	10,157
Costos					
Costo	11,014	11,084	8,666	5,990	4,307
Costo de venta de SUPERISSSTE	9,919	10,428	8,588	5,452	4,084
Costo de venta de TURISSSTE	1,095	656	78	538	223
Gastos					
Gasto corriente	5,248	5,692	5,690	5,666	5,904
Servicios de personal	3,119	3,390	3,543	3,762	4,110
Materiales y suministros	315	484	370	176	203
Servicios generales	1,704	1,666	1,688	1,727	1,590
Gastos financieros	110	2	89	-	-
Prov. económicas ayudas otras erogaciones	-	150	-	-	-
Otros gastos	1,212	1,532	1,640	2,446	1,845
Depreciaciones	61	65	67	115	46
Otros gastos	1,150	1,467	1,572	2,331	1,799
Gastos vivienda financiamiento y obra pública	1	-	-	-	-
Gastos de reservas	344	474	421	98	342
Reserva de Operación para Contingencias y Financiamiento	299	383	421	98	336
Reserva General Financiera y Actuarial	45	91	-	-	6
Total de gastos y costos	17,818	18,782	16,416	14,199	12,398
Ingresos menos gastos y costos	-1,406	-2,121	-1,769	-2,106	-2,240

Notas: Las cuotas y aportaciones, así como los gastos incluyen el régimen del Décimo Transitorio y Cuenta Individual.  
Fuente: IFA del periodo 2009-2012 y Estado de Actividades por fondo al 31 de diciembre de 2013.

**Proyecciones financieras**

De acuerdo con el Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley del ISSSTE, se presentan las proyecciones financieras del Fondo de los Servicios Sociales y Culturales, las cuales aportan elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios derivados de este fondo, así como las estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas. Las proyecciones financieras del periodo 2014 a 2018 se desarrollaron con base en la situación de los ingresos y gastos observada en los años anteriores, con la finalidad de mostrar el comportamiento esperado de dicho fondo, en la Tabla 34 se presentan las proyecciones financieras.

**Tabla 34. Proyecciones financieras de los Servicios Sociales y Culturales (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)**

Concepto	2014	2015	2016	2017	2018
Ingresos	3,656	3,750	3,852	3,941	4,039
Cuotas y aportaciones	1,488	1,526	1,567	1,603	1,644
Cuotas	2,168	2,224	2,285	2,337	2,396
Aportaciones	6,952	7,126	7,319	7,487	7,674
Otros ingresos	68	64	65	66	68
Intereses sobre inversión en valores	890	913	938	959	983
Otros ingresos	-	-	-	-	-
Intereses sobre préstamos	48	49	50	51	53
Prestación de servicios	4,752	4,874	5,007	5,122	5,250
Venta de bienes de SUPERISSSTE	288	295	303	310	318
Ingresos por servicios turísticos (neto)	907	930	955	977	1,002
Apoyos por financiamiento	10,607	10,876	11,171	11,428	11,714
Total de ingresos	6,448	6,614	6,794	6,950	7,124
Gastos	6,448	6,614	6,794	6,950	7,124
Gasto corriente	4,120	4,226	4,341	4,441	4,552
Servicios de personal	356	365	375	384	393
Materiales y suministros	1,925	1,975	2,029	2,075	2,127
Servicios generales	46	47	49	50	51
Gastos financieros	1,994	2,045	2,101	2,149	2,203
Otros gastos	46	47	49	50	51

IFA 2014

Concepto	2014	2015	2016	2017	2018
Depreciaciones	81	83	86	88	90
Otros gastos	1,912	1,962	2,015	2,061	2,113
Gastos de obra pública en bienes propios.	-	-	-	-	-
Costo de venta de SUPERISSSTE	4,199	4,307	4,424	4,526	4,639
Costo de venta de TURISSSTE	230	236	242	247	254
Total de gastos	12,870	13,202	13,561	13,873	14,220
Ingresos menos gastos	-2,262	-2,326	-2,390	-2,445	-2,506

Nota: La suma de las cifras parciales puede no coincidir con el total por redondeo.

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

Los puntos que destacan de las proyecciones financieras son:

- En los estados de actividades de los Servicios Sociales y Culturales (2009-2013) se ha observado que los ingresos no han alcanzado a cubrir los gastos, por lo que se estima que esta tendencia se mantenga durante el periodo 2014-2018.
- Bajo el supuesto de que los gastos mantengan el mismo comportamiento, las cuotas y aportaciones asignadas de 1 por ciento del sueldo básico para el financiamiento de estos servicios se estiman insuficientes, por lo que se requiere incrementar dicha prima a 1.61 por ciento sin considerar a SUPERISSSTE y TURISSSTE.

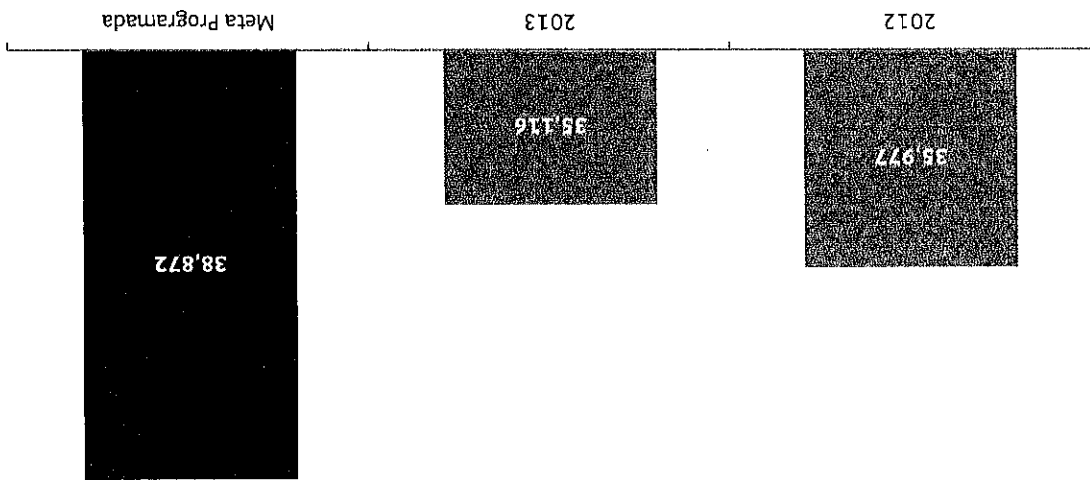
### Situación de las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDIS)

Las EBDIS son un servicio que forma parte de los Servicios Sociales y Culturales que proporciona el Instituto en cumplimiento a lo establecido por los artículos 4 y 196, fracción IV de la Ley del ISSSTE, es por esto que su situación financiera se incluye en el Estado de Actividades global de Servicios Sociales y Culturales del Instituto.

Durante 2013, el Instituto benefició a 22,581 trabajadores, a través del servicio de Estancias, brindando atención a 23,970 niños a través de 122 estancias propias y a 11,146 niños mediante 120 estancias contratadas (subrogadas) y cinco organizaciones de la sociedad civil, por lo que el total de niños atendidos ascendió a 35,116.

El compromiso institucional para el otorgamiento de este servicio se ha visto reflejado en la atención de un mayor número de niños, es decir, 3 por ciento más de lo otorgado en 2007. Sin embargo, en 2013 debido a factores como el retraso para atender solicitudes en estratos específicos en donde no siempre se cuenta con la capacidad operativa, así como la falta de personal en las estancias, el servicio se vio disminuido 2.39 por ciento respecto a 2012. Para incrementar esta prestación, la Junta Directiva acordó disminuir la lista de espera. Lo anterior se puede observar en la Gráfica 26 la cual muestra la población de niños atendida por las estancias para el bienestar y desarrollo infantil durante 2012 y 2013.

**Gráfica 26. Niños atendidos en las EBDIS, 2012 y 2013**



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos, 2013.

Con relación a su ubicación, 48 de las 247 estancias con las que cuenta el Instituto están localizadas en el Distrito Federal, cabe señalar que todas ellas son estancias propias. En el resto de la República, en cambio, se localizan 125 estancias de participación social, y 74 estancias propias. Esta distribución puede observarse en la Tabla 35, donde se muestra la distribución geográfica a nivel Delegacional, destacando si se trata de estancias propias o contratadas.

IFA 2014

**Tabla 35. Distribución de EBDIS por Delegación Institucional, 2013**

Delegación	EBDIS		Delegación	EBDIS	
	Propias	Contratadas		Propias	Contratadas
Aguascalientes*	3	13	Oaxaca*	4	11
Baja California*	4	2	Puebla	2	-
Baja California Sur	2	2	Querétaro	2	8
Campeche	1	1	Quintana Roo	1	2
Coahuila	2	9	San Luis Potosí	1	3
Colima	2	4	Sinaloa*	4	6
Chiapas	2	8	Sonora	5	4
Chihuahua	2	5	Tabasco	1	1
Durango	3	3	Tamaulipas	4	3
Guanajuato	5	1	Tlaxcala	1	1
Guerrero	2	1	Veracruz	2	6
Hidalgo	3	3	Yucatán	2	-
Jalisco	3	6	Zacatecas*	2	1
Estado de México	0	4	Zona Norte D.F.	14	-
Michoacán	2	5	Zona Oriente D.F.	9	-
Morelos	3	7	Zona Sur D.F.	17	-
Nayarit	2	-	Zona Poniente D.F.	8	-
Nuevo León	2	5	<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>125</b>

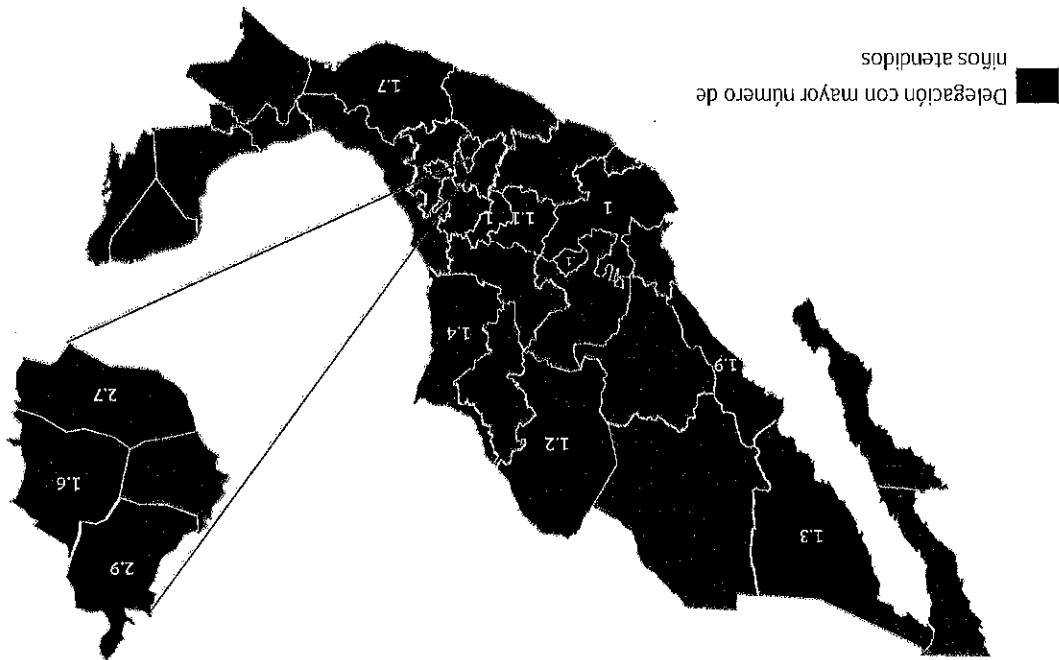
Nota: \* Delegaciones que consideran organizaciones de la sociedad civil.  
Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

En 2013, debido al término del convenio con la Secretaría de la Función Pública para la renta del espacio, el Instituto cerró la EBDI propia número 1.1.1 localizada en la Delegación Sur del Distrito Federal, la cual se ubicaba en un inmueble de dicha Secretaría.

Cabe destacar que, con relación a los prestadores del servicio privado especializado en Estancias, además de las EBDIS subrogadas, el ISSSTE se apoya en cinco organizaciones de la sociedad civil que atienden a niños y niñas con algún tipo de discapacidad, lo que refleja un incremento de 4 por ciento, respecto a lo reportado en 2012.

Por otra parte, en 12 de las 35 Delegaciones del Instituto se atienden a 19,702 niños, es decir 56.11 por ciento del total de niños atendidos en 2013. La Gráfica 27 presenta el detalle de dichas Delegaciones.

**Gráfica 27. Delegaciones que atienden a un mayor número de niños, 2013**  
(miles de niños atendidos)



Nota: Cifras en miles de casos de niños atendidos.  
Fuente: ISSSTE, Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos, 2013.

Preocupado por salvaguardar la integridad física de la comunidad educativa en las EBDIS, el Instituto otorga el servicio en condiciones de seguridad, cumpliendo con la normativa de protección civil federal, estatal y municipal.

Al respecto, las estancias cuentan con alarmas, señalización, salidas de emergencia, extintores, sistemas, detectores de humo, instalación de gas, anclaje de mobiliario, película antiastillante, cancelería y cerrajería, control en el material flamable, rutas de evacuación, cuerpo de brigadistas, directorio de cuerpos de emergencia, plan de emergencia, ubicación de puntos de reunión, salidas de emergencia, botiquín de primeros auxilios, médico y enfermera de planta, rampas de evacuación, póliza de responsabilidad civil, póliza contra incendios y desastre, extintor fuera de bodega. Asimismo, se llevan a cabo simulacros de sismos e incendios, y vistas de inspección.



IFA 2014

Durante 2013, en los meses de julio y agosto, con la finalidad de dar cumplimiento a los Programas de Protección Civil, el Instituto destinó 20 mdp para llevar a cabo el Programa de Mantenimiento y Mejora a todos los inmuebles de las estancias propias. La Tabla 36 presenta la distribución de estos recursos a nivel delegacional, para el ejercicio presupuestal. Cabe señalar, que el registro de gasto se efectúa conforme a las necesidades de las EBDIS en cada una de las Delegaciones Estatales y Regionales, en función de su Programa de Protección Civil en los meses de julio-agosto.

**Tabla 36. Monto ejercido en 2013 por Delegación Institucional en el programa de protección civil (millones de pesos)**

Delegación	Presupuesto ejercido	Delegación	Presupuesto ejercido
Aguascalientes	0.56	Puebla	0.38
Baja California	0.59	Querétaro	0.31
Baja California Sur	0.36	Quintana Roo	0.19
Campeche	0.21	San Luis Potosí	0.30
Coahuila	0.21	Sinaloa	0.85
Colima	0.33	Sonora	1.00
Chiapas	0.30	Tabasco	0.29
Chihuahua	0.35	Tamaulipas	0.43
Durango	0.34	Tlaxcala	0.26
Guanajuato	0.85	Veracruz	0.48
Guerrero	0.26	Yucatán	0.31
Hidalgo	0.32	Zacatecas	0.37
Jalisco	0.31	Zona Norte	2.15
Michoacán	0.32	Zona Poniente	1.40
Morelos	0.51	Zona Oriente	1.10
Nayarit	0.39	Zona Sur	2.80
Nuevo León	0.52	<b>Total</b>	<b>20.00</b>
Oaxaca	0.64		

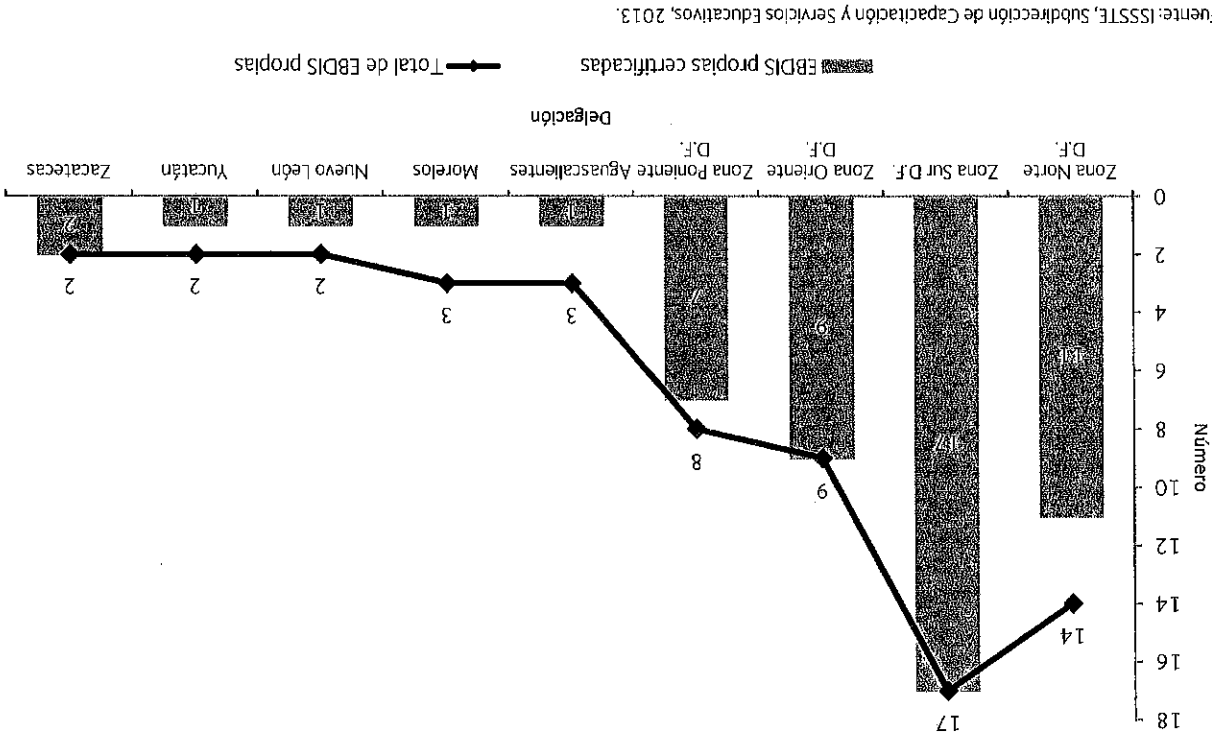
Fuente: ISSSTE, Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos, 2013.

Con la finalidad de salvaguardar la integridad de los niños y del personal que labora en las EBDIS, el Instituto actualiza en tiempo real el "Sistema de Información de Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil" (tableros de control), que se encuentra en la Intranet Institucional y permite a las Delegaciones reportar sus acciones para mitigar riesgos en materia de protección civil.

Adicional al sistema antes referido, se dio cumplimiento al programa de supervisión tanto a las estancias propias como contratadas, realizando visitas a las 35 Delegaciones en un esquema integral, el cual contempla la supervisión de los Programas de Capacitación y Estancias Infantiles, así como el ejercicio del presupuesto de las mismas.

Al final del año 2013, con el objeto de garantizar servicios de calidad, el Instituto reportó 50 Estancias certificadas en la Norma ISO 9001:2008. La disminución de estancias certificadas respecto al año pasado, se debe al cierre de la Estancia No. 111 de la Zona Sur del Distrito Federal durante este año. La Gráfica 28 muestra las Delegaciones que cuentan con estancias certificadas y su representatividad respecto a las estancias propias con las que cuentan dichas Delegaciones.

**Gráfica 28. Número de EBDIS certificadas por Delegación, 2013**



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos, 2013.

## IFA 2014

La Tabla 37 enlista a las estancias certificadas.

**Tabla 37. Delegaciones que cuentan con EBDIS certificadas**

Delegación	Estancia Número
Zona Norte D.F.	3,10,11,12,15, 25, 48, 50,56, 95 y 151
Zona Sur D.F.	2,8,14,24,26,40,44,47,96,97,98,107,117,118,153,154 y 157
Zona Oriente D.F.	6,7,43,45,83,101,125,141 y 152
Zona Poniente D.F.	16,27,41,46,135,155 y 156
Aguascalientes	102
Morelos	132
Nuevo León	18
Yucatán	86
Zacatecas	23 y 134

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos, 2013.

La certificación es reflejo de que el Instituto ofrece un alto nivel de servicio ya que brinda esta prestación educativa, de alimentación y de medicina preventiva con calidad y transparencia, mantiene su eficacia mediante la evaluación de los procesos, logrando con ello que los estándares de calidad internacional que se brindan en el servicio, se apliquen de manera uniforme en todas sus sedes.

Las acciones antes referidas permitirán consolidar al ISSSTE como una Institución que no sólo se destaca por la calidad y calidez en la atención a los niños y niñas que hacen uso del servicio, sino que garantiza la integridad de los trabajadores y usuarios del mismo.

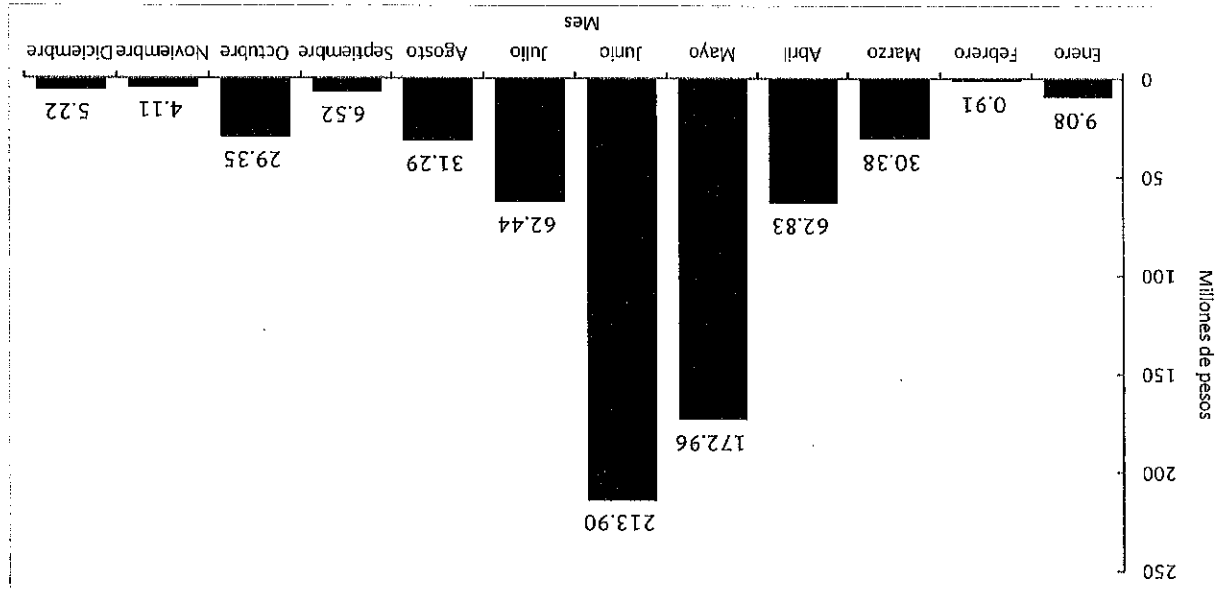
### **Recaudación de aportaciones para EBDIS**

Con base en lo establecido en el Artículo 199, fracción II segundo párrafo de la Ley del ISSSTE, el servicio de estancias debe ser otorgado con base en las posibilidades financieras del Fondo de Servicios Sociales y Culturales. Dicha prestación será financiada conforme a la determinación anual de la Junta Directiva del costo unitario por cada hijo de los

trabajadores que hagan uso del servicio, 50 por ciento del costo deberá ser cubierto por las Dependencias y Entidades.<sup>20</sup>

Al cierre de 2013, el Instituto recaudó 628,98 mdp para el financiamiento de este servicio, la Gráfica 29 presenta la evolución mensual de la recaudación.

**Gráfica 29. Evolución mensual de la recaudación, 2013 (millones de pesos)**



Fuente: ISSSTE, Tesorería General, 2013.

La Junta Directiva aprobó un acuerdo para disminuir la lista de espera, que a la fecha ha incorporado a 1,766 niños durante los meses de julio a diciembre de 2013, de los 2,002 niños que se tienen como meta.

<sup>20</sup>Con base en el Artículo 5 del Reglamento de los Servicios de Atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. La Dirección de Prestaciones, conjuntamente con la Tesorería General del Instituto, darán a conocer a las Dependencias y Entidades afiliadas el costo de atención de los Niños y las Niñas de sus trabajadores que hagan uso del Servicio, con base en el Costo Unitario Anual; asimismo, les solicitarán el pago correspondiente, acompañándoles la relación de los niños y niñas inscritos.

## IFA 2014

Sin embargo, existen diversos retos identificados entre los que destacan:

- Contribuir al abatimiento de la lista de espera del servicio de Estancias Infantiles.
- La recertificación de 50 Estancias Infantiles bajo la Norma Internacional ISO 9001:2008 e incorporación de por lo menos una estancia más por año al Sistema de Gestión de la Calidad.
- Reforzar la seguridad en las estancias propias mediante el programa de mantenimiento, equipamiento y protección civil.

Para cumplir con los retos referidos, el Instituto buscará los mecanismos para realizar las siguientes acciones:

- Contratar a 133 auxiliares educativos y de cocina para el periodo enero-julio 2014.
- La Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos apoyará en el primer semestre de 2014 a las Delegaciones que cuentan con Estancias Certificadas en la Norma ISO 9001:2008, para realizar sus auditorías internas y fortalecer el proceso de recertificación.
- Realizar visitas a las estancias que han mostrado interés por incorporarse al sistema de certificación.
- Desarrollar un programa de inversión, el cual contempla cuatro proyectos en las estancias propias, integrados de la siguiente manera:
  - Equipamiento tecnológico para monitoreo.
  - Implementación de un sistema integral contra incendios a base de hidrantes y rociadores en 86 estancias.
  - Equipamiento de bienes muebles e inmuebles.
  - Mantenimiento y/o remodelación durante los meses de julio y agosto.

## Oferta deportiva

El ISSSTE, como institución de salud, tiene entre una de sus prioridades fortalecer el combate al sedentarismo, el sobrepeso, la obesidad y a la prevención de adicciones por medio de diversas acciones, entre las que se encuentra un programa de actividades físico deportivas que desarrollan las 35 Delegaciones del Instituto, en el que se ofrecen a los derechohabientes un menú de opciones a elegir que coadyuven a fomentar la actividad física de manera sistemática y a disminuir la prevalencia de estas afecciones.

Actualmente, el ISSSTE solamente cuenta con siete instalaciones propias adecuadas para proporcionar servicios deportivos a los derechohabientes, las cuales se encuentran en Guanajuato, Zacatecas, Veracruz, Coahuila, Chihuahua, Durango y el Distrito Federal.

Durante 2013 en el ISSSTE, se ejecutaron 3,353 eventos deportivos a nivel delegacional en varias disciplinas deportivas y actividades recreativas. Estos eventos incluyeron todos los sectores de la población derechohabiente, desde los niños de las estancias infantiles hasta jubilados y pensionados y tuvieron como objetivo principal motivar a los derechohabientes a practicar actividades físicas de manera cotidiana.

En adición a las actividades delegacionales, se efectuaron 16 eventos regionales y nacionales que incluyeron DeportISSSTE, la Jornada Nacional del Deporte, CorriSSSTE, FútbolISSSTE y el Torneo Nacional de Tercias. En conjunto, estos eventos beneficiaron directamente a 16,852 derechohabientes y 2,850 adultos mayores y se instrumentaron actividades deportivas para el sector de derechohabientes discapacitados de acuerdo a las facilidades de cada Delegación.

Complementariamente, se reforzó el proyecto Desarrollo Armónico de la Mujer mediante actividades físico-deportivas específicas para el género, así como un evento nacional denominado Torneo Nacional de Tercias de Basquetbol Femenil en el que participaron 120 representantes de 23 Delegaciones del ISSSTE.

## IFA 2014

También se operaron 77 ligas deportivas para niños y jóvenes de entre 16 y 30 años, así como 195 escuelas técnico deportivas a nivel nacional que ocupan el tiempo libre de este sector y coadyuvan a prevenir las adicciones.

El ISSSTE reconoce al derechohabiente como el eje principal en el desarrollo de la cultura deportiva y a fin de cumplir con la obligación de proporcionarle servicios deportivos. Se instó a las Delegaciones a promover convenios y acuerdos de préstamos de instalaciones, recursos materiales y difusión con el fin de realizar algunas de las actividades en 2013.

Los eventos realizados se efectuaron en Delegaciones que concertaron este tipo de acuerdos y convenios con otras instituciones y gobiernos locales, lo que optimizó los recursos destinados para ello; sin embargo, se pudo observar que la falta de infraestructura propia del Instituto incide directamente en la prestación de los servicios. De igual forma, la plantilla de recursos humanos para la atención en materia de cultura física y deporte no fue lo suficientemente adecuada, lo que en ocasiones limitó ofertar un mayor número de servicios deportivos.

### **Oferta cultural**

Durante los primeros meses del 2013, se desarrolló un diagnóstico del estado que guardaba el Programa Cultural. La puesta en marcha de estos programas requirió de sensibilizar y capacitar a quienes operan y supervisan la oferta cultural, así como desarrollar nuevos proyectos de mejora de la infraestructura de los seis Centros Culturales Regionales que se propusieron ante Junta Directiva y que significarán una derrama cultural que impacte a la región de cada una de las sedes. Además, se establecieron escuelas técnico deportivas de ajedrez para el fomento de esta disciplina, que culminará con un torneo nacional promocional.

Al igual que se hizo para las actividades deportiva, también se establecieron alianzas con instituciones tanto federales como particulares a fin de ampliar la oferta cultural por falta de espacios o de requerimientos en las instalaciones propias.

## Servicios funerarios

El ISSSTE ofrece servicios funerarios a precios accesibles, tanto a sus derechohabientes como al público en general. Estos servicios contribuyen al apoyo asistencial y a la protección del poder adquisitivo de los derechohabientes. Actualmente, el Instituto cuenta con siete velatorios propios ubicados en las zonas de mayor concentración urbana en el país: tres en el Distrito Federal, dos en el Estado de México, uno en Jalisco y uno en Nuevo León.

En total, la capacidad instalada de los velatorios consta de 42 capillas para velación, cuatro hornos crematorios y una sección de fosas en el panteón "Parque Memorial" de Naucalpan, Estado de México. La Tabla 38 muestra la distribución por entidad de la capacidad instalada para servicios funerarios al cierre del Ejercicio Fiscal 2013.

**Tabla 38. Recursos disponibles en servicios funerarios**

Entidad	Número de capillas	Número de centros de inlheración	Número de panteones
Distrito Federal	23	1	-
Jalisco	5	1	-
México	10	2	1
Nuevo León	4	-	-
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>4</b>	<b>1</b>

Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

Adicionalmente a los velatorios propios y con la finalidad de brindar una mejor atención al derechohabiente, en 2013 se firmaron 119 convenios con diferentes agencias funerarias públicas y privadas en todo el país, mediante los cuales se obtienen descuentos especiales (de 10% a 25%) para los afiliados al Instituto. Estos convenios permiten que los derechohabientes accedan a los servicios a precios competitivos en las entidades en las que no se cuenta con instalaciones propias.

En el Ejercicio Fiscal 2013 se otorgaron 32,755 servicios funerarios. El aprovechamiento de la capacidad instalada para servicios funerarios en este mismo año alcanzó 68.5 por ciento. Como se muestra en la Tabla 39 se otorgaron 26,518 servicios en los velatorios



IFA 2014

propios, 3,124 en los centros de incineración y 52 ventas de fosas en el panteón "Parque Memorial".

**Tabla 39. Resumen de servicios funerarios otorgados en 2013**

Entidad	Velatorios ISSSTE	Centros de Incineración ISSSTE	"Panteón Parque Memorial" 1/	A través de Convenios con Organismos Públicos y Privados
Distrito Federal	21,177	1,919	32	-
Jalisco	323	54	-	-
México	2,642	1,151	20	-
Nuevo León	2,376	-	-	-
Estados que no cuentan con infraestructura propia	-	-	-	3,061
<b>Total</b>	<b>26,518</b>	<b>3,124</b>	<b>52</b>	<b>3,061</b>

Nota: 1/ Venta de fosas

Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

Para atender el rezago que tenía el parque vehicular, se optó por un esquema de arrendamiento financiero de carrozas y equipo de cómputo, permitiendo así mantener un buen nivel de calidad en el otorgamiento de estos servicios.

Por otra parte, se implementó un esquema de arrendamiento de espacios dentro de las instalaciones del Instituto, se modernizó la normatividad para la operación de los velatorios y se fortalecieron los "Lineamientos Generales para la administración del patrimonio inmobiliario", lo que ha permitido obtener ingresos adicionales por 9.9 mdp en 2013. Los ingresos totales por servicios funerarios en 2013 ascendieron a 33 mdp, mostrando un crecimiento de 10 por ciento con respecto a los ingresos de 2012.

Con la finalidad de llevar un mayor control y registro de los servicios otorgados, en junio de 2013 el Instituto implementó en los velatorios propios el Sistema de Registro y Control en Velatorios (SIRVEL), el cual permite el monitoreo de los velatorios propios mediante claves a nivel central, protegiendo la información y dando veracidad y transparencia a la disposición de los recursos. Asimismo, este sistema de cómputo permite agilizar la facturación electrónica y cotizaciones.



# CAPÍTULO VII. ESTADO QUE GUARDAN LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS DEL INSTITUTO



## ESTADO QUE GUARDAN LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS DEL INSTITUTO

Este capítulo presenta el estado que guardan las instalaciones y equipos del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica, con el fin de dimensionar las necesidades y retos a que se enfrenta. Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en el último párrafo de la fracción XIX del Artículo 214 de la Ley del ISSSTE.

Al 31 de diciembre de 2013, el Instituto contaba con 1,189 unidades médicas, de las cuales 89 por ciento son de primer nivel, 10 por ciento de segundo nivel y el restante 1 por ciento de tercer nivel de atención, y tienen una antigüedad promedio por nivel de 23, 28 y 32 años, respectivamente. Aunque estos promedios no representan una estructura envejecida, existen numerosos casos de unidades médicas que ameritan ser renovadas o sustituidas en el mediano plazo.

En el rubro de conservación y mantenimiento del Instituto se invirtieron 1,362 mdp, mientras que en obra se invirtieron 759.3 mdp, entre las que se subraya la inversión de 156.2 mdp en el Distrito Federal. Finalmente se expone la participación del Instituto dentro del Programa Nacional de Infraestructura.

### **Infraestructura y equipamiento médico institucional**

La infraestructura médica del Instituto se encuentra distribuida en todo el país y se clasifica en tres niveles de atención, conforme a su capacidad resolutive y a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Primer Nivel: es la estructura básica de la atención médica ambulatoria y es el primer contacto de atención con los derechohabientes. Está caracterizado por la atención de padecimientos comunes y poco complejos, mismos que no requieren de procedimientos

altamente especializados. Por lo anterior, este nivel debe ser el que resuelva la mayoría de los padecimientos, además de ser el filtro que determine, en primera instancia, el tipo de atención que requiere el derechohabiente y que regule el acceso a los demás niveles de atención; en este nivel se resuelve alrededor de 85 por ciento de los problemas de salud. Segundo Nivel: es la estructura con grado intermedio de complejidad, en la cual, deben atenderse aquellos casos que por las necesidades de recursos hospitalarios no son susceptibles de ser solucionados o diagnosticados en el primer nivel, pero no requieren de atención de alta especialidad. En este nivel de atención se resuelve alrededor de 10 por ciento de todos los problemas de salud que se presentan.

Tercer Nivel: corresponde a la estructura con la más alta complejidad y tecnología. Resuelve aproximadamente 5 por ciento de los problemas de salud de la población, aquellos que no pueden ser diagnosticados o solucionados en los niveles anteriores.

Al 31 de diciembre de 2013, para brindar el servicio de atención médica, el ISSSTE contaba con un total de 1,189 unidades médicas, 10 unidades adicionales, en el primer nivel de atención, en comparación con 2012. Ello significó un incremento en la capacidad de atención en beneficio de 39,192 derechohabientes.

La estructura de las unidades médicas del ISSSTE, por nivel de atención, muestra que el primer nivel concentra 89 por ciento del total de infraestructura, el segundo nivel 10 por ciento y el tercer nivel 1 por ciento.

El régimen de tenencia de la infraestructura, como se puede observar en la Gráfica 30, detalla que la mitad de estos inmuebles son propiedad del Instituto (50,5%) y que el resto se distribuye bajo los esquemas de subrogación (30,9%) y las figuras de convenio y arrendamiento (18,6%). El gasto operativo que implica esta estructura de propiedad configura un área de oportunidad para el ISSSTE, en materia inmobiliaria y financiera.

IFA 2014

**Gráfica 30. Unidades médicas por nivel de atención y tipo de tenencia 2013**

	Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel
Propias	470	117	13
Subrogadas	368	-	-
Convenio	166	1	-
Rentadas	54	-	-
<b>Total</b>	<b>1,058</b>	<b>118</b>	<b>13</b>

Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

El promedio de antigüedad inmobiliaria de las unidades médicas, clasificadas por nivel de atención, muestra que el tercer nivel presenta el más alto (32 años), seguido por el segundo nivel (28 años) y el primer nivel (24 años). Sin embargo, es importante señalar que en el tercer nivel de atención existen cinco unidades hospitalarias con una antigüedad promedio de 46 años; por su parte el segundo y primer niveles tienen 29 y 90 unidades respectivamente, con un promedio de antigüedad de 48 años.

A continuación se muestra el detalle de las características de los inmuebles por nivel de atención:

**Unidades médicas de primer nivel de atención**

Los cuatro tipos de unidades médicas correspondientes a este nivel de atención son los Consultorios Médicos en el Centro de Trabajo (CMCT), Consultorios de Atención Familiar (CAF), Unidades de Medicina Familiar (UMF) y Clínicas de Medicina Familiar (CMF), que en conjunto representan 89 por ciento de la infraestructura médica del Instituto.

La función principal de esas unidades médicas es el otorgamiento de consulta externa de medicina general o familiar a los derechohabientes. Los demás servicios relevantes que

cotidianamente cubren, incluyen el desarrollo de programas preventivos, la aplicación de vacunas, elaboración de estudios de laboratorio y gabinete, así como la "referenciación" a los servicios de especialidades y, desde luego, la provisión de medicamentos.

La antigüedad promedio a nivel nacional de estas unidades es de 23.7 años, lo que las sitúa como la infraestructura más nueva del Instituto. En el Distrito Federal se concentra 8 por ciento de estas unidades médicas, mientras que en la entidad se atiende a 25.8 por ciento de la población derechohabiente. También se identifica que la antigüedad promedio de los inmuebles en la demarcación es de 31.9 años (más alta que la media nacional) y que tiene dos inmuebles con más de 54 años de servicio, que son los más antiguos de este nivel de atención.

El resto del país cuenta con 92 por ciento de estos inmuebles con una antigüedad promedio de 23 años. Las más antiguas tienen 54 años y se encuentran en Jalisco y Sinaloa. La Tabla 40 enlista la antigüedad promedio de las unidades médicas de primer nivel de atención con las que contaba el Instituto en 2013, distribuidas por Delegación.

**Tabla 40. Antigüedad promedio de las unidades médicas de primer nivel de atención, por Delegación 2013**

Delegación	Antigüedad promedio	Delegación	Antigüedad promedio
D.F. Zona Poniente*	37.1	Tamaulipas	23.7
D.F. Zona Oriente*	34.1	Baja California	23.5
Campeche	33.7	San Luis Potosí	23.0
Nuevo León	33.2	Nayarit	22.7
Colima	33.0	Chiapas	22.3
D.F. Zona Norte*	32.9	Jalisco	21.8
Durango	32.7	Chihuahua	21.5
Tabasco	30.0	Guerrero	21.4
Baja California Sur	27.3	Sonora	21.4
Estado de México	27.2	Guanajuato	20.8
D.F. Zona Sur	26.5	Zacatecas	20.1
Morelos	26.2	Queretaro	18.7
Veracruz	26.0	Tlaxcala	18.2
Puebla	26.0	Aguascalientes*	16.9



IFA 2014

Delegación	Antigüedad promedio	Delegación	Antigüedad promedio
Hidalgo	25.2	Oaxaca	16.3
Coahuila	24.7	Quintana Roo	16.2
Sinaloa	24.4	Michoacán	8.0
Yucatán	24.3		

Nota: \* Presentan una antigüedad promedio menor reportada a la reportada en el IFA 2013, debido a que en estas Delegaciones se incluyeron nuevas unidades.

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, 2013.

**Unidades médicas de segundo nivel de atención**

Estas unidades otorgan servicios de consulta y hospitalización en, por lo menos, cuatro especialidades troncales, Cirugía General, Gineco-obstetricia, Medicina Interna y Pediatría. Además, brindan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento con procedimientos de mediana complejidad.

Los cuatro tipos de unidades de segundo nivel son Clínica de Medicina Familiar con Especialidades (CMFE), Clínica de Especialidades (CE), Clínica Hospital (CH) y Hospital General (HG) que en conjunto, representan 10 por ciento del total de unidades con las que cuenta el Instituto.

A nivel nacional el promedio de antigüedad por inmueble es de 28.4 años. En el Distrito Federal, la antigüedad promedio de estos inmuebles es de 37.6, superando la media de este nivel, y cuenta con casos como el del Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” que tiene la máxima antigüedad para el Instituto, 59 años.

En el área foránea, la antigüedad promedio es 27.3 años. La Delegación Tabasco cuenta con el hospital con la antigüedad más alta (54 años) y la Delegación con el hospital cuya antigüedad es menor es Querétaro (2 años). La Tabla 41 presenta la distribución por Delegación en el segundo nivel de atención.

**Tabla 41. Antigüedad promedio de las unidades médicas de segundo nivel de atención, por Delegación 2013**

Delegación	Antigüedad promedio	Delegación	Antigüedad promedio
Tabasco	54.0	Colima	28.5
Nayarit	50.0	Tamaulipas	28.5
D.F. Zona Poniente	43.7	Baja California Sur	27.7
D.F. Zona Sur	41.8	Hidalgo	26.7
D.F. Zona Norte	39.2	Michoacán	26.7
Durango	38.0	Guerrero	26.6
Nuevo León	37.5	Veracruz	25.5
Baja California	37.3	Quintana Roo	24.0
Aguascalientes	37.0	Guanajuato	23.7
Estado de México	35.0	Coahuila	23.5
Chihuahua	33.8	Puebla	23.5
Chiapas	32.8	Morelos	20.5
Campeche	31.5	D.F. Zona Oriente	16.0
Zacatecas	31.0	Oaxaca	14.8
Sinaloa	30.5	Jalisco	11.3
San Luis Potosí	30.3	Yucatán	11.0
Tlaxcala	30.0	Queretaro	2.0
Sonora	29.0		

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, 2013.

Este nivel se caracteriza por una disparidad en cuanto a la antigüedad de los inmuebles. Igualmente, se destaca que este nivel presenta casi una cuarta parte (23.7%) de sus unidades con antigüedad mayor a 40 años. Lo anterior, muestra que en los próximos años el Instituto encarará retos significativos, tanto operativos como presupuestales, para poder mantener su capacidad resolutive. A ello, hay que añadir que tanto el crecimiento de la demanda por los servicios médicos, como las dinámicas demográfica y epidemiológica cambiantes, presionarán principalmente en este nivel, que requiere contar con inmuebles modernos y capaces de adaptarse a dichos cambios.

IFA 2014

**Unidades médicas de tercer nivel de atención**

Este tipo de unidades cuenta con mayor capacidad resolutoria y física instalada para realizar la integración de diagnósticos y llevar a cabo procedimientos médico quirúrgicos de alta complejidad con personal especializado y tecnologías de vanguardia.

El Instituto tiene 12 Hospitales de Alta Especialidad (HAE) y un Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, que representan 1 por ciento de las unidades médicas con una antigüedad promedio de 32.7 años como se muestra en la Tabla 42. Hay que resaltar que el CMN fue recientemente remodelado. Además, existen dos HAE con menos de tres años de antigüedad (el Hospital Centenario de la Revolución, ubicado en el Estado de Morelos y el Hospital Bicentenario de la Independencia, localizado en el Estado de México).

**Tabla 42. Antigüedad promedio de las unidades médicas de tercer nivel de atención, por Delegación 2013**

Delegación	Antigüedad promedio	Delegación	Antigüedad promedio
D.F. Zona Sur	48.0	D.F. Zona Oriente	35.0
Yucatán	48.0	Puebla	34.0
Oaxaca	44.0	Nuevo León	31.0
Sinaloa	42.0	Guanajuato	10.0
D.F. Zona Norte	39.0	Morelos	4.0
Jalisco	39.0	Estado de México	3.0

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, 2013.

En el Distrito Federal, se tiene 31 por ciento de este tipo de unidades médicas con una antigüedad promedio de 42.5 años; en el área foránea se ubican 69 por ciento con un promedio de antigüedad de 28.3 años.

En los próximos años deberán adoptarse medidas tendientes a equilibrar la presencia de este tipo de unidades médicas en las regiones del país, así como programas que permitan renovar, sustituir y ampliar la infraestructura con mayor deterioro.

**Capacidad instalada en las unidades médicas**

El número total de equipo médico especializado del Instituto asciende a 58,109 dispositivos, que se agrupan conforme a la clasificación del cuadro básico y el catálogo de

instrumental y equipo médico emitido por el Consejo de Salubridad General. La Tabla 43 presenta la distribución por rubro y el porcentaje que representa.

**Tabla 43. Equipo médico especializado por categoría, instalado dentro de las unidades médicas del ISSSTE, 2013**

Tipo de equipo	Numero de equipos	Porcentaje
Mecánica y fluidos	28,023	48.2%
Electrónica médica	10,609	18.3%
Imagenología	9,560	16.5%
Óptica y oftalmología	7,720	13.3%
Medicina física y rehabilitación	2,190	3.8%
Medicina nuclear y radioterapia	7	0.01%
<b>Total</b>	<b>58,109</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, 2013.

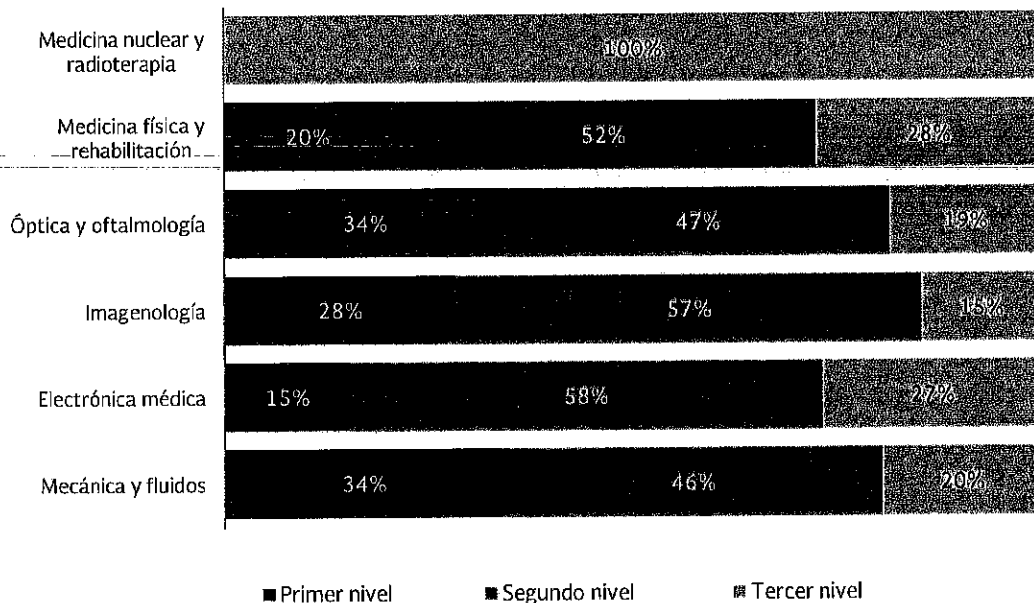
En 2013 el número de equipos médicos especializados se incrementó 3 por ciento respecto a 2012. Sobresalen los equipos de medicina física y rehabilitación, así como de óptica y oftalmología, con 8 y 4 por ciento de crecimiento, respectivamente.

El equipo médico con el que cuenta el ISSSTE puede analizarse desde tres perspectivas: por nivel de atención, por su ubicación geográfica y por su funcionalidad.

Se destaca, que el segundo nivel de atención médica concentra 50.5 por ciento del equipo. Se observa también que el primer nivel concentra una asignación del equipamiento de 29.2 por ciento. Mientras que en el tercer nivel se distribuye 20.3 por ciento del equipo. La Gráfica 31 muestra la distribución porcentual del equipo médico especializado por nivel de atención.

IFA 2014

**Gráfica 31. Distribución porcentual del equipo médico especializado por nivel de atención, 2013**

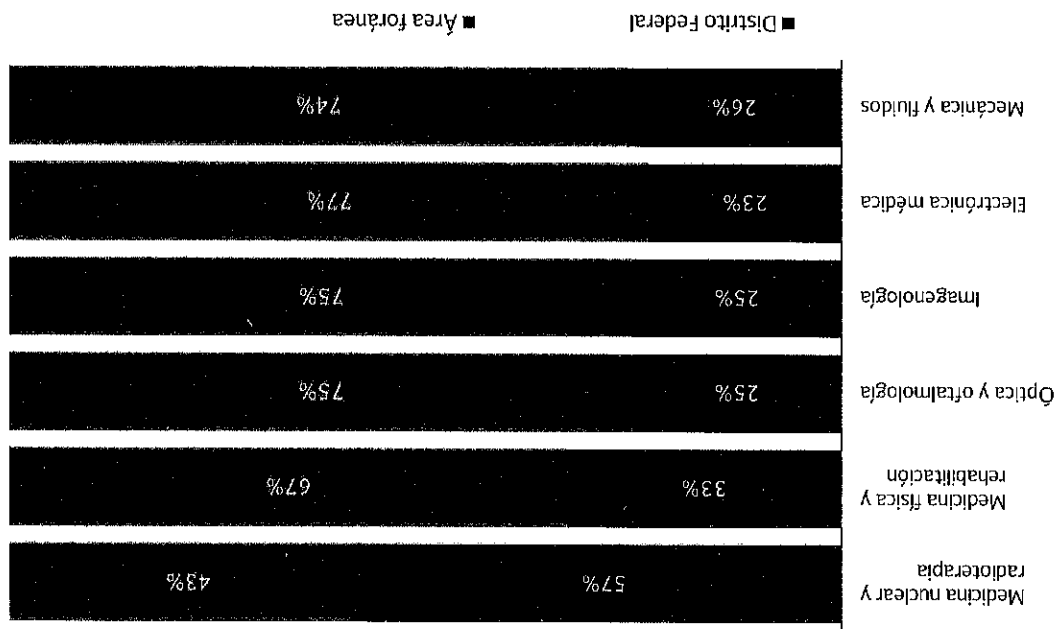


Fuente: ISSSTE, Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, 2013.

Por su distribución geográfica, el equipamiento médico especializado se encuentra, según la población derechohabiente, distribuido de la siguiente manera, Distrito Federal (25.4%) y área foránea (74.6%). Cabe señalar que en el Distrito Federal se realiza la mayoría de los estudios clínicos propios del segundo nivel de atención, tales como química clínica, microbiología, hematología e inmunología. En este mismo caso se encuentran los equipos de medicina nuclear y radioterapia, los cuales están concentrados también en el Distrito Federal por la relevancia del CMN “20 de Noviembre”.

El Instituto deberá encontrar la manera de reducir los costos de movilidad y transacción que se generan al tener concentrados en las Delegaciones del Distrito Federal, algunos equipos que requieren ser utilizados por la derechohabiente foránea. La Gráfica 32 muestra los datos por tipo de equipo especializado y ubicación.

**Gráfica 32. Distribución porcentual del equipo médico especializado instalado en unidades médicas por Distrito Federal y área foránea, 2013**

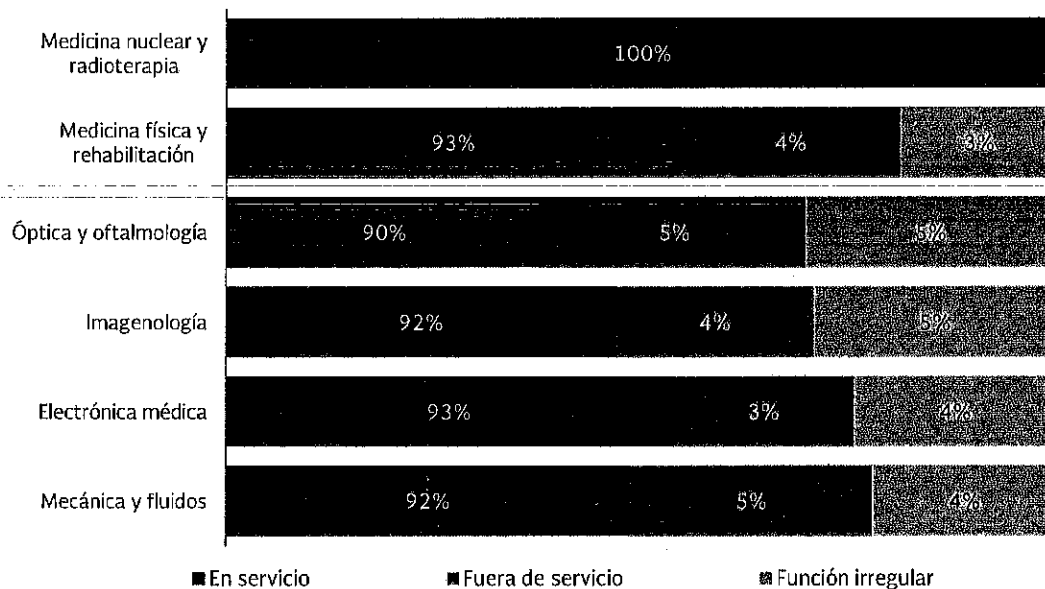


Fuente: ISSSTE, Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, 2013.

Por otro lado, 91.7 por ciento de los equipos médicos especializados del ISSSTE están en servicio. El resto funciona de forma irregular o está fuera de servicio, principalmente por descompostura.

La Gráfica 33 presenta la clasificación de los distintos tipos de equipo médico de acuerdo con su funcionalidad. Es de destacar que los equipos de microbiología y hematología presentan los niveles más altos de funcionamiento irregular, debido a su alta demanda.

**Gráfica 33. Distribución porcentual del equipo médico especializado por funcionalidad, 2013**



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, 2013.

A la luz de los datos anteriores se puede concluir que, a pesar del alto índice de funcionalidad de los equipos, el Instituto deberá establecer una estrategia de corto plazo para reducir al máximo sus tasas de funcionamiento irregular o inexistente. Lo anterior, debido a que la demanda por los servicios prestados a través de dicho equipamiento se encuentra en crecimiento y esos márgenes de funcionalidad serán claves para atenderla con calidad y oportunidad.

### **Evaluación del estado de funcionalidad y antigüedad que guardan los equipos a nivel Central**

Para evaluar la funcionalidad de los equipos médicos, el ISSSTE los clasifica dentro de dos variables: “Adecuado” y “Funcionando”. El primer término designa los equipos médicos vigentes tecnológicamente y que, por el uso constante, pueden presentar fallas esporádicas. El segundo término abarca los equipos con mayor antigüedad y que pueden generar un mayor índice de fallas.

Resalta el hecho de que la mayoría del equipamiento del Instituto se encuentre catalogado como funcional (57%), mientras que 43 por ciento presenta la confiabilidad más alta o es considerado adecuado. Para el caso particular de electrónica médica, a casi dos tercios de su equipamiento (65%) sólo se le puede considerar funcional. Al respecto, la Tabla 44 presenta la funcionalidad del equipo médico a nivel central.

**Tabla 44. Funcionalidad que guarda el equipo médico a nivel Central del ISSSTE, 2013**

Estado	Mecánica	Imagenología	Electrónica	Quirófano	Medicina nuclear	Médicas y quirúrgicas	Total
Adecuado	553	863	1,559	614	2	4	3,595
Funcionando	735	497	2,833	782	1	4	4,852
Total	1,288	1,360	4,392	1,396	3	8	8,447
% Adecuado	43%	63%	35%	44%	67%	50%	43%
% Funcionando	57%	37%	65%	56%	33%	50%	57%

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Conservación y Mantenimiento, 2013.

El ISSSTE también identifica al equipo de mayor relevancia para la atención médica de su derechohabiente. Bajo esta óptica y como se muestra en la Tabla 45 se puede observar que los electrocardiógrafos (62%), mastógrafos (51%) y esterilizadores (52%) son catalogados sólo como funcionales, lo que implica que son propensos a fallar.

**Tabla 45. Funcionalidad que guarda el equipo médico, con mayor relevancia de atención a nivel Central del ISSSTE, 2013**

Area	Equipo	Adecuado	Funcionando	Porcentaje adecuado	Porcentaje funcionando
Electrónica médica	Electrocardiógrafo	299	494	38%	62%
Imagenología	Mastógrafo	40	41	49%	51%
	Rayos x arco en c	65	18	78%	22%
Mecánica de fluidos	Resonancia magnética	8	2	80%	20%
	Tomógrafos	32	16	67%	33%
	Ventiladores	245	174	58%	42%
Quirófano	Esterilizador	320	349	48%	52%
Medicina nuclear	Gammacámara	2	1	67%	33%
	Cámara de gentelío	1	1	67%	33%

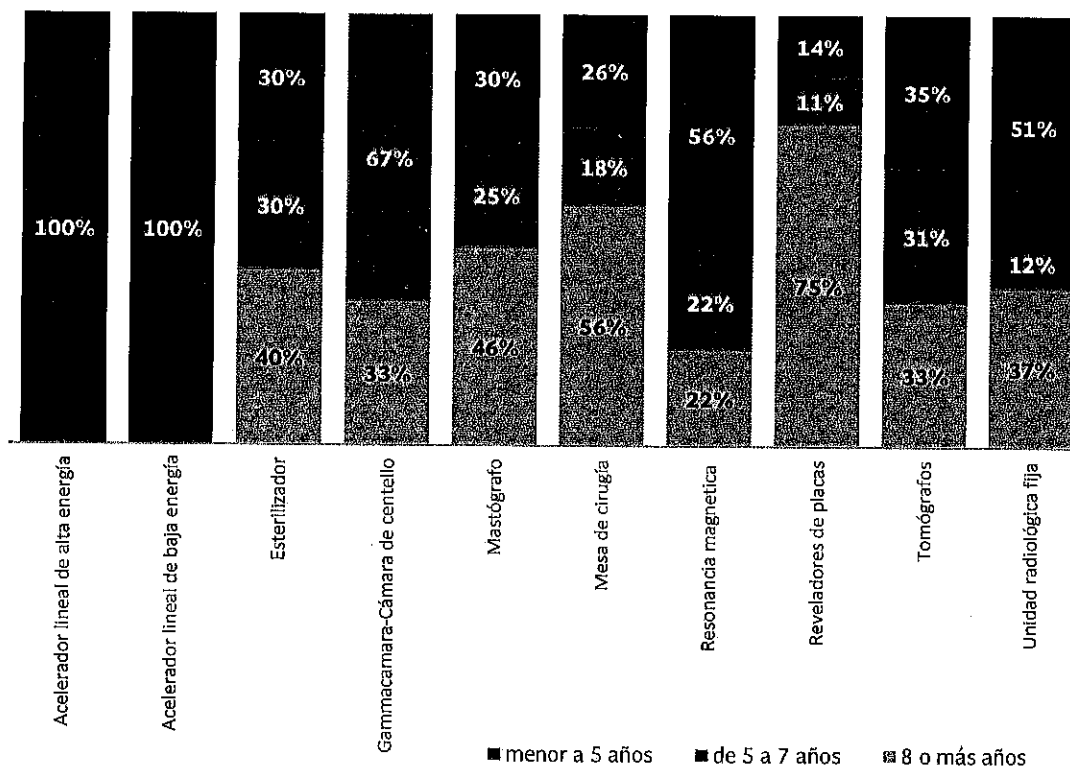
Fuente: ISSSTE, Subdirección de Conservación y Mantenimiento, 2013.



IFA 2014

La Gráfica 34 muestra que una parte de los equipos médicos institucionales presenta cierto grado de desactualización. En promedio, 31 por ciento de estos equipos cuenta con una antigüedad menor a cinco años, por lo que se consideran vigentes tecnológicamente y en óptimo estado. Mientras que 69 por ciento se encuentra en su última mitad de vida útil o está en proceso de obsolescencia tecnológica.

**Gráfica 34. Equipo relevante según años de antigüedad de atención a nivel central, 2013**



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Conservación y Mantenimiento, 2013.

**Recursos materiales**

Esta sección muestra la infraestructura que, junto con el equipo médico especializado, es necesaria para que el ISSSTE pueda brindar sus servicios médicos, la Tabla 46 detalla dichos recursos.

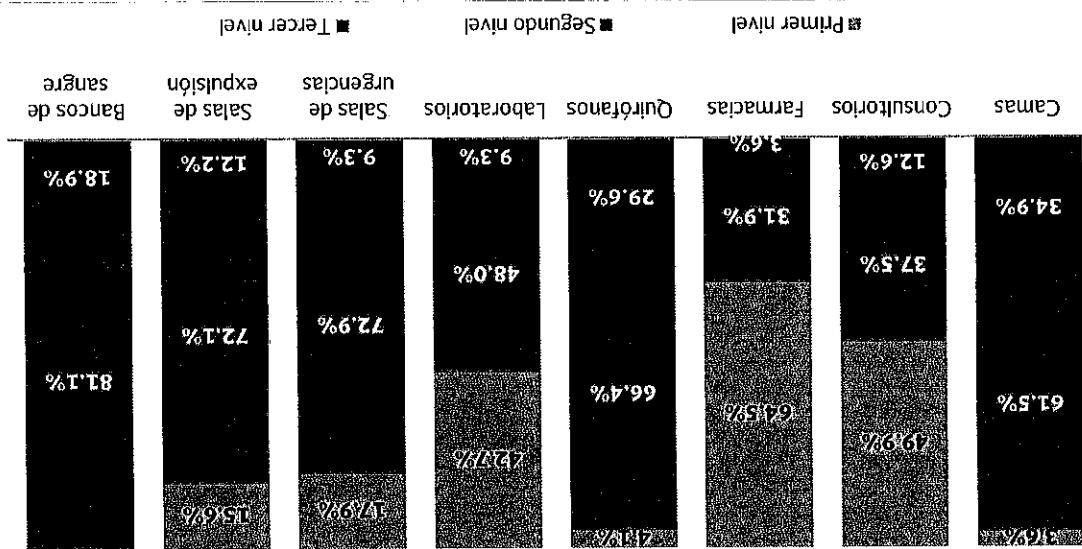
Tabla 46. Recursos materiales dentro de las unidades médicas del ISSSTE, 2012-2013

Tipo de instalación	Número de bienes 2012	Número de bienes 2013	Cambio porcentual
Camras censables y de tránsito	11,692	11,646	-0.4%
Consultorios	6,347	6,259	-1.4%
Farmacias	359	361	0.6%
Quirófanos	317	318	0.3%
Laboratorios	247	246	-0.4%
Salas de urgencias	168	140	-16.7%
Salas de expulsión	146	147	0.7%
Bancos de sangre	56	53	-5.4%
<b>Total</b>	<b>19,332</b>	<b>19,170</b>	<b>-0.8%</b>

Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

De los 19,170 bienes totales de este tipo en las unidades médicas, 21 por ciento pertenecen al primer nivel, 53 por ciento al segundo nivel y el restante 26 por ciento al tercer nivel de atención. La Gráfica 35 desglosa la distribución porcentual de estos recursos.

Gráfica 35. Distribución porcentual de recursos materiales por nivel de atención, 2013

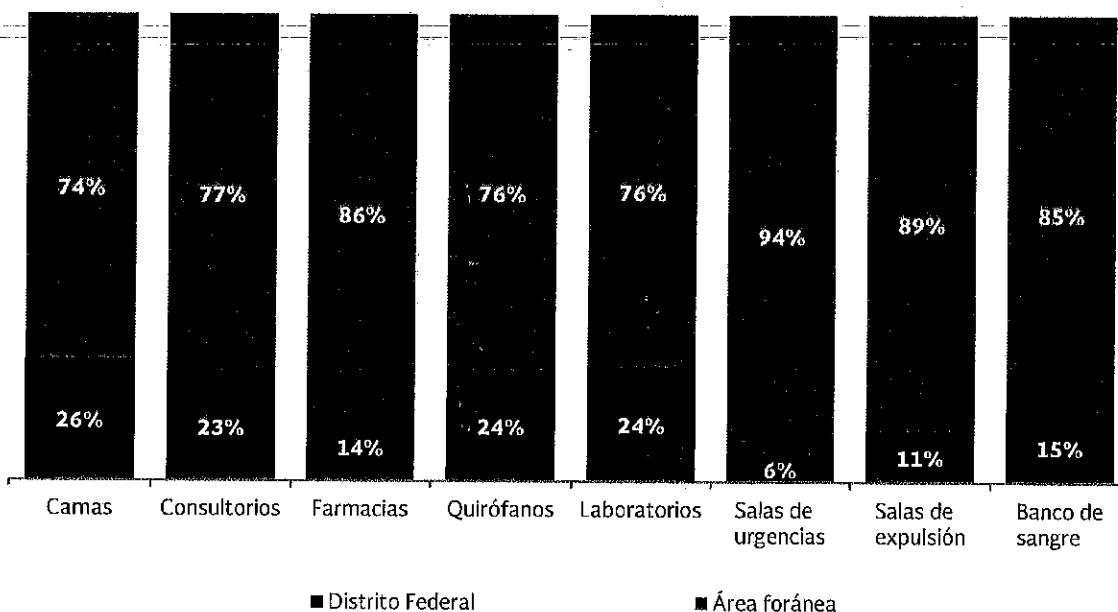


Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

IFA 2014

la Gráfica 36 detalla la distribución de los recursos materiales geográficamente, es de resaltar que se encuentran ubicados principalmente en el área foránea.

**Gráfica 36. Distribución porcentual de otros recursos materiales en las unidades médicas por Distrito Federal y área foránea, 2013**



Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

Destacan por su importancia las camas censables<sup>21</sup> y de tránsito,<sup>22</sup> así como los consultorios, a continuación se presenta su distribución de forma detallada. Existen, en total, 11,646 camas. De ellas, 4,726 son camas de tránsito o no censables, que representan 40.6 por ciento y 6,920 son camas censables, que representan 59.4 por ciento. La Tabla 47 muestra su distribución por especialidad y ocupación.

<sup>21</sup>Las camas censables son, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 en materia de información de salud, las camas en servicio instaladas en el área de hospitalización, para el uso de pacientes internos.

<sup>22</sup>Las camas de tránsito son las que se destinan a la atención provisional o transitoria, para la observación del paciente, iniciar tratamientos o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos.

**Tabla 47. Camas, distribución porcentual, por tipo de especialidad y ocupación ISSSTE, 2013**

Camas de tránsito	Número de unidades	Porcentaje	Camas censables	Número de unidades	Porcentaje
Adultos	1,344	28.4%	Adultos	5,839	84.4%
Recuperación	665	14.1%	Niños Enfermos	679	9.8%
Cuidados Intensivos	474	10.0%	Incubadoras	217	3.1%
Trabajo de parto	318	6.7%	Cunas Recién Nacidos	185	2.7%
Pediatría	271	5.7%	Enfermos		
Otros	1,654	35.0%			
<b>Total</b>	<b>4,726</b>	<b>100.0%</b>	<b>Total</b>	<b>6,920</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

Del total de camas, 3.6 por ciento se encuentran instaladas en el primer nivel, 61.5 por ciento en el segundo nivel y el restante 34.9 por ciento en el tercer nivel de atención. La Tabla 48 expone el estado de conservación de las camas con las que cuenta el Instituto para cada nivel.

**Tabla 48. Camas, distribución porcentual del estado de conservación por nivel de atención, 2013**

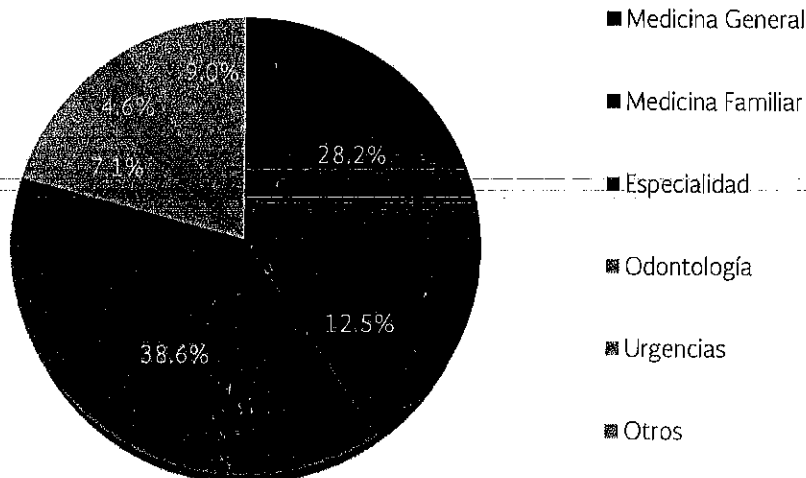
Nivel de atención	En servicio	Fuera de servicio
Primer Nivel	97.3%	2.7%
Segundo Nivel	98.5%	1.5%
Tercer Nivel	95.4%	4.6%

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, 2013.

Asimismo, el Instituto cuenta con 6,259 consultorios. Las especialidades que concentran el mayor número son las de medicina familiar y general, con 40.7 por ciento y medicina especializada, con 38.6 por ciento. La Gráfica 37 muestra la distribución correspondiente.

IFA 2014

**Gráfica 37. Consultorios por tipo de especialidad, 2013**



Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

Respecto a su distribución por nivel de atención, 490.9 por ciento de los consultorios se encuentran en el primer nivel, 37.5 por ciento en el segundo y el restante 12.6 por ciento en el tercero. Por su funcionalidad, es relevante señalar que, únicamente 0.8 por ciento de los consultorios están fuera de servicio, principalmente debido a falta de personal.

Además, el ISSSTE cuenta con 501 ambulancias, de las cuales 88 por ciento prestan servicio en el área foránea y 12 por ciento en el Distrito Federal. La Tabla 49 muestra su distribución por nivel de atención y estado de conservación.

**Tabla 49. Ambulancias, distribución porcentual del estado de conservación por nivel de atención, 2013**

Nivel de atención	En servicio	Función irregular	Fuera de servicio
Primer Nivel	98	3	3
Segundo Nivel	314	9	13
Tercer Nivel	58	3	-
<b>Total</b>	<b>470</b>	<b>15</b>	<b>16</b>

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud, 2013.

**Infraestructura no médica**

En relación a las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDIS), los talleres para pensionados y jubilados, así como los centros culturales y de capacitación. La Tabla 50 resume la distribución de esta infraestructura no médica.

**Tabla 50. Otra Infraestructura no médica, 2013**

Infraestructura no médica	Distrito Federal	Área foránea	Total
Tiendas	16	234	250
Farmacias	10	78	88
Agencias turísticas	6	30	36
Velatorios	3	4	7
Centros de incineración	1	3	4
Centros culturales	9	38	47
Deportivos	1	5	6
Bibliotecas	7	31	38
Hoteles y balnearios	-	2	2
Talleres para pensionados y jubilados	17	58	75
Convive	1	-	1
Comedores	1	1	2
Centros de capacitación	25	38	63
Estancias para el bienestar y desarrollo infantil	48	74	122
Pantecón	-	1	1
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>597</b>	<b>742</b>

Nota: El Foro Cultural José Solé se removió (Cerrado temporalmente, derivado de las observaciones realizadas por la Unidad de Protección Civil).

Fuente: ISSSTE, Jefatura de Servicios de Estadística Institucional, 2013.

El estado de las instalaciones y equipo del Instituto presenta un deterioro normal por su antigüedad, lo que ha detonado acciones de conservación, mantenimiento, remodelación y sustitución de inmuebles y equipos, entre las que destacan la remodelación del Hospital General de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y la aprobación por parte de la Cámara de Diputados de los recursos presupuestales para la sustitución del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda Escobar" en la Delegación Norte del D.F., mediante el esquema de Asociación Público-Privada.

### **Programa de inversión en conservación y mantenimiento**

Entre las medidas para mitigar el riesgo de fallas en el equipo, se incluye el Programa de Inversión en Conservación y Mantenimiento que evalúa el estado del equipo médico y no médico a nivel central, a fin de realizar las inversiones que permitan al Instituto mantener su capacidad resolutive frente a las necesidades de los derechohabientes.

La inversión en conservación y mantenimiento del Instituto presenta una tendencia sostenida al alza en los últimos cuatro años, tanto a nivel central como delegacional. La inversión en este rubro pasó de 787 mdp en 2010 a 1,362 mdp en 2013, lo que significó un incremento anual de 20 por ciento en ese periodo y de 29 por ciento en 2013. Lo anterior constituyó una respuesta institucional para enfrentar los procesos naturales de envejecimiento y obsolescencia de la infraestructura y equipamiento en beneficio de la derechohabiente.

Por otra parte, de acuerdo al tipo de conservación, mantenimiento y de equipo e inmueble, se observa que 87 por ciento de la inversión fue asignada al área médica y distribuida por nivel de atención de la siguiente manera: a unidades de primer nivel correspondió 9 por ciento, a unidades de segundo nivel 44 por ciento y 34 por ciento a unidades de tercer nivel de atención, el restante 13 por ciento de la inversión correspondió a unidades no médicas, la Tabla 51 detalla la inversión realizada en acciones de conservación y mantenimiento.

**Tabla 51. Inversión en conservación y mantenimiento por nivel de atención a nivel Central y Delegacional, 2013 (millones de pesos)**

Nivel de atención	Equipo médico (nivel central)	Equipo médico (nivel delegacional)	Equipo electromecánico (nivel central)	Equipo electromecánico (nivel delegacional)	Desinfección y fumigación (nivel central)	Desinfección y fumigación (nivel delegacional)	Inmuebles (nivel central)	Inmuebles (nivel delegacional)	Total	Porcentaje
1	46.8	10.7	-	18.0	-	2.8	0.5	44.2	123.1	9%
2	262.8	35.1	-	104.7	13.0	11.8	7.7	166.4	601.6	44%
3	221.8	50.1	-	86.5	9.4	6.5	52.2	37.5	464.0	34%
No médicas	-	1.7	8.7	24.7	0.8	5.4	27.2	104.9	173.3	13%
<b>Total</b>	<b>531.4</b>	<b>97.6</b>	<b>8.7</b>	<b>233.9</b>	<b>23.2</b>	<b>26.6</b>	<b>87.5</b>	<b>353.0</b>	<b>1,362.0</b>	<b>100%</b>

Nota: Las cifras correspondientes al nivel delegacional, se extraen del Sistema de Presupuesto y Ejercicio Presupuestal (SPEP). Fuente: ISSSTE, Subdirección de Conservación y Mantenimiento, 2013

Respecto de los recursos destinados al mantenimiento de equipo médico, en 2013 se invirtieron 629 mdp, los cuales atienden el proceso de obsolescencia en el que se encuentra el equipo médico. De estos, 9.2 por ciento se dedicó al primer nivel de atención, 47.5 por ciento al segundo nivel y 43.3 por ciento al tercer nivel.

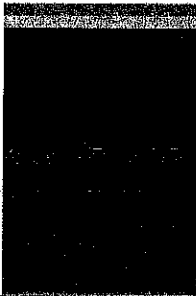
### Inversión en instalaciones

En 2013, el ISSSTE realizó inversiones en obras por un monto de 759.3 mdp, que abarcan obra nueva por sustitución, ampliaciones y/o remodelación, mantenimiento, y proyectos ejecutivos. La Gráfica 38 señala la distribución para dicho Ejercicio Fiscal.



IFA 2014

**Gráfica 38. Total de obras médicas y no médicas 2013**



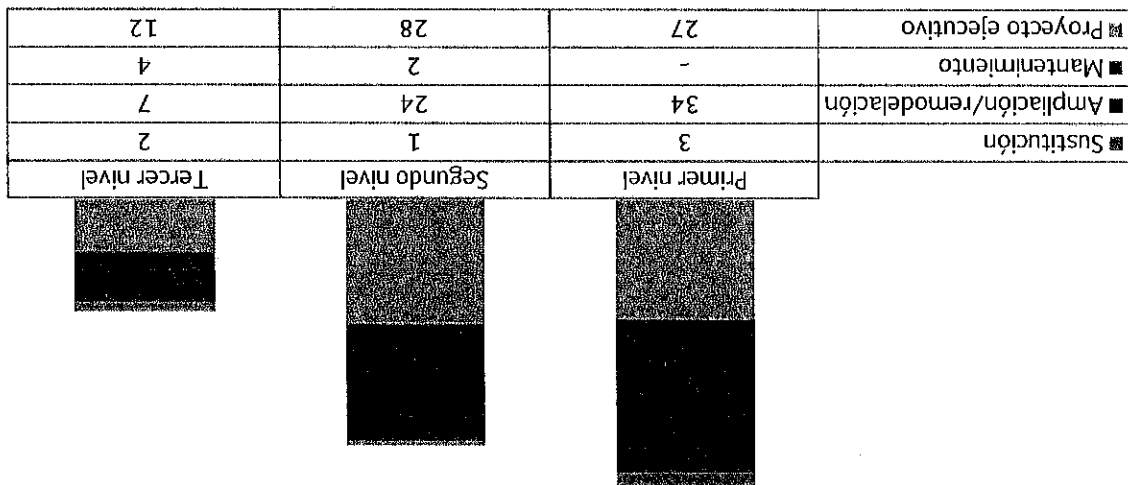
	Médica	No Médica
■ Sustitución	6	-
■ Mantenimiento	6	2
■ Ampliación/Remodelación	65	1
■ Proyecto Ejecutivo	67	1

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Obras y Contratación, 2013.

De la inversión total en 2013, 749.5 mdp se destinaron al desarrollo de obra médica y proyectos de inversión sin obra asociada y 9.8 mdp al de obra no médica y proyectos de inversión no médicos sin obra asociada.

En 2013, tal como se presenta en la Gráfica 39, se realizaron 77 obras, de las cuales 48.1 por ciento corresponden al primer nivel, 35.1 por ciento al segundo nivel y 16.9 por ciento al tercer nivel de atención.

**Gráfica 39. Distribución de acciones de obras médicas por nivel de atención 2013**



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Obras y Contratación, 2013.

De las obras médicas, no contando los proyectos ejecutivos sin obra asociada, 42 se encuentran concluidas y al cierre del Ejercicio Fiscal 2013, 34 seguían en proceso y una en preparación. La Tabla 52 detalla que según su distribución geográfica, 8 por ciento de éstas se ubican en el Distrito Federal y 92 por ciento en el resto de la República.

**Tabla 52. Distribución de las obras médicas por nivel de atención y por Distrito Federal y área foránea, 2013**

Nivel de atención	Área geográfica	Sustitución	Ampliación/ remodelación	Numero de obras	Mantenimiento	Proyecto ejecutivo	Total
Primer	Federal	3	33	1	-	-	1
	foránea	-	3	3	-	-	63
Segundo	Federal	1	21	2	-	-	50
	foránea	-	2	4	-	-	14
Tercer	Federal	2	5	-	-	-	11
	foránea	-	-	-	-	-	4

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Obras y Contratación, 2013.

IFA 2014

De las seis obras nuevas por sustitución que tuvieron pagos en 2013, se han concluido cuatro, que han beneficiado a cuatro Delegaciones en el primer y tercer niveles de atención médica. La Tabla 53 muestra la distribución de obras nuevas por sustitución.

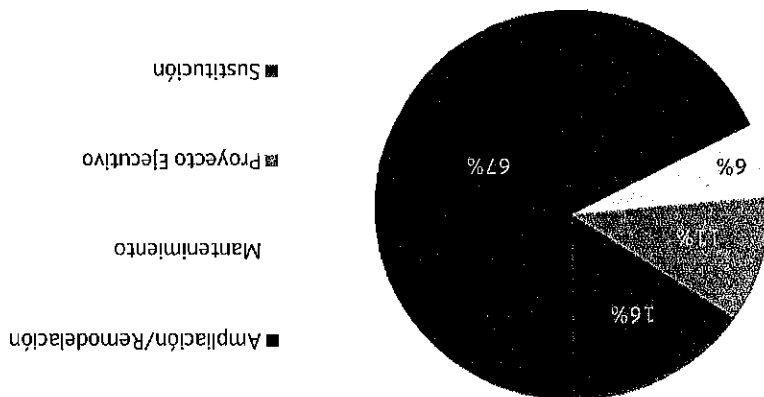
**Tabla 53. Distribución de obras nuevas por sustitución 2013**

Obra nueva	Nivel de atención	Entidad beneficiada	Estatus de la obra
C.M.F. "A" Córdoba	1	Veracruz	En proceso
C.M.F. "A" Querétaro	1	Querétaro	Terminada
U.M.F. Etchojoa	1	Sonora	Terminada
H.G. Tuxtla Gutiérrez	2	Chiapas	En proceso
H.G. "A" Veracruz	3	Veracruz	Terminada en 2012
H.G. "B" Morelia	3	Michoacán	Terminada en 2013

Notas: CMF: Clínica de Medicina Familiar, UMF: Unidad de Medicina Familiar y HG: Hospital General.  
Fuente: ISSSTE, Subdirección de Obras y Contratación, 2013.

Destaca que 67 por ciento de las obras desarrolladas corresponde a acciones de ampliación y/o remodelación como se muestra en la Gráfica 40. Es relevante que del total de la inversión realizada en 2013, la mayor parte correspondió al segundo nivel de atención (45%), mientras que al primer nivel de atención correspondió 34 por ciento de la inversión y al tercer nivel 21 por ciento. La más relevante de éstas es el inicio de la construcción del nuevo Hospital General en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en modalidad plurianual para terminarse en el año 2015.

**Gráfica 40. Distribución de la inversión médica por tipo de obra, 2013**



Fuente: ISSSTE, Subdirección de Obras y Contratación, 2013.

### Ejecución de obras en el Distrito Federal

Dado que el Distrito Federal concentra una cuarta parte de la derechohabilidad del Instituto y por la relevancia de sus unidades médicas de tercer nivel, en 2013 se realizaron 20 obras, de las cuales 17 se enfocaron a la ampliación, remodelación y mantenimiento de los inmuebles de ocho unidades hospitalarias, entre las cuales se encuentran los cuatro hospitales más grandes del ISSSTE: los Hospitales Regionales "1º de Octubre", "Adolfo López Mateos", "Gral. Ignacio Zaragoza" y el CMN "20 de Noviembre"; Estas acciones de obra médica equivalen a una inversión superior a los 156.2 mdp, la Tabla 54 muestra el detalle de la distribución de obras en el Distrito Federal.

**Tabla 54. Distribución de obras médicas y no médicas en el Distrito Federal, 2013**

Unidad médica	Tipos de obra	Número de obras	Inversión erogada 2013 (mdp)
Hospital Regional 1º de Octubre	Ampliación/remodelación, mantenimiento y proyecto ejecutivo.	3	36.5
Hospital General José María Morelos y Pavón	Ampliación/remodelación.	1	17.5

IFA 2014

Unidad médica	Tipos de obra	Número de obras	Inversión erogada 2013 (mdp)
Hospital Regional Ignacio Zaragoza	Mantenimiento y proyectos ejecutivos.	2	12.5
Hospital General Darío Fernández Fierro	Ampliación/remodelación, mantenimiento y proyecto ejecutivo.	2	12.9
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Mantenimiento y proyectos ejecutivos.	3	13.5
Hospital Regional Adolfo López Mateos	Ampliación/remodelación, mantenimiento y proyectos ejecutivos.	3	31.4
Hospital General Tacuba	Ampliación/remodelación y mantenimiento.	2	19.4
Clínica de Medicina Familiar Azcapotzalco	Ampliación/remodelación.	1	2.7
Obras no médicas	Remodelación y adecuación.	3	9.8
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>156.2</b>

Fuente: ISSSTE, Subdirección de Obras y Contratación, 2013.

De lo anterior se destacan las obras realizadas en el Hospital Regional "1° de Octubre", se ejecutaron obras de ampliación y remodelación de las áreas de consulta externa, urgencias, unidad de cuidados intensivos (adultos, pediatría y neonatales), banco de sangre, inhaloterapia, endoscopias, almacenes, ropería, taller de mantenimiento, archivo, farmacia, plaza de acceso. También se reubicó la ISSSTE-Farmacia, se inició la construcción del edificio para estacionamiento y se remodelaron las instalaciones eléctricas, hidráulicas, de aire acondicionado y los servicios sanitarios. Estas obras tienen el potencial de beneficiar a 2.3 millones de derechohabientes del Distrito Federal, el Estado de México, Hidaigo y Querétaro.

En el caso del Hospital Regional "Adolfo López Mateos" se ejecutaron trabajos de remodelación de acabados y de instalaciones eléctricas, hidráulicas, de aire acondicionado, y de servicios sanitarios, reforzamiento estructural y acciones de obra complementarias del edificio "F", Estas obras tienen el potencial de beneficiar a dos millones de

derechohabientes de las Delegaciones Regionales Sur y Poniente del Distrito Federal y de los estados de Morelos y Guerrero.

El resto de las acciones de mejora en las demás unidades médicas se centraron principalmente en remodelación y remozamiento de las áreas de consulta externa, toma de muestras en laboratorios, baños, vestidores, ropería, comedor, vestíbulo, áreas de urgencias, fachadas, sala de espera.

Para el caso de inmuebles no médicos se realizaron acciones de mejora en el Distrito Federal con una inversión de más de 9.8 mdp para adecuación de accesos para personas con discapacidad, la remodelación de sanitarios, salas de espera y áreas de atención a pensionados en ventanilla.

Como se ha visto, a pesar de las medidas tomadas para enfrentar el continuo deterioro de la infraestructura y el equipo médico del Instituto, el proceso natural de obsolescencia es una constante que se mantiene como riesgo para el funcionamiento adecuado de instalaciones y equipos en la prestación de los servicios médicos. Adicionalmente, el desarrollo tecnológico obliga al Instituto a prever erogaciones adicionales para actualizar su equipamiento.

## **Programa Nacional de Infraestructura**

El Programa Nacional de Infraestructura es sensible a la identificación de necesidades y riesgos del Instituto en la materia, por lo que prevé una inversión estimada de 33,096.6 mdp (Ver Tabla 55) en 11 proyectos a ejecutarse en los próximos cuatro años. Atendiendo a las necesidades inmediatas está prevista la ampliación de la infraestructura médica y asistencial con la construcción de 10 unidades hospitalarias, asimismo considera un Programa de construcción de unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, así como de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil.

IFA 2014

**Tabla 55. Proyectos de Inversión 2014–2018, (millones de pesos)**

Tipo de Proyecto	Estado	Inversión
Construcción de Hospital General	Distrito Federal	1,808.30
	Hidalgo	1,548.10
	Baja California	1,510.10
	Estado de México	1,368.30
	Guanajuato	1,266.20
Construcción de Clínica Hospital	Sonora	831.90
	Quintana Roo	813.90
	Durango	559.70
	Nayarit	504.50
Programa de Construcción y Remodelación de unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel y de EBDIS	Yucatán	491.60
	Cobertura nacional	22,394.00
<b>Total</b>		<b>33,096.60</b>

Fuente: Programa Nacional de Infraestructura 2014–2018.

De las unidades nuevas que se construirán, cinco serán hospitales generales y se ubicarán en el D.F., Hidalgo, Baja California Sur, Estado de México y Guanajuato. Además, habrá cinco clínicas hospitales nuevas para Sonora, Quintana Roo, Durango, Nayarit y Yucatán. Adicionalmente, se sustituirá el Hospital General “Dr. Gonzalo Castañeda Escobar” en el Distrito Federal, mediante el esquema de Asociación Público-Privada. En la Tabla 56 se desglosan los proyectos de inversión.

**Tabla 56. Detalle de los proyectos de Inversión, 2014–2018 (millones de pesos)**

No.	Tipo de Proyecto	Ubicación	Descripción	Inversión (mdp)
1	Construcción de Hospital General	Distrito Federal	Hospital General con 93 consultorios, 180 camas censables, 30 camas transitorias y 9 quirófanos. La construcción comenzará en 2015 y finalizará en 2017.	1,808.30
2	Construcción de Hospital General	Hidalgo	Hospital General con 86 consultorios, 129 camas censables, 45 camas transitorias y 6 quirófanos. La construcción comenzará en 2015 y finalizará en 2017.	1,541.10
3	Construcción de Hospital	Baja California	Hospital General con 78 consultorios, 142 camas censables, 33 camas transitorias y 7	1,510.10

No.	Tipo de Proyecto	Ubicación	Descripción	Inversión (mdp)
4	Construcción de Hospital General	Estado de México	La construcción comenzará en 2015 y finalizará en 2017. Hospital General con 60 consultorios, 150 camas censables, 37 camas transitorias y seis quirófanos.	1,368.30
5	Construcción de Hospital General	Guanajuato	La construcción comenzará en 2015 y finalizará en 2017. Hospital General con 68 consultorios, 110 camas censables, 27 camas transitorias y seis quirófanos.	1,266.20
6	Construcción de Hospital General	Distrito Federal	Hospital General de 33 consultorios, 40 camas transitorias y 120 camas con 28 especialidades y con servicios ambulatorios de soporte como gabinetes de diagnóstico y tratamiento. Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda Escobar".	956
7	Construcción de Hospital	Sonora	La construcción comenzará en 2016 y finalizará en 2017. Clínica Hospital con 63 consultorios, 57 camas censables, 29 camas transitorias y cuatro quirófanos.	831.90
8	Construcción de Clínica Hospital	Quintana Roo	La construcción comenzará en 2015 y finalizará en 2016. Clínica Hospital con 27 consultorios, 81 camas censables, 20 camas transitorias y tres quirófanos.	813.90
9	Construcción de Clínica Hospital	Durango	La construcción comenzará en 2015 y finalizará en 2016. Clínica Hospital con 25 consultorios, 59 camas censables, 31 camas transitorias y dos quirófanos.	559.70
10	Construcción de Clínica Hospital	Nayarit	La construcción comenzará en 2015 y finalizará en 2016. Clínica Hospital con 21 consultorios, 51 camas censables, 24 camas transitorias y tres quirófanos.	504.50
11	Construcción de Clínica Hospital	Yucatán	La construcción comenzará en 2015 y finalizará en 2016. Clínica Hospital con 21 consultorios, 51 camas censables, 24 camas transitorias y tres quirófanos.	491.60



IFA 2014

No.	Tipo de Proyecto	Ubicación	Descripción	Inversión (mdp)
12	Otros	Diversas Entidades Federativas	La construcción comenzará en 2015 y finalizará en 2016. Siete Programas de Construcción y Remodelación de unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel, así como la remodelación de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil.	22,394

Fuente: Programa Nacional de Infraestructura 2014 – 2018.

Estos proyectos permitirán que el Instituto incremente su capacidad resolutive en la zona de influencia de cada una de estas unidades, además de que se cuente con una mejor calidad, calidez y oportunidad en la prestación de los servicios médicos. Asimismo, se busca que disminuyan los tiempos de espera, solicitudes de reembolso por atención extra institucional y diferimientos de servicios médicos quirúrgicos hospitalarios. En particular, las obras contempladas en el segundo nivel de atención permitirán ampliar la red de consultorios (599), quirófanos (51) y camas censables (1,151) y transitorias (352).

En suma, los proyectos de inversión beneficiarán a más de 5.5 millones de derechohabientes del ISSSTE, la Tabla 57 detalla a la población beneficiada.

**Tabla 57. Población derechohabiente de las Delegaciones con nueva infraestructura**

Delegación	Población derechohabiente 2012	Población estimada 2018	Crecimiento anual
Baja California Sur	132,773	164,884	3.68%
D.F. Norte	756,654	775,897	0.42%
D.F. Sur	1,104,235	1,158,001	0.80%
Durango	336,769	377,742	1.93%
Guanajuato	426,656	478,038	1.91%
Hidalgo	286,791	342,578	3.01%
México	1,102,056	1,331,236	3.20%
Nayarit	179,788	209,787	2.61%
Quintana Roo	143,662	185,888	4.39%
Sonora	258,039	293,713	2.18%
Yucatán	171,769	197,298	2.34%
Total	4,899,192	5,515,062	

Fuente: ISSSTE, Anuarios Estadísticos, 1999-2012.



# CAPÍTULO VIII. OTROS RIESGOS INSTITUCIONALES



## OTROS RIESGOS INSTITUCIONALES

Este capítulo muestra algunos riesgos y retos que enfrenta el Instituto en busca de mejorar continuamente la calidad y eficiencia de los servicios que presta. En el ámbito externo se destacan los riesgos naturales, principalmente eventos sísmicos e hidrometeorológicos que pudieran comprometer la continuidad de los servicios. En el ámbito interno se reconocen las necesidades en materia informática y tecnológica. La identificación de los riesgos ha permitido implementar acciones y estrategias para mitigar su impacto.

### Riesgos geológicos e hidrometeorológicos

El ISSSTE cuenta con infraestructura y unidades médicas en cada una de las entidades federativas y presta servicios y atención a más de 12.6 millones de derechohabientes. Tanto sus instalaciones como las actividades propias del Instituto, sus trabajadores, derechohabientes, pensionados y jubilados se encuentran expuestos a pérdidas o daños potenciales por desastres naturales, principalmente eventos geológicos e hidrometeorológicos. Es por ello que el Instituto concedió especial importancia a la protección civil en 2013.

Dependiendo de la causa que los origine, las alteraciones por fenómenos naturales se pueden clasificar en dos tipos de riesgos, los geológicos y los hidrometeorológicos, la Tabla 58 describe la clasificación.

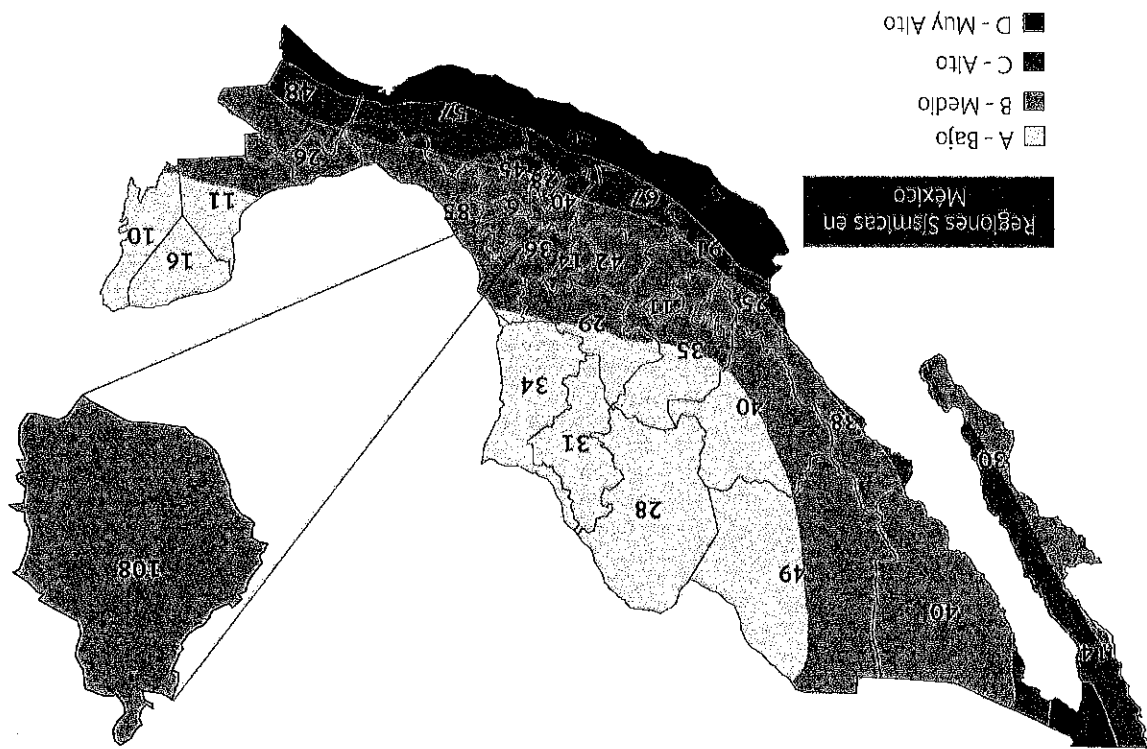
**Tabla 58. Clasificación de riesgos por fenómenos naturales**

Riesgos Geológicos	Riesgos hidrometeorológicos
Sismos	Ciclones y Huracanes
Erupciones y emisiones volcánicas	Inundaciones
Tsunamis	Frente Frio
Inestabilidad de laderas	Tornados
Hundimientos regionales y agrietamientos	Sequias

Fuente: Atlas Nacional de Riesgos (CENAPRED).

En materia de riesgos geológicos, existen cuatro zonas sísmicas, las cuales fueron establecidas con base en registros de sismicidad histórica. La Gráfica 41 muestra que el ISSSTE cuenta con alrededor de 25 por ciento de sus unidades médicas en zonas clasificadas con frecuencia alta y muy alta de sismos y terremotos (zonas C y D).

**Gráfica 41. Zonas sísmicas y distribución de unidades médicas por estado**



Fuente: Servicio Sismológico Nacional.

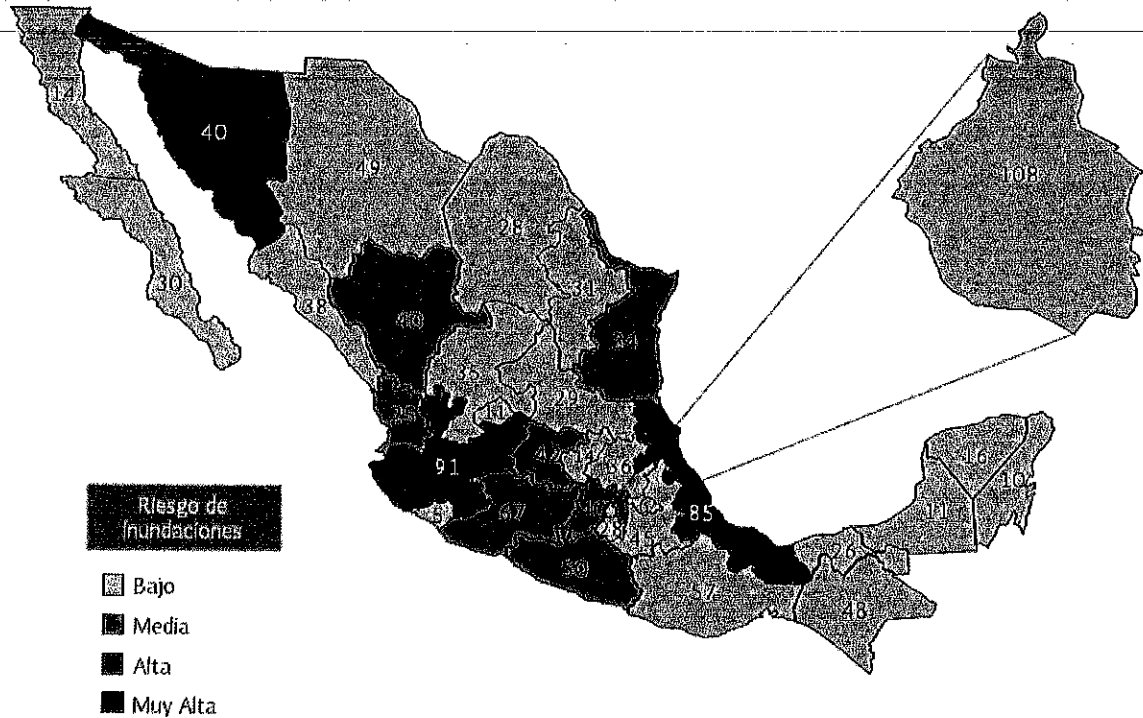
En el Distrito Federal se ubican 108 unidades médicas (10% del total), que están altamente expuestas a terremotos debido al antiguo fondo lacustre donde se asienta la Ciudad de México.

En cuanto a los riesgos hidrometeorológicos, la Gráfica 42 muestra las zonas de riesgo por inundación junto con la distribución geográfica de las unidades médicas del ISSSTE. Los estados de Jalisco, Veracruz, Distrito Federal, Michoacán, Oaxaca y Guerrero

IFA 2014

concentran 40 por ciento de las unidades, siendo Jalisco y Veracruz los estados con los niveles más elevados de riesgos por inundación.

**Gráfica 42. Riesgo de inundación y distribución de unidades médicas por estado**



Fuente: Atlas Nacional de Riesgos (CENAPRED).

Durante 2013 en un hecho histórico, se presentó la interacción de los sistemas meteorológicos del huracán “Ingrid” en el Golfo de México y la tormenta tropical “Manuel” en el Océano Pacífico.

Las lluvias ocasionadas por “Ingrid” y “Manuel” afectaron a 22 estados, la Secretaría de Gobernación declaró en estado de emergencia a 250 municipios en Guerrero, Tamaulipas, Michoacán, Veracruz y Oaxaca.

Aun cuando no se presentaron afectaciones graves en materia de infraestructura hospitalaria, la población derechohabiente y la estructura de algunas unidades habitacionales presentaron daños. En respuesta a estos acontecimientos, el ISSSTE aprobó medidas extraordinarias para apoyar a sus derechohabientes en la reposición de pertenencias y cubrir sus necesidades más urgentes tras las inundaciones que ocasionaron estos fenómenos meteorológicos.

Como parte de las acciones realizadas en 2013 para mitigar el efecto de contingencias ambientales y climáticas, en total se aprobaron 26,799 préstamos a derechohabientes de 21 de los estados afectados, siendo el estado de Guerrero el más beneficiado con aproximadamente 38 por ciento de los préstamos. Dichos préstamos coadyuvaron en la recuperación económica de la población derechohabiente, ya que éstos se ofrecieron a la tasa más baja del mercado (9%). Además, su pago se realiza vía nómina o vía pensión mediante un calendario de pagos diferido. Cabe subrayar que 95 por ciento de los préstamos aprobados fueron ejercidos. En la Tabla 59 se muestra el detalle del otorgamiento de préstamos extraordinarios.

**Tabla 59. Préstamos extraordinarios por estado**

Estado	Préstamos asignados	Monto (mdp)	Préstamos ejercidos	Monto (mdp)
Baja California Sur	720	22	695	21
Chiapas	750	23	557	17
Chihuahua	1,251	38	1,245	37
Coahuila	900	27	864	26
Colima	1,050	32	1,044	31
Durango	1,400	42	1,378	41
Guanajuato	150	5	15	-
Guerrero	10,055	302	9,719	290
Hidalgo	310	9	272	8
Jalisco	840	25	838	25
Michoacán	700	21	673	20
Morelos	50	2	28	1
Nayarit	400	12	394	12
Nuevo León	600	18	590	18
Oaxaca	1,018	31	960	29
Quintana Roo	550	17	337	10



**IFA 2014**

<b>Estado</b>	<b>Préstamos asignados</b>	<b>Monto (mdp)</b>	<b>Préstamos ejercidos</b>	<b>Monto (mdp)</b>
San Luis Potosí	500	15	443	13
Sinaloa	1,105	33	1,072	32
Tamaulipas	1,100	33	1,012	30
Veracruz	3,050	92	3,236	96
Zacatecas	300	9	109	3
<b>Total</b>	<b>26,799</b>	<b>804</b>	<b>25,481</b>	<b>762</b>

Nota: A la Delegación Puebla le fueron asignados 500 préstamos extraordinarios, mismos que no fueron operados y por lo tanto devueltos.

Montos en millones de pesos.

Fuente: ISSSTE, Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales, 2013.

Los riesgos ambientales y climáticos que enfrenta el Instituto pueden tener consecuencias a corto y largo plazos que incluyen:

- Un número inesperado de muertes, lesiones o enfermedades en la comunidad afectada que excedan las capacidades de atención del Instituto.
- Destrucción parcial o total de la infraestructura local del ISSSTE en sus clínicas, hospitales, oficinas, etc.
- Afectaciones a vías de acceso que limiten y obstaculicen el abasto de suministros médicos y medicamentos.
- Daños a sistemas informáticos y de comunicación que afecten la reacción y la logística de los servicios proporcionados por el Instituto.
- Aumento del riesgo potencial de enfermedades transmisibles y peligros ambientales que, a su vez, incrementen la morbilidad, las muertes prematuras y disminuyan la calidad de vida en el futuro.
- Impacto en el comportamiento psicológico y social de las comunidades afectadas: cuadros de ansiedad, neurosis y depresión.
- Escasez de alimentos.

A lo anterior hay que agregar el riesgo que representa la antigüedad de las instalaciones del Instituto y que en el diseño de varios de ellos no se previeron instalaciones adecuadas

en caso de emergencia. Finalmente, algunos inmuebles cuentan con instalaciones eléctricas, hidrosanitarias, de gas u otros fluidos, que pueden incrementar su vulnerabilidad de no contar con mantenimiento adecuado.

**Protección civil**

Lo señalado en la sección anterior, demuestra la importancia para el ISSSTE de los programas de control y seguimiento para la prevención y reacción ante situaciones adversas, ocasionadas especialmente por fenómenos naturales. Para ello se cuenta con un Programa de Protección Civil, que involucra a las principales áreas operativas del Instituto. Este se elaboró a partir de un diagnóstico general (Tabla 60) de los 35 riesgos reconocidos por la Ley General de Protección Civil que pueden afectar al ISSSTE.

**Tabla 60. Diagnóstico de riesgos**

Valoración del Riesgo	Riesgos clasificados
Extra	Erupciones volcánicas destructivas, ciclones tropicales, sismos (> 6° Richter).
Grave	Lluvias extremas, hundimientos, subsidencias y agrietamientos, explosiones, epidemias (cepa nueva) demostraciones (extremas) de inconformidad social y atentados terroristas (o de patrón similar en letalidad).
Alto	Incendios urbanos, interrupción o afectación (severa) de infraestructura estratégica.
Importante	Inundaciones pluviales y fluviales, derrames peligrosos, sabotajes y la interrupción o afectación (severa) de servicios básicos.
Bajo	Tsunamis lejanos, tormentas de nieve, tormentas de granizo, tormentas de polvo o electricidad, heladas, sequías, ondas cálidas (altas temperaturas extremas), ondas gélidas (bajas temperaturas extremas), tornados, deslizamiento por inestabilidad de laderas, declinación por flujos, caldos o derrumbes, incendios de pasto o forestales, fugas tóxicas, radiaciones, plagas, contaminación del aire, agua o suelo, contaminación por alimentos, vandalismo (extremo) y accidentes aéreos, marítimos o terrestres.

Fuente: Ley General de Protección Civil.

El Programa se compone de Programas Internos, que se ajustan al tipo de operación de cada sede; es decir, Unidades Médicas, Tiendas, Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil, uno general para el resto de las instalaciones y un protocolo para los centros de trabajo que tengan 10 o menos trabajadores.

## IFA 2014

Para complementar la estrategia se dotó al personal de brigadas con prendas de identificación, equipos de protección y rescate y 120 radios de comunicación distribuidos en todo el país, que forman parte de la Plataforma México. Además, se han impreso casi 500,000 señalizaciones a nivel nacional.

Finalmente, se encuentran en proceso los “Lineamientos Generales de Operación del Sistema de Protección Civil en el ISSSTE” que incluyen las necesidades de equipamiento de emergencia de cada Centro de Trabajo, las acciones de mantenimiento y la revisión periódica de las condiciones del inmueble para contribuir a detectar y prevenir riesgos.

### **Programa de aseguramiento institucional**

A partir del Ejercicio Fiscal 2008, el ISSSTE cuenta con un “Plan Rector de Aseguramiento Integral, Administración de Riesgos y Fianzas Institucionales” aplicable, de manera obligatoria, al Instituto y a sus órganos desconcentrados. El programa consiste de siete pólizas que se enlistan a continuación:

- Seguro de Bienes Patrimoniales: bajo la modalidad de “capas de la administración de la pérdida y de exceso de pérdida”, cuyo objetivo es dar cobertura ante cualquier contingencia a los bienes muebles e inmuebles del Instituto y de sus Órganos Desconcentrados para preservar el patrimonio institucional en caso de: Incendio (edificios y contenidos), pérdidas consecuenciales, rotura de cristales, anuncios luminosos, robo con violencia y/o asalto, dinero en efectivo y valores, responsabilidad civil general, equipo electrónico, rotura de maquinaria, calderas y aparatos sujetos a presión, transporte de mercancías, obras de arte y objetos raros de difícil reposición.
- Póliza Todo Bien, Todo Riesgo a Primer Riesgo: para amparar un mínimo de 799,501 y un máximo de 879,371 viviendas adquiridas, construidas, reparadas, ampliadas o mejoradas con créditos otorgados a través del Fondo de la Vivienda. Con este seguro se garantiza la preservación del bien financiado por el FOVISSSTE, así como apoyar al acreditado cuando se presente alguna

- contingencia que dañe su vivienda, para mantenerla en óptimas condiciones de habitabilidad. Los daños que cubre son: incendio, rayo, explosión, sismo, terremoto, erupción volcánica, fenómenos hidrometeorológicos (huracán, granizo, vientos tempestuosos, inundación, daños por agua o por nieve), lluvias atípicas, responsabilidad civil de la vivienda (en caso de ocurrir un siniestro en la casa y afecte a un vecino o a un tercero) y deslizamiento o avalancha de lodo.
- Seguro sobre Vehículos del Instituto y sus Organos Desconcentrados: por medio del cual se da cobertura contra daños materiales y/o robo, así como responsabilidad civil a las unidades vehiculares que sean propiedad, que estén en comodato, donación o bajo la responsabilidad, cuidado, custodia y/o control del Instituto y sus órganos desconcentrados.
- Póliza de Vida o Incapacidad Total y Permanente Básica y Potenciada: Seguro colectivo de Retiro. El objetivo de este seguro es coadyuvar a la estabilidad económica, seguridad y bienestar de los servidores públicos, mediante las coberturas por muerte, muerte accidental e incapacidad total y permanente.
- Póliza de Fianza en el Ramo de Fidelidad Bajo un Esquema de Afianzamiento Global: comprende a los servidores públicos de base, confianza, operativos, mandos medios y superiores, honorarios, o cualquiera que por su naturaleza, cargo o funciones tenga acceso a efectivo, fondos y/o valores propios o bajo custodia del Instituto y/o sus órganos desconcentrados. Lo que se busca es garantizar el resarcimiento del daño patrimonial que causen los servidores públicos.
- Seguro de Responsabilidad Civil y Asistencia Legal para Servidores Públicos de Mandos Medios y Superiores del Instituto y sus Organos Desconcentrados Cobertura Básica y Potenciada: el objetivo es cubrir la responsabilidad civil para resarcir el daño en que pudiera incurrir el servidor público (mandos medios y superiores), derivada de las actividades propias de sus funciones, que cause daño, prejuicios y daño moral consecuencial a terceros.

## IFA 2014

- Seguro de Responsabilidad Civil y Profesional para profesiones médicas y sus profesiones auxiliares y técnicas del personal médico, paramédico de enfermería y grupos afines de base, temporales y confianza, grupos afines para las estancias para el bienestar y desarrollo infantil de base, temporales y de confianza, y el personal con categoría de apoyo administrativo en la salud que demuestren que realicen funciones de chofer de ambulancia bajo relación de trabajo con el Instituto: el objetivo es cubrir la responsabilidad para resarcir el daño en que pudiera incurrir el servidor público (profesiones médicas y sus profesiones auxiliares y técnicas), derivado de las actividades propias de sus funciones, que cause daño, perjuicios y daño moral consecuencia a terceros.

### **Riesgos por contingencia informática**

Para cumplir la misión de otorgar seguros y prestaciones a los trabajadores al servicio del estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, el personal del ISSSTE se apoya en una amplia red tecnológica. Actualmente, el Instituto cuenta con un Centro de Datos y 38 mil equipos de cómputo distribuidos a nivel nacional, mismos que deben estar preparados y protegidos ante cualquier contingencia u evento repentino, no planeado y problemático que cause pérdidas y dificultades de forma total o parcial afectando de modo significativo los servicios esenciales a los derechohabientes.

Por lo anterior, el Instituto cuenta con mecanismos de seguridad que permiten proteger la información ante amenazas y/o ataques informáticos en todos sus elementos de infraestructura, donde residen las aplicaciones y hasta el equipamiento de cómputo con que se brindan los servicios a los derechohabientes. Asimismo, se busca que los servicios estén orientados a ofrecer niveles de operación libres de errores tales como duplicidad, desactualización e información de datos y/o vulnerabilidades. Dichos mecanismos de seguridad se describen a continuación:

- Servicio de Control de Acceso Lógico: ofrece correlación entre las fuentes de información de controles de seguridad

- Servicio de Prevención de Fuga de Información y Protección de Información de Servidores: proporciona una solución que protege los servidores críticos de Instituto contra tráfico no deseado en las comunicaciones, además de identificar y contener intentos de violación a los controles de seguridad implantados y a los servidores que proporcionan dichos servidores.
- Servicio de Protección de Tráfico (Servicio de Antivirus): protege de la red del Instituto de posibles amenazas virus y en general de código malicioso hacia los equipos y servidores, de manera que la operación de los equipos de cómputo y aplicaciones no se vean afectadas por este tipo de amenazas.
- Servicio de Aseguramiento de Base de Datos: proporciona una solución que protege y audita las bases de datos críticas del Instituto, de manera que los servicios que proporcionan no se vean afectados por accesos no autorizados y/o ataques informáticos.

Estos controles de seguridad se encuentran implementados en un esquema de alta disponibilidad, lo cual permite que en caso de una afectación mayor, se pueda restablecer el servicio a través de las plataformas secundarias. Para ello se tienen identificados los tiempos máximos de contingencia que pueden tener sus aplicaciones.

No obstante lo anterior, el Instituto tiene frente a sí un importante reto en materia de actualización tecnológica. Destaca el hecho de que los sistemas de control de los diferentes seguros y prestaciones operan de manera inconexa, con duplicidades de información y en plataformas incompatibles entre ellas. Además, es necesario canalizar recursos para el arrendamiento de equipos de cómputo que sustituyan los que han superado su vida útil o para aquellas áreas que carecen del mismo. También existen clínicas que no cuentan con conectividad a internet lo que obstaculiza su incorporación a los sistemas en los que se registra la productividad médica y el control de recetas de medicamentos.

IFA 2014

**Programa de trabajo de administración de riesgos**

Adicional a los riesgos señalados en las secciones precedentes, el Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI) aprobó el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos 2013 (PTAR), en el cual se identificaron las siguientes áreas de oportunidad prioritarias, así como las acciones implementadas para su atención en 2013 y las que se encuentran en proceso en 2014. En la Tabla 61 se presenta el detalle de los riesgos identificados por dicho Comité.

**Tabla 61. Riesgos adicionales identificados por PTAR, 2013**

Riesgos	Acciones 2013	Siguientes acciones
Consultas de especialidad programadas de manera tardía en las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención.	Implementación del Programa de Consulta Escalonada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incorporar mayor número de unidades médicas de segundo y de tercer nivel de atención en el Programa.</li> <li>▪ Fortalecer los controles y mejorar la gestión.</li> <li>▪ Optimizar la infraestructura funcional de las unidades.</li> </ul>
Sentencias incumplidas en materia de pensiones.	Propuesta de modificación a la normatividad en materia de pensiones.	Fortalecer los procesos de otorgamiento y cálculo de pensiones
Sentencias judiciales en materia de pensiones atendidas de forma inoportuna.	Proyecto del Sistema Informático de Gestión y Control de Juicios	Concretar las acciones para optimizar el esquema de pensiones.
Préstamos personales recuperados de manera desfasada.	Se incrementó el valor del fondo de Préstamos Personales con las acciones de recuperación.	Mejorar procesos en el otorgamiento y recuperación de préstamos personales.
Pasivo laboral generado no controlado.	Establecimiento de controles para el seguimiento a las demandas o conflictos laborales.	Contar con controles adecuados para la atención y seguimiento de los juicios.
Acreditación de derechos realizados de forma incorrecta para el disfrute de los seguros, prestaciones y servicios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualización y certificación de usuarios vigentes.</li> <li>▪ Constitución del Comité Técnico de Administración de Datos Institucionales, como instancia colegiada para</li> </ul>	Establecer acciones de mejora continua que permita contar con información verídica, confiable y de calidad, para que los derechohabientes no tengan contratiempos al momento de solicitar los beneficios que por Ley

Siguietas acciones	Acciones 2013	Riesgos
<p>otorga el instituto.</p> <p>Continuar con la implementación del sistema de recaudación de ingresos para ampliar su cobertura y capacidad de respuesta.</p>	<p>promover la integridad, seguridad, consistencia, veracidad y actualización de la Base de Datos Única de Derechohabientes (BDUD).</p> <p>Se implementó el sistema de recaudación de ingresos en algunas dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.</p>	<p>Cuotas y aportaciones recaudadas deficientemente</p>

Fuente: COCADI

La atención de estos riesgos también forma parte de las estrategias identificadas en el Plan Nacional de Desarrollo para contribuir a la construcción de un México Incluyente. Aunado a lo anterior, el siguiente capítulo refleja las acciones realizadas con base en el diagnóstico institucional y el Programa de Trabajo 2013.



# CAPÍTULO IX. ACCIONES PARA FORTALECER LA CALIDAD Y EFICACIA DE LOS SERVICIOS



## IFA 2014

# ACCIONES PARA FORTALECER LA CALIDAD Y EFICACIA DE LOS SERVICIOS

El Programa de Trabajo 2013 se basó en la identificación de áreas factibles de mejora y la modernización del conjunto de 21 seguros, prestaciones y servicios que por mandato de Ley otorga el ISSSTE. Tiene como fundamento el diagnóstico situacional que se realizó en el Instituto, en cumplimiento al Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como la modernización de la Administración Pública Federal, publicado por el Ejecutivo Federal en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 10 de diciembre de 2012.

Con el diagnóstico institucional y en concordancia con las metas definidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, se delinean las acciones prioritarias para fortalecer las áreas de servicio. Adicionalmente, se presentan una serie de medidas encaminadas, por un lado, a optimizar el manejo de los recursos financieros del Instituto y, por el otro, a fortalecer la calidad en la atención a la derechohabiente.

### **Avances institucionales para la mejora de la atención y eficiencia de la gestión de los servicios**

Una vez definida la estrategia general para poner al ISSSTE en movimiento, se implementaron las acciones hacia un propósito central: priorizar la atención al derechohabiente y desplegar sus capacidades para servir con calidad, calidez y eficiencia a los trabajadores del estado en activo, jubilados, pensionados y sus familiares. Se busca revertir los niveles de insatisfacción y las brechas en los niveles de servicio y fortalecer al Instituto como una institución renovada de la seguridad social en México, que cumple su misión social y actúa con transparencia para rendir cuentas sobre su desempeño.

En este contexto, el ISSSTE elaboró su Programa de Trabajo 2013 en torno a la consecución de los siguientes seis objetivos:

1. Priorizar la atención a los derechohabientes que garantice el ejercicio efectivo de sus derechos sociales con perspectiva de género y equidad, mediante el otorgamiento de prestaciones, seguros y servicios con calidad, calidez, cobertura y capacidad resolutive oportuna.
2. Fortalecer la gestión financiera del Instituto, a partir del reordenamiento de procesos, la racionalización y optimización del ejercicio de los recursos públicos, sujeta a la evaluación del desempeño, la transparencia y la rendición de cuentas.
3. Transformar los modelos de operación de los órganos desconcentrados: FOVISSSTE, PENSIONISSSTE, SUPERISSSTE y TURISSSTE a efecto de que cumplan con su misión con criterios de rentabilidad social, eficiencia, eficacia y productividad.
4. Diseñar y ejecutar una estrategia integral que permita optimizar el uso, conservación, aprovechamiento y destino final del patrimonio inmobiliario del Instituto.
5. Desarrollar una estrategia que garantice el fortalecimiento e interoperabilidad de los sistemas de información, con la finalidad de hacer más eficientes los procesos y transacciones con los derechohabientes y preservar la integridad y seguridad de sus datos.
6. Mejorar el acceso efectivo y la calidad en los servicios de salud, concentrando esfuerzos en la prevención para reducir los índices de morbilidad y mortalidad materno-infantil, controlar la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas en los grupos vulnerables, asegurar la portabilidad de derechos y el acceso oportuno a medicamentos e insumos de curación.

## **Sociedad equitativa e incluyente**

Para transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente se requiere diseñar, instrumentar y operar políticas públicas de seguridad social que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población y proteger los derechos y el desarrollo integral de los grupos vulnerables y las personas con discapacidad.

Por ello, con la finalidad de fortalecer la cobertura de atención en las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDIS) y disminuir la lista de espera de las mismas, en 2013 se destinaron recursos adicionales por 5 mdp a 31 Delegaciones para la contratación de 133 auxiliares educativas y de cocina dentro del período comprendido de julio a diciembre de 2013, lo que permitió incorporar al servicio de las EBDIS propias a un total de 1,766 niños de los 2,002 que se tienen como meta. De igual manera, se incorporó a 16 infantes con discapacidad en tres estancias propias y ocho de la sociedad civil.

En el marco del Programa Anual de Capacitación 2013, se registró un total de 60,978 participantes a través de 2,700 acciones de capacitación como talleres, conferencias y seminarios. Se actualizaron 47,350 trabajadores al servicio del estado, para el desarrollo de cursos de Cultura de la Previsión, Autocuidado de la Salud, Plan de Vida, Trabajo sin Riesgo, entre otros. Asimismo, se llevó a cabo el Programa Integral de Capacitación Transversal en apoyo a la salud, la seguridad y participación de la derechohabiente adulta mayor. Además, con el propósito de mejorar la calidad en el manejo y preparación de alimentos, se certificó en competencias laborales a 79 trabajadores de dos hospitales regionales.

En materia de equidad y perspectiva de género, junto con el crecimiento de las acciones para su fortalecimiento y consolidación, se aprobó la creación del Centro de Estudios y Apoyo a la Mujer (CEAM) para impulsar la igualdad sustantiva de género, sin tener que recurrir a una ampliación presupuestal.

En 2013, el Instituto tramitó la inscripción de 49 cónyuges del mismo sexo como derechohabientes, sin que mediara resolución expresa de una autoridad judicial.

Se rediseñó el Centro de Atención al Envejecimiento (CENAE) para fortalecer sus actividades de capacitación en temas relacionados con el envejecimiento activo, el autocuidado de la salud, la participación en actividades productivas y respeto a los derechos humanos.

## **Acciones para el mejoramiento de los servicios de salud**

El ISSSTE garantizó el abasto de insumos médicos y medicamentos al incorporarse a un esquema de compras consolidadas con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDEFNA) y el Instituto de Salud de Baja California, por un monto total de 4,365.2 mdp, el cual permitió ahorros por 674.4 mdp. Lo anterior, aunado a otras estrategias de compra, permitió un nivel de abasto promedio de 98 por ciento durante 2013 y el uso de recursos con mayor racionalidad.

Se instrumentó una gestión financiera con enfoque al logro de la sustentabilidad institucional, que permitió identificar márgenes de ahorro por un total de 1,701.2 mdp. Estos recursos se reorientaron a la compra de medicamentos y a la mejora de puntos de primer contacto con el derechohabiente mediante la ejecución de 680 frentes de obra para acondicionar las salas de espera en los servicios de urgencias, remodelar los baños y colocar rampas de acceso para personas con discapacidad.

Con el propósito de fortalecer la infraestructura institucional para el mejor otorgamiento de atención a la derechohabiente, se llevaron a cabo obras de construcción, ampliación y remodelación, rehabilitación y mantenimiento, entre las que destacan la terminación la Unidad de Medicina Familiar (UMF) Etchojoa, Sonora y el inicio de la construcción del nuevo Hospital General en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en modalidad plurianual para terminarse en el año 2015. También se concluyeron 65 obras de ampliación y remodelación, de las cuales, 34 corresponden a unidades médicas del primer nivel de

IFA 2014

atención; se terminaron dos hospitales de alta especialidad en los estados de Michoacán y Veracruz; mientras que el CMN "20 de Noviembre" se finalizaron obras de mantenimiento.

Con el afán de fortalecer la eficacia de los servicios de salud, en 2013, se identificaron los padecimientos de mayor impacto a la población derechohabiente y para la fuente de fondeo de estos servicios, entre los cuales destacan: cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, insuficiencia renal, hipertensión arterial y artrosis. En ese sentido, se fortaleció el programa "PreveniSSSTE cerca de ti" para detectar los niveles de riesgo de los mencionados padecimientos mediante una plataforma electrónica en la página web del Instituto. Además, 557,707 derechohabientes realizaron la Evaluación de Riesgos en Salud (ERES), con el siguiente resultado: 15.5 por ciento se ubicó en alto riesgo, 75.7 por ciento con riesgo medio y 8.8 por ciento con bajo riesgo. Con esta información, se otorgaron 397,452 consultas médicas y detectaron 23,190 casos de diabetes, 36,450 de hipertensión, 205,408 casos de sobrepeso, 139,764 casos de obesidad, 39 casos de cáncer de mama, 20 casos de cáncer cervicouterino y 49 de cáncer de próstata.

Se incrementó a 190 el número de unidades médicas que proporcionan el servicio de cita médica, lo que permitió superar los seis millones de citas otorgadas bajo la modalidad no presencial en 2013. Asimismo, para coadyuvar al seguimiento del ejercicio del presupuesto basado en resultados, se reordenaron procesos para la implementación del Sistema de Información Médico Financiero (SIMEF) en 184 unidades médicas. Con lo anterior, se logró regularizar la entrega de la información estadística médica y elevar la calidad de la misma para ser utilizada en el cálculo de indicadores de desempeño e índices de complejidad y eficiencia homologados para los hospitales generales, regionales y el CMN, logrando capacitar a 945 de 1,181 líderes SIMEF (80%).

A través del Sistema de Costos Médicos (SCM), se dio inicio al cálculo de la erogación promedio de los servicios de urgencias, consulta externa y de especialidad, hospitalización y quirófanos de las unidades médicas hospitalarias. Ello contribuirá a mejorar el análisis de

la eficiencia del ejercicio del gasto y a la comparación de los costos médicos en las diferentes instalaciones del Instituto.

Se realizó la supervisión a unidades médicas hospitalarias durante las cuales se revisó la productividad de consulta externa, quirúrgica, ocupación hospitalaria y rotación de camas, con la finalidad de identificar obstáculos en el otorgamiento de la atención médica.

A través de la estrategia "Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución" (SUMAR), se instruyó a las unidades médicas hospitalarias a fin de aplicar el mecanismo de "Triage", para establecer el nivel de gravedad de una urgencia, con el fin de mejorar la oportunidad y calidad de la atención en los servicios de urgencias así como sensibilizar a la población respecto de los procesos para su atención en dicho servicio.

Como parte de la estrategia de mejora continua en la calidad y eficacia de la atención en salud al derechohabiente, durante 2013 se llevaron a cabo tres iniciativas innovadoras:

1. Estandarización de la prescripción de medicamentos de alta especialidad.
2. Instrumentación de un Tablero de Indicadores del Desempeño de Hospitales Regionales y del CMN "20 de Noviembre".
3. Desarrollo de un Centro de Mezclas de Medicamentos Inyectables intrahospitalarios de alto costo para los Hospitales Regionales.

El primer proyecto tiene por objeto estandarizar la prescripción de un grupo de medicamentos oncológicos de alto costo sin comprometer la calidad del tratamiento, a partir de la identificación de que 20 por ciento del gasto de medicamentos del ISSSTE se concentran en las 50 claves de más alto precio. En el mes de junio se inició el piloto en el Hospital Regional León, en el estado de Guanajuato, el cual a diciembre de 2013 continuaba en operación con la integración de un equipo central capaz de auditar las prescripciones médicas, el desarrollo de manuales operativos y procesos funcionales para el lanzamiento del proyecto a escala nacional. Como resultado del programa piloto, de julio a octubre de 2013 se registraron ahorros de 7.2 mdp en medicamentos en el Hospital Regional León.



Como una medida de mejora continua, se puso en marcha la iniciativa de evaluación de unidades médicas de tercer nivel de atención, con el fin de identificar áreas de oportunidad en el funcionamiento de las mismas, proponer estrategias de mejora y dar cuenta de sus resultados. En este sentido, se estableció un sistema de indicadores de desempeño en cuatro vertientes: satisfacción del derechohabiente, eficiencia y productividad, calidad de la atención y complejidad de la operación. Se realizó la medición de indicadores para los cuatro trimestres del año de las trece unidades hospitalarias del tercer nivel de atención y sus resultados fueron presentados y analizados en las sesiones de los Consejos Directivos de estas unidades de alta especialidad. Ello permitió identificar oportunidades de mejora y definir algunas estrategias para fortalecer la gestión hospitalaria y elevar la calidad de los servicios clínicos.

La tercera iniciativa se refiere al desarrollo de un Centro de Mezclas de Medicamentos inyectables intrahospitalarios de alto costo dentro de los 12 Hospitales Regionales del Instituto, con 41 claves seleccionadas que representan 10 por ciento del gasto del Instituto en medicamentos (aproximadamente 1,300 mdp), con la finalidad de disminuir el desperdicio y el posible sobre pedido de estos medicamentos. La prueba piloto inició en el mes de agosto del 2013 con la transferencia de las soluciones inyectables seleccionadas desde el CMN "20 de Noviembre" hacia el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". Hasta octubre de 2013, se había disminuido 41 por ciento del costo del consumo mensual observado, esto es, 20 mdp de ahorros en dos meses, mientras que en la etapa post-piloto, al mes de diciembre, se habían obtenido 31 mdp de ahorros.

### **Mejorar la seguridad e integralidad de la base de datos de derechohabientes**

Durante el 2013, la consolidación de un sistema de afiliación y vigencia que garantice la seguridad, confiabilidad, certeza y calidad de los datos fue un tema prioritario. Se trabajó en diversas acciones encaminadas a reforzar los esquemas de protección y a mejorar los flujos de información para hacer más expeditos los procesos de afiliación, certificación de vigencia y cálculo de bonos pensionarios con oportunidad, eficiencia y confiabilidad en

beneficio de la derechohabiente. Se logró la habilitación de un servidor web compartido para el intercambio oportuno de información y productos derivados de la operación del Sistema Integral de Prestaciones Económicas-Afiliación y Vigencia (SIFE-AV).

### **Fortalecer el ingreso y patrimonio de los derechohabientes**

El Instituto se enfocó en dar seguridad y mayor funcionalidad a los procesos de otorgamiento y recuperación del crédito personal y del crédito hipotecario. Para fortalecer la calidad del primero, se implementó el Programa Nacional de Capacitación en el otorgamiento de Préstamos Personales con la finalidad de detectar con oportunidad presuntos otorgamientos de préstamos irregulares. Además, se adecuaron los procedimientos en la distribución y ejercicio del Fondo de Préstamos Personales. Por otro lado, se enfocaron esfuerzos para la colocación y el ejercicio oportuno del presupuesto de préstamos personales, que en 2013 ascendió a 571,253 créditos por 19,906.8 mdp.

Además, se implementaron acciones para automatizar los servicios y mejorar el proceso de recuperación de crédito, así como brindar servicios informativos a los derechohabientes, a través de medios electrónicos y de forma presencial, con la finalidad de que conozcan la situación actual de su crédito y los mecanismos para obtener el formato de pago individualizado por internet que facilita sus pagos.

### **Transformar los modelos de operación de los órganos desconcentrados**

Parte del fortalecimiento y modernización de los órganos desconcentrados está en el saneamiento de sus finanzas y el ordenamiento de sus procesos, como en el caso de FOVISSSTE, que logró disminuir los créditos en cartera vencida a un solo dígito, para quedar en 8.7 por ciento del total de créditos que conforman la cartera hipotecaria. Asimismo, tanto en captación de ingresos como en el ejercicio financiero del programa de créditos, obtuvo resultados acordes a un buen desempeño. El Programa de Créditos

IFA 2014

Hipotecarios registró al cierre del Ejercicio Fiscal 2013 un total de 69,438 créditos hipotecarios otorgados con un monto ejercido de 34,293 mdp.

Al cierre de 2013, el PENSIONISSTE administraba 8.2 millones de cuentas individuales (retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y décimo transitorio) por un monto total de 164,106 mdp, cuya administración se encuentra constituida por cuatro SIEFORES<sup>23</sup> que se mantuvieron en el primer cuartil de rendimientos de la industria, y un índice de rendimiento neto (IRN) promedio ponderado de 10.1 por ciento en 2013. El resultado integral de la operación de este órgano en 2013 resultó en 903 mdp, lo que le permitirá distribuir parte de estos recursos entre los trabajadores afiliados a través del Remanente de Operación así como fortalecer la viabilidad financiera del fondo. Esta gestión eficiente permitió a esta Administradora de Fondos para el Retiro mantener la comisión más baja, los mejores rendimientos en tres de sus cuatro SIEFORES y ser la única en el mercado que reparte dividendos a sus afiliados.

El sistema de agencias turísticas TURISSTE logró mejorar su eficacia de ventas y formalizar servicios con 30 por ciento de la población atendida, con un incremento en la participación de las ventas realizadas a los derechohabientes y para contribuir en la estrategia del Gobierno Federal de impulsar el turismo social.

Además, se ha trabajado en cubrir las deficiencias administrativas en la cobranza de las ventas, así como mejorar el control de las operaciones y el registro contable de la totalidad de las mismas.

En la sesión de la Junta Directiva celebrada el 31 de enero de 2013, se autorizó en el máximo Órgano de Gobierno la creación de un Grupo de Trabajo para Analizar la Estrategia de Desarrollo del SuperISSTE.

<sup>23</sup>Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos para el Retiro.

Dentro de las conclusiones que presentó el Grupo de Trabajo, se definió una estrategia enfocada a hacer eficiente la operación de SuperSSTE, con base en dos ejes: mejora de los procesos internos, así como disminuir pérdidas operativas.

En lo que se refiere a los procesos internos, con el fin de garantizar el suministro de productos clave para el consumidor, se ha regularizado el pago de mercancías a los proveedores, se han optimizado los procesos operativos como el manejo de los almacenes, de espacios de venta, de etiquetado de mercancías, exhibición de productos, depuración del catálogo de mercancías, entre otros, para una mejor administración en las tiendas.

La disminución de las pérdidas operativas implicó la supresión de 35 puntos de venta, que fueron identificadas utilizando, además del criterio de la rentabilidad de las mismas y el reducido número de derechohabientes de acuerdo con su ubicación. Destaca que, en el proceso de cierre de tiendas, se priorizaron los derechos laborales de los trabajadores y se facilitó la capacitación para desempeñar múltiples tareas en otras áreas de servicio.

## Logros de la gestión financiera

Al inicio de la presente administración, se detectó que en las cuentas bancarias de gastos de operación de las Delegaciones y Hospitales Regionales del Instituto existían saldos financieros inactivos, lo cual implicaba que las diversas unidades responsables no efectuaban inmediatamente los pagos a los proveedores, a pesar de recibir recursos ya autorizados presupuestalmente. Si bien una parte de los saldos inactivos recaía en cheques en circulación (títulos de crédito entregados a proveedores, pero que aún no estaban cobrados), otra parte correspondía a recursos ociosos.

Por otra parte, se detectaron rezagos en el pago del Impuesto sobre Nóminas<sup>24</sup> (ISN) por parte de algunas Delegaciones del Instituto, así como adeudos en este concepto por ejercicios anteriores, que ya habían generado multas y recargos y que podrían derivar en

<sup>24</sup> Cabe señalar que el ISN es una contribución que el Instituto paga a los gobiernos estatales y que está regulada por los códigos financieros de cada entidad Federativa, por lo que su base, tasa y época varían en función de cada Estado.

## IFA 2014

observaciones de los Órganos Fiscalizadores. Finalmente se dio un nuevo impulso a la implementación del Sistema Electrónico de Recaudación de Cuotas y Aportaciones Nóminas (SERICA- Nóminas) a fin de optimizar la recaudación por estos rubros.

### **Cuenta centralizadora “Saldo Cero” para gastos de operación**

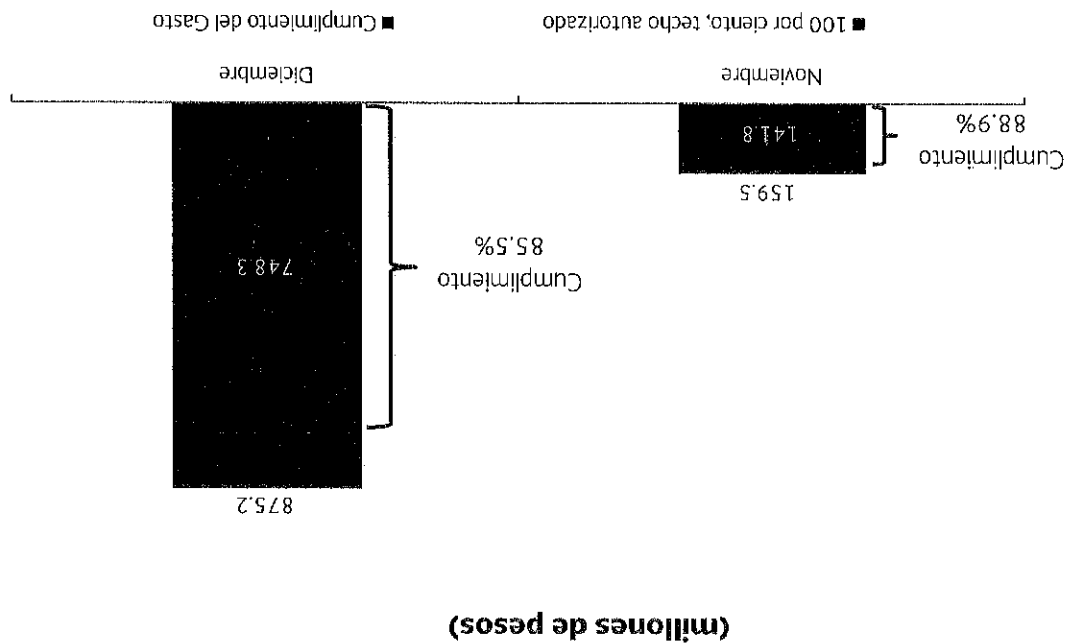
A partir de noviembre de 2013, el Instituto instrumentó la Cuenta Centralizadora “Saldo Cero” para el pago de los gastos de operación de las Delegaciones y Hospitales Regionales. Dicho sistema consta de una cuenta principal y cuentas periféricas o subsidiarias administradas por la propia delegación. Su característica principal es que los recursos financieros ya no se depositan en efectivo en las cuentas bancarias de las Delegaciones y Hospitales Regionales, sino que permanecen en la cuenta central, generando mayores rendimientos para el ISSSTE. Cabe señalar que el Instituto estableció como política para realizar los pagos en las Delegaciones el uso predominante de la transferencia electrónica.

En suma, la operación de la Cuenta Centralizadora “Saldo Cero” en 2013 trajo los siguientes beneficios:

- Pago a proveedores y terceros a nivel nacional en forma oportuna, transparente e inmediata.
- Disminución de saldos financieros inactivos de carácter permanente, en apoyo a un ejercicio oportuno del gasto de operación.
- Centralización en una cuenta bancaria, que permite un mayor control en el ejercicio del gasto.
- Disminución del costo de comisiones bancarias, a través de un convenio de pago único centralizado.
- Generación de rendimientos (intereses) preferenciales, por el saldo financiero global centralizado.

Durante los primeros dos meses de operación de la cuenta bancaria "Saldo Cero", se tuvo un cumplimiento de gasto promedio de 87.2 por ciento del total autorizado, la Gráfica 43 presenta los saldos al final de mes y el porcentaje de cumplimiento de las Delegaciones.

**Gráfica 43. Saldo a fin de mes y porcentaje de cumplimiento 2013**



Fuente: ISSSTE, Tesorería General, 2013.

**Pago centralizado del Impuesto sobre Nóminas**

Para cumplir con oportunidad con sus obligaciones fiscales y evitar el pago de multas y recargos por parte de las Delegaciones, a partir de mayo de 2013 el Instituto implementó el pago centralizado del ISN al que están obligadas las Delegaciones en los estados, para lo cual se emprendieron las siguientes acciones:

- Se obtuvieron los accesos a los portales de las Secretarías de Finanzas de los estados, a fin de realizar el depósito de los recursos en tiempo y forma, conforme a un calendario establecido por la Dirección de Finanzas del ISSSTE.

## IFA 2014

- Se capacitó a los operadores de la banca electrónica a nivel central, a fin de realizar los pagos en tiempo y forma y evitar multas y recargos para el Instituto.
- Entre mayo y diciembre de 2013, se procedió a la regularización de los adeudos de las Delegaciones, para lo cual el Instituto logró acuerdos de condonación de multas y recargos en aquellos estados donde la normatividad así lo permitió.

### **Implementación del SERICA Nóminas entre las Dependencias y Entidades aportantes**

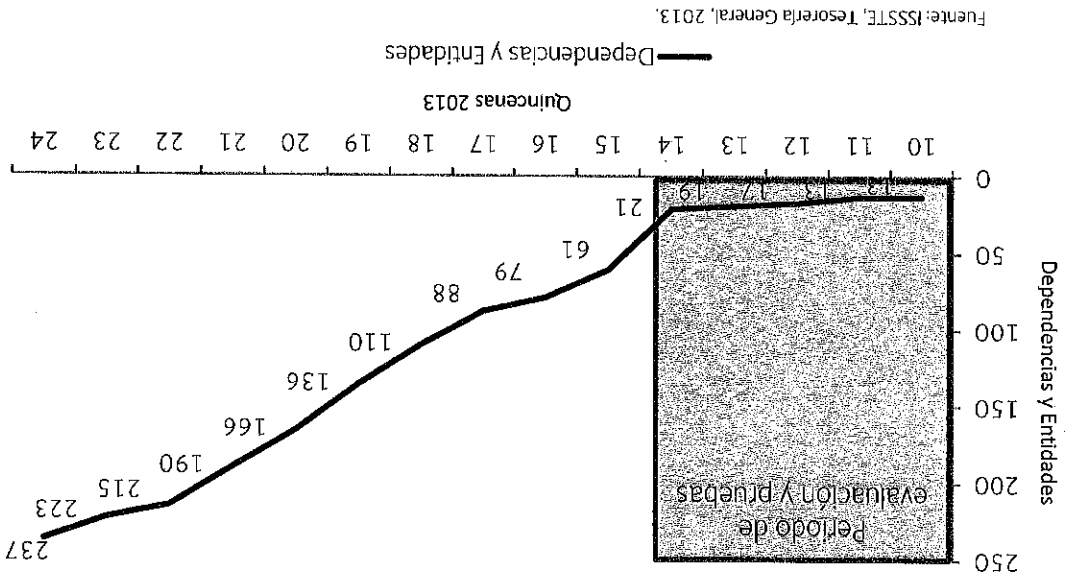
En 2013 se reactivó la implementación del proyecto denominado Sistema Electrónico de Recaudación de Ingresos por Cuotas, Aportaciones Nóminas (SERICA Nóminas), a fin de contar con una plataforma de recaudación moderna que permita obtener información individualizada por trabajador cotizante, por cada uno de los seguros y fondos que administra el Instituto.

Cabe señalar que bajo el sistema de recaudación anterior, las Dependencias y Entidades declaran y pagan sus obligaciones de manera global, por lo que no hay manera de verificar que los pagos correspondan a las nóminas reales. En contraste, con el nuevo SERICA Nóminas, las Dependencias y Entidades cargan al sistema sus nóminas para un cálculo automatizado de sus obligaciones a la seguridad social.

La implementación del SERICA Nóminas atravesó un periodo de evaluación y pruebas técnicas durante el primer semestre de 2013. A partir de agosto, se inició la capacitación presencial de las Dependencias y Entidades en el manejo del sistema, que dio como resultado su implementación en 237 organismos al cierre del Ejercicio Fiscal 2013, lo que significó un avance de 19.9 por ciento, en relación al total de organismos que pagan sus obligaciones al Instituto. La Gráfica 44 muestra el proceso de implementación del SERICA – Nóminas.

**Mejoras en la integridad de registro contable de préstamos personales**

En el dictamen emitido por el auditor externo a los Estados Financieros al 31 de diciembre de 2013, se señala que existe una insuficiencia por 1,385.8 mdp en la reserva de garantía, por préstamos que continúan vigentes en la cartera de Préstamos Personales y que por su fecha de registro tienen riesgo de incobrabilidad, ya que pudieran estar prescritos porque el tiempo en que debieron haberse saldado ya transcurrió. Con el objetivo de agilizar la cancelación de los préstamos prescritos y tener mejor valuada la cartera vigente se actualizaron las Normas y Bases para la cancelación de Cuentas por Cobrar irrecuperables, en las cuales se tiene contemplado un programa de cancelación por bloque, así como la generación de estimaciones contables para riesgos de incobrabilidad, lo que permitirá emitir información financiera con mayor precisión respecto del monto que integra el Fondo de Préstamos Personales.



**Gráfica 44. Implementación del SERICA Nominas en 2013**

Fuente: ISSSTE, Tesorería General, 2013.



## IFA 2014

### Indicadores de resultados

Para la integración del Programa Anual de Trabajo 2013 se establecieron los compromisos institucionales y se identificaron las métricas más relevantes para dar seguimiento a los mismos, con base en la depuración crítica de indicadores de corto plazo registrados en el Ejercicio Fiscal 2012. El propósito fue reorientar las posibilidades de información según el área responsable hacia un enfoque de resultados de desempeño, más que de gestión o procesos.

En ese sentido, en 2013 se comprometieron metas para un total de 112 indicadores contra 495 en 2012, cuyo establecimiento obedece a un cambio de enfoque de planeación y evaluación en línea con una gestión basada en resultados, ya que:

- A)** Se incrementó considerablemente la proporción de indicadores de desempeño y, consecuentemente, disminuyó la de gestión o procesos;
- B)** Se mejoró la claridad de interpretación de los mismos, en aras de una mayor transparencia y rendición de cuentas, al corregir ambigüedad e inconsistencia entre el nombre, método de cálculo y definición de variables utilizadas para calcular los indicadores; y
- C)** Se resaltó la relevancia de la información institucional, con el rediseño de indicadores recurrentemente reportados como porcentaje de cumplimiento respecto de lo programado, para enfocarlos a la aportación específica de la actividad medida respecto de la necesidad o problemática que atienden.

Al fortalecer los mecanismos de planeación y evaluación del desempeño institucional, el ISSSTE incrementó su capacidad de atención a los grandes temas que atañen a su sostenibilidad financiera, como a la mejora en la calidad y calidez de la atención.

El avance satisfactorio en los compromisos establecidos por las áreas relacionadas con la vigencia de derechos y la atención al derechohabiente implicó una disminución de inconformidades por atención que pudieran traducirse en recomendaciones en materia de

derechos humanos, atención médica o discriminación. A nivel operativo, se avanzó en la supervisión de centros de trabajo en términos de seguridad, protección civil y mejora en la prestación de servicios y cobertura de las prestaciones, en línea con el primer objetivo del Programa Anual de Trabajo 2013.

Los resultados respecto del segundo objetivo evidencian el compromiso institucional de garantizar un manejo transparente y racional de los recursos públicos y la modernización de sus procesos. Se superó la meta de incorporación de Dependencias y Entidades en el sistema SERICA-Nóminas, que permitirá mayor control y confiabilidad en la recaudación de cuotas y aportaciones para la provisión de servicios que por Ley brinda el Instituto. Ello hace evidente un ejercicio más eficaz del gasto por la generación de ahorros derivados de medidas de austeridad y de disciplina presupuestal, mientras que la reducción en la cartera de venta de préstamos personales y créditos hipotecarios contribuye en la estrategia de sostenibilidad financiera.

Los cambios introducidos en los modelos de operación de los órganos descentrados, FOVISSSTE, PENSIONISSSTE, SUPERISSSTE y TURISSSTE, establecidos en el tercer objetivo, los colocan en ruta con el fortalecimiento de su misión con criterios de rentabilidad social y mayor eficiencia en sus procesos.

Durante 2013, se avanzó en más de 90 por ciento en la actualización del inventario del patrimonio inmobiliario del Instituto, como parte de las acciones para cumplir con el cuarto objetivo del Programa anual. Con ello, se formuló el diseño de una estrategia integral para optimizar el aprovechamiento de edificios y tener la certidumbre jurídica sobre el estatus de propiedad de los mismos. Los resultados en torno del quinto objetivo, relacionados con la interoperabilidad de los sistemas para efficientar procesos y facilitar las transacciones, le permitió al Instituto abordar los retos de la digitalización y actualizar los registros de su Base de datos única de derechohabientes (BDUD) e intercambiar información con otras bases de datos relacionadas con la prestación de seguros, prestaciones y servicios con mayor seguridad y contención de errores y movimientos apócrifos.

## IFA 2014

Las nuevas iniciativas y revisión de procesos para elevar la calidad de los servicios de salud referidas al cumplimiento del sexto objetivo del Programa coloca al ISSSTE en la ruta del acceso efectivo a dichos servicios, al identificar áreas de oportunidad y capturar eficiencias operativas para liberar capacidades en beneficio de los derechohabientes. Se superaron las metas de contención de la mortalidad materno-infantil y por enfermedades prevenibles por vacunación, entre otros resultados.

La estrategia general de un ISSSTE en movimiento tiene el compromiso de contribuir a la edificación de una sociedad de derechos y libertades efectivas, que elimine las brechas sociales y promueva la igualdad de oportunidades. Con esa visión de futuro, las iniciativas y los proyectos iniciados tendrán como resultado una mejor calidad y eficacia en los servicios sustentados en un ISSSTE cercano y seguro, eficaz, sustentable y digital.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup>Un mayor detalle en estos logros, puede obtenerse con la consulta del Informe Anual de Evaluación 2013, así como el Programa de Trabajo 2013, los cuales se encuentran disponibles en el siguiente vínculo:  
<http://www2.issste.gob.mx:8080/index.php/transparencia/rendicion-cuentas>



# CONCLUSIONES



## CONCLUSIONES

El Informe Financiero y Actuarial 2014 presenta, en apego a la Ley del ISSSTE, el diagnóstico de la situación financiera del Instituto y, en particular, de los seguros y fondos al 31 de diciembre de 2013. Como en años anteriores, la parte medular del Informe da a conocer las proyecciones financieras del ingreso y el gasto estimados para los próximos años, así como los resultados de los cálculos actuariales que permiten evaluar la solvencia de los seguros de Salud, Invalidez y Vida, Riesgos del Trabajo y del Fondo de Servicios Sociales y Culturales. Al respecto, las primas que se requerirían para dar suficiencia a los diferentes seguros y servicios, se dan a conocer en cumplimiento del Artículo 214, fracción XIX, incisos a y c de la Ley que rige al Instituto.

Asimismo, el presente Informe da cuenta de las acciones que se ejecutaron en 2013, a fin de contribuir con el Plan Nacional de Desarrollo. El ISSSTE coadyuvó en 2013 en la construcción de un México en Paz, Incluyente, con Educación de Calidad, Próspero y con Responsabilidad Global, mediante el otorgamiento de sus seguros, servicios y prestaciones sociales y culturales a más de 12.6 millones de derechohabientes y con la adopción de medidas para promover una cultura de prevención de la salud, equidad de género e inclusión social.

El estado financiero conjunto (2013) del Instituto parece reflejar un adecuado balance de ingresos y gastos, incluso con un superávit de 5,310 mdp. Sin embargo, es preciso señalar que la situación financiera global del ISSSTE, no muestra la situación particular de cada uno de los seguros y fondos. El análisis de los nueve fondos revela que este resultado sólo se explica gracias a las transferencias gubernamentales (14,570 mdp), ya que hay un déficit de operación en seis de ellos, lo cual responde, en parte, a las presiones de gasto.

Entre los fondos que registraron déficit en 2013 destacan el Seguro de Salud, el Seguro de Invalidez y Vida, el Fondo de Prestaciones Sociales y Culturales, el Seguro de Riesgos del Trabajo y el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez. En contraste, los

Fondos que tuvieron resultados positivos al cierre de 2013 fueron los de Préstamos Personales y PENSIONISSSTE. Al respecto, es de destacar que los remanentes de operación de estos dos últimos estaban comprometidos por Ley a la prestación que les da origen, por lo que no pueden contribuir al restablecimiento del equilibrio financiero de otros fondos.

Analizado con detenimiento, en 2013 el Seguro de Salud registró un déficit de operación de 2,341 mdp, que confirma la tendencia en ese sentido señalada en el IFA 2013. Incluso considerando las transferencias gubernamentales, este seguro reportó un desahorro por 1.13 mdp. De igual manera, las proyecciones financieras y actuariales a que obliga la Ley del ISSSTE de este seguro prevén que las cuotas y aportaciones vigentes no alcanzarán a cubrir los gastos esperados a partir de 2014. El Informe advierte que, en ausencia de transferencias gubernamentales, los recursos de la Reserva Financiera y Actuarial tendrían que utilizarse a partir de dicho año.

En cumplimiento con el Artículo 214, fracción XIX, inciso a y c, el Balance Actuarial del Seguro de Salud determinó que el nivel de cuotas y aportaciones vigentes son insuficientes para atender las necesidades de gasto. Actualmente el régimen financiero de este seguro establece 15.40 por ciento de cotización sobre el sueldo base de los trabajadores, pero para lograr la solvencia del mismo a 20 años, sería indispensable incrementarla en 3.25 por ciento. Este escenario permitiría al Instituto seguir constituyendo reservas.

Otra de las conclusiones a las que llega el IFA 2014 es que el déficit del Seguro de Salud se debe, principalmente, al régimen financiero aplicable al grupo de personas que se pensionaron antes de la reforma a la Ley del ISSSTE en 2007. La cuota social del Gobierno Federal es el único ingreso previsto para financiar los servicios médicos de este grupo de personas y no alcanza a cubrir más que una cuarta parte de sus gastos.

Por su parte, los seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo también cerraron el Ejercicio Fiscal 2013 con déficit de operación de 1,225 mdp y 1,817 mdp, respectivamente, que se explican por las devoluciones a la SHCP de las cuotas y



## IFA 2014

aportaciones correspondientes a los trabajadores bajo el régimen del Artículo Décimo Transitorio de la Ley.

En el caso del Seguro de Invalidez y Vida, las proyecciones financieras del régimen de cuentas individuales mostraron un periodo de suficiencia de cinco años con el nivel de cuotas y aportaciones actuales y sin utilizar transferencias gubernamentales ni reservas constituidas. Para lograr la suficiencia del seguro en el largo plazo, se requeriría incrementar la prima cobrada por cuotas y aportaciones, pasando de 1.25 por ciento a 2.1 por ciento sobre el sueldo base de los trabajadores cotizantes al sistema de cuentas individuales.

En cuanto al Seguro de Riesgos del Trabajo, el Informe concluye que las aportaciones vigentes de las entidades y dependencias del régimen de cuentas individuales son suficientes para lograr un equilibrio financiero de largo plazo.

Finalmente, la situación de los Servicios Sociales y Culturales del Instituto en 2013 arrojó un déficit de 2,240 mdp, lo que representa un aumento de 6 por ciento, respecto al Ejercicio Fiscal 2012. Las proyecciones financieras de este fondo pronostican que el desequilibrio financiero persistirá en los próximos cinco años. Tal situación podría evitarse incrementando las cuotas y aportaciones de Ley a 1.61 por ciento, o con mayores transferencias federales. Cabe insistir que este incremento en la prima, al igual que en el caso de los incrementos identificados para los seguros, es una conclusión actuarial que ofrece el Instituto en cumplimiento al Artículo 214 de la Ley del ISSSTE.

Dado que el Plan Nacional de Desarrollo está encaminado a la implementación de un sistema de seguridad social integral, el Instituto emprendió un esfuerzo para fortalecer sus programas y servicios hacia el objetivo de establecer un sistema de salud con cobertura universal, viable en lo financiero y eficiente y moderno en su operación. Es por ello que el presente Informe expone los diversos riesgos operativos que enfrentan los seguros y servicios ofrecidos y, en particular, describe el estado que guardan las clínicas, hospitales y el equipamiento médico.

De igual forma, el informe enfatiza las acciones que, dentro de las restricciones impuestas por el entorno económico, demográfico y epidemiológico, fue posible ejecutar en el Ejercicio Fiscal 2013, a fin de elevar la calidad de los servicios.

El Instituto prestó en 2013 servicios de salud sin interrupción alguna y promovió entre la derechohabiente una cultura de prevención y del auto cuidado y cumplió oportunamente con el pago de las pensiones de casi 900 mil personas en todo el país o radicados en el extranjero.

Además, el Instituto creó en 2013 el Centro de Estudios y Apoyo a la Mujer (CEAM) y rediseñó el Centro Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento (CENAE). Asimismo, comprometido con el objetivo de lograr una sociedad plural sin exclusiones, dio trámite a la afiliación como derechohabientes de 49 cónyuges del mismo sexo.

Por otra parte, el Instituto continuó formando en 2013 jóvenes profesionistas en dietética y nutrición, brindando para ellos una alternativa académica de calidad y un impulso de cara a su inserción laboral. Asimismo, el Instituto impulsó su mensaje de prevención entre los mexicanos, a través del fortalecimiento de sus programas de salud, sus campañas de comunicación y el empleo de su infraestructura cultural y deportiva.

En 2013, se instrumentaron acciones que promovieron la optimización de recursos financieros. En particular, destacó la participación del Instituto en la estrategia nacional de compras consolidadas de medicamentos, en coordinación con otros organismos públicos. Se estima que la estrategia impactó a favor del Instituto con un ahorro de aproximadamente 674 mdp.

El ISSSTE identificó las cinco enfermedades que concentraron 30.5 por ciento del gasto corriente del Seguro de Salud: cáncer, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica. El gasto en dichas enfermedades equivale a 15,705.3 mdp. Esto da la pauta para fortalecer los programas preventivos del Instituto, especialmente en lo que se refiere a disminuir las complicaciones de los pacientes diabéticos.

## IFA 2014

Por otra parte, en 2013 el Instituto dio pasos importantes hacia la construcción de una red hospitalaria centrada en resultados y mejoría en su evaluación. Se implementó un Tablero de Indicadores de Desempeño que permite identificar las áreas de oportunidad en la operación de las unidades del tercer nivel de atención médica, a fin de mejorar la experiencia general del paciente.

Además, frente a la tendencia del desgaste y envejecimiento de los inmuebles y el deterioro y obsolescencia tecnológica de los equipos, el Instituto ha ejercido montos crecientes de recursos, en materia de conservación, mantenimiento, reposición y ampliación de equipos. Destaca que la inversión en conservación y mantenimiento de la infraestructura pasó de 787 mdp en 2010 a 1,362 mdp en 2013. Se subraya la realización de 20 obras en el Distrito Federal con una inversión de 156.2 mdp.

En cuanto a las acciones para la modernización de la infraestructura médica sobresale la sustitución del Hospital General “Dr. Gonzalo Castañeda Escobar” en la Ciudad de México, a través de la utilización del esquema de financiamiento de Asociación Público-Privado. Este proyecto es pionero en el ámbito del Gobierno Federal y será posible gracias al apoyo de la Cámara de Diputados que aprobó recursos para su ejecución dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación 2014.

El IFA 2014 contiene una serie de acciones vinculadas con la estrategia transversal del Plan Nacional de Desarrollo, que busca un Gobierno Cercano y Moderno, eficaz en el logro de sus objetivos, mediante una adecuada racionalización de recursos, la reproducción de mejores prácticas y la implementación de sistemas de administración automatizados.

Específicamente, para contribuir a la modernización de la operación financiera del Instituto, en noviembre de 2013 se instrumentó a nivel nacional la Cuenta Centralizadora Saldo Cero para Gastos de Operación. Con ella se garantiza una mayor transparencia y se promueve una mayor oportunidad en el ejercicio de los recursos a nivel delegacional.

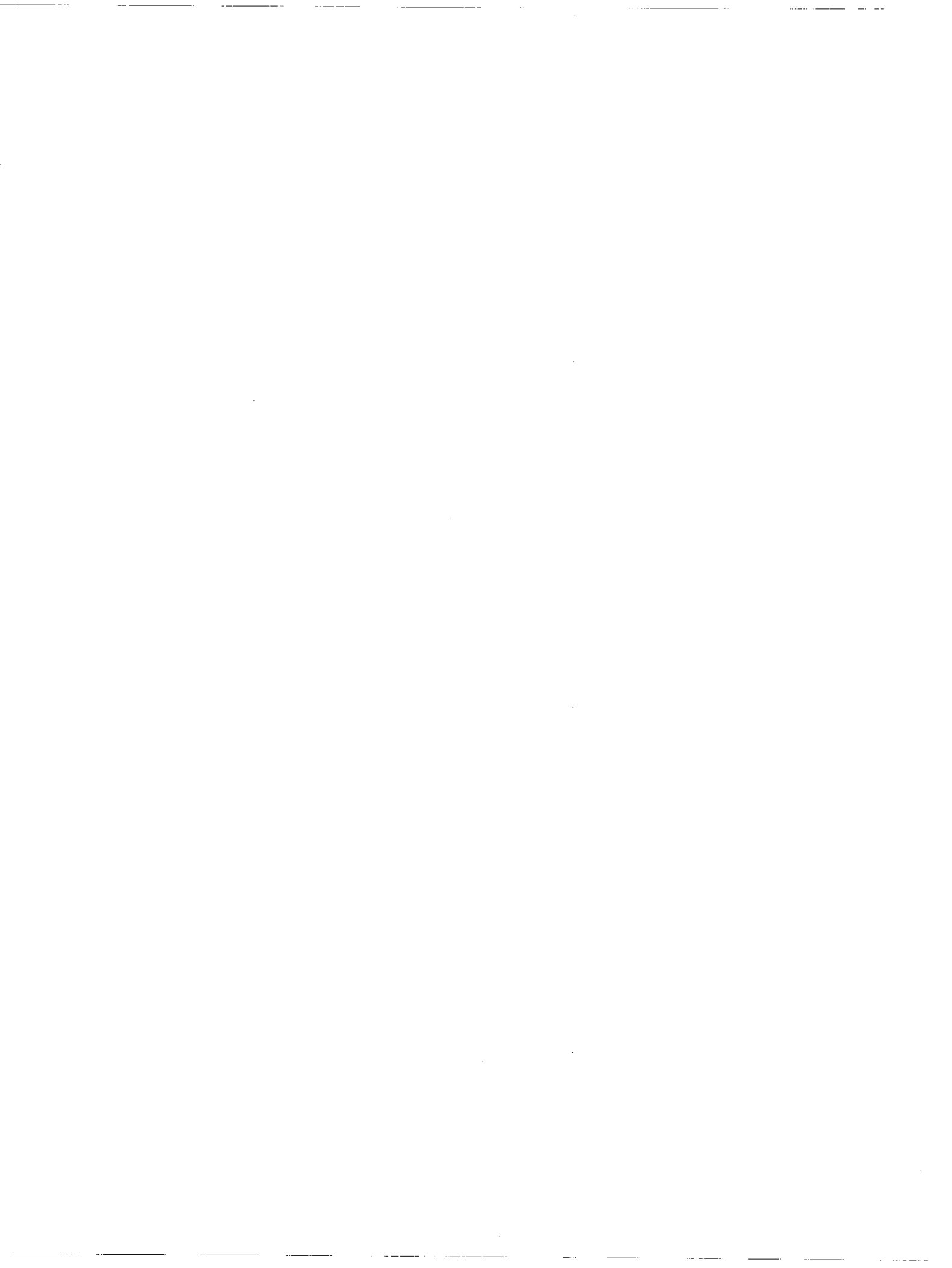
Asimismo, a fin de hacer más eficiente la recaudación, el Instituto dio un fuerte impulso al Sistema Electrónico de Recaudación de Cuotas y Aportaciones, SERICA Nóminas, entre las Dependencias y Entidades aportantes.

El informe también identifica otros riesgos de tipo geológico e hidrometeorológico a los que están expuestos los inmuebles del Instituto por su ubicación geográfica. En particular, señala que 108 clínicas en el Distrito Federal se ubican en una zona de alto riesgo sísmico y que 378 unidades médicas se localizan en zonas de alta frecuencia de inundaciones en el Distrito Federal, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Oaxaca y Veracruz.

Vinculado a lo anterior, la ocurrencia de desastres naturales en 2013 llevó al ISSSTE a entregar 26,799 préstamos extraordinarios en 21 entidades federativas, que con la tasa más baja del mercado, permitieron a los derechohabientes beneficiados atender sus necesidades más apremiantes. Dichos préstamos se sumaron a los más de 570 mil préstamos personales y los 69,438 créditos hipotecarios otorgados en el año, con los que también el Instituto incidió favorablemente en la constitución de patrimonios familiares.

En suma, el Informe Financiero y Actuarial 2014 presenta, a través de las proyecciones financieras y los balances actuariales, un diagnóstico detallado de la situación financiera de los diversos seguros, servicios y prestaciones otorgados por el ISSSTE. Además, expone los principales riesgos y contingencias que afectan su operación, así como las acciones que la presente Administración está implementando para afrontarlas, de cara al objetivo señalado por el Presidente de la República de transitar en los próximos años hacia un sistema de salud universal para los mexicanos.

# ANEXOS



## ANEXOS

### **Anexo I. Riesgos cubiertos, beneficios, cobertura y financiamiento**

El ISSSTE tiene el objetivo de contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia. En tal virtud, ofrece diversos seguros, prestaciones y servicios enfocados al bienestar integral del derechohabiente, mismos que se detallan a continuación.

De conformidad con la Ley del ISSSTE dichas prestaciones cubren a las Dependencias, Entidades, trabajadores al servicio civil, pensionados y familiares derechohabientes, de:

- I. La Presidencia de la República, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, incluyendo al propio Instituto;
- II. Ambas cámaras del Congreso de la Unión, incluidos los diputados y senadores, así como los trabajadores de la Entidad de Fiscalización Superior de la Federación;
- III. El Poder Judicial de la Federación, incluyendo a los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, magistrados y jueces, así como consejeros del Consejo de la Judicatura Federal;
- IV. La Procuraduría General de la República;
- V. Los órganos jurisdiccionales autónomos;
- VI. Los órganos con autonomía por disposición constitucional;

VII. El Gobierno del Distrito Federal, sus órganos político administrativos, sus órganos autónomos, sus Dependencias y Entidades, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, incluyendo sus diputados y el órgano judicial del Distrito Federal, incluyendo magistrados, jueces y miembros del Consejo de la Judicatura del Distrito Federal, conforme a su normatividad específica y con base en los convenios que celebren con el Instituto, y

VIII. Los gobiernos de las demás entidades federativas de la República, los poderes legislativos y judiciales locales, las administraciones públicas municipales y sus trabajadores, en aquellos casos en que celebren convenios con el Instituto en los términos de la Ley del ISSSTE.

## Esquemas pensionarios

Por lo que respecta al sistema pensionario, la Ley del ISSSTE considera:

- Un esquema de cuentas individuales para los trabajadores que ingresaron a laborar a partir de 2007, fecha en que entró en vigor la reforma a la Ley del ISSSTE, así como para el personal que ingresó antes de dicha fecha y que optó por migrar a este esquema.
- Un esquema transitorio para los trabajadores que ingresaron antes de la entrada en vigor de la Ley y que eligieron permanecer en el sistema de reparto (Artículo Décimo Transitorio).



IFA 2014

**Régimen obligatorio**

El régimen obligatorio (Tabla 62) contempla los siguientes seguros,<sup>26</sup> prestaciones y servicios:<sup>27</sup>

**Tabla 62. Seguros, prestaciones y servicios del ISSSTE**

Seguros	Prestaciones y Servicios
Salud <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Atención médica preventiva</li> <li>▫ Atención médica curativa y de maternidad</li> <li>▫ Rehabilitación física y mental</li> </ul>	Préstamos Personales <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ordinarias</li> <li>▫ Especiales</li> <li>▫ Para adquisición de bienes de consumo duradero</li> <li>▫ Extraordinarios para damnificados por desastres naturales</li> </ul>
Riesgos del trabajo	Servicios Sociales <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Programas de servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar</li> <li>▫ Servicios turísticos</li> <li>▫ Servicios Funerarios</li> <li>▫ Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil</li> <li>▫ Programas culturales</li> <li>▫ Programas educativos y de capacitación</li> </ul>
Invalidez y Vida	Servicios Culturales <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Atención a jubilados, pensionados y discapacitados</li> <li>▫ Programas de fomento deportivo</li> </ul>
Retiro Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	Préstamos hipotecarios y financieros

Fuente: Artículos 3 y 4 de la Ley del ISSSTE.

<sup>26</sup>Artículo 3 de la Ley del ISSSTE.

<sup>27</sup>Artículo 4 de la Ley del ISSSTE.

## 1. Seguros

### 1.1. Seguro de Salud

El Seguro de Salud se otorga a los trabajadores activos, pensionados y se extiende a sus familiares derechohabientes, quienes tienen derecho al seguro siempre que el trabajador o el pensionado tengan derecho a los servicios y prestaciones.

Este seguro<sup>28</sup> tiene por objeto proteger, promover y restaurar la salud de sus derechohabientes a través de servicios de salud, que incluyen cuidados preventivos, curativos, de maternidad y de rehabilitación física y mental, e incluye, tanto una función prestadora de servicios de salud, como una función financiera de servicios de salud.

En la Ley del ISSSTE se contempla que si un trabajador es dado de baja, éste conservará los derechos a recibir los beneficios del Seguro de Salud por los dos meses siguientes a la baja, al igual que sus familiares derechohabientes, siempre que haya prestado servicios ininterrumpidos inmediatamente antes de la separación, durante un mínimo de seis meses.

Este seguro considera las siguientes prestaciones y servicios:

#### A) Atención médica preventiva.<sup>29</sup>

- Control de enfermedades prevenibles por vacunación
- Control de enfermedades transmisibles
- Programas de autocuidado y de detección oportuna de padecimientos
- Educación para la salud
- Programas de combate a la drogadicción, al alcoholismo y al tabaquismo
- Salud reproductiva y planificación familiar
- Atención materno infantil

## IFA 2014

- Salud bucal
- Educación nutricional
- Salud mental
- Atención primaria a la salud
- Envejecimiento saludable
- Prevención y rehabilitación de pacientes con capacidades disminuidas

B) Atención médica curativa y de maternidad, así como de la rehabilitación tendiente a corregir la invalidez física y mental.<sup>30</sup>

- Medicina familiar
- Medicina de especialidades
- Gerontológico y geriátrico
- Traumatología y urgencias
- Oncológico
- Quirúrgico
- Extensión hospitalaria

C) Prestaciones en dinero, en caso de que el trabajador presente un padecimiento médico, el Instituto brindará la atención médica necesaria<sup>31</sup> y en caso de que el padecimiento imposibilite al trabajador para desempeñar su actividad laboral, tendrá derecho a licencia con goce de sueldo o con medio sueldo pagado por la dependencia o entidad en que labore,<sup>32</sup> la Tabla 63 detalla el tipo de licencia por enfermedad con cargo a la dependencia o entidad.

<sup>30</sup>Artículo 35 de la Ley del ISSSTE.

<sup>31</sup>Artículo 38 de la Ley del ISSSTE.

<sup>32</sup>Artículo 37 de la Ley del ISSSTE.

**Tabla 63. Licencias por enfermedad no profesional con cargo a la Dependencia o Entidad**

Días de licencia	Sueldo completo	Tiempo de Servicio	Dependencia o Entidad		
			Medio sueldo	Hasta 15 días	Hasta 30 días
Hasta 15 días	Hasta 15 días	Menor a 1 año	Hasta 15 días	Hasta 30 días	Hasta 45 días
Hasta 30 días	Hasta 30 días	De 1 a 5 años	Hasta 30 días	Hasta 45 días	Hasta 60 días
Hasta 45 días	Hasta 45 días	De 5 a 10 años	Hasta 45 días	Hasta 60 días	
Hasta 60 días	Hasta 60 días	Más de 10 años	Hasta 60 días		

Fuente: Artículo 37 de la Ley del ISSSTE.

Si al vencer la licencia con medio sueldo continúa la imposibilidad para desempeñar su labor, se le concede al trabajador una licencia sin goce de sueldo mientras dure la incapacidad, hasta por 52 semanas desde que inició el padecimiento. Durante esta licencia, el Instituto cubre un subsidio en dinero equivalente a 50 por ciento del Sueldo Básico que percibía el trabajador al ocurrir la incapacidad.

Si al concluir ese primer periodo de 52 semanas, el trabajador continúa enfermo, el Instituto puede extender su tratamiento hasta por 52 semanas más, previo dictamen médico. De estas últimas el Instituto sólo cubrirá el subsidio anterior hasta por 26 semanas. Al concluir el segundo periodo de 52 semanas, el Instituto dictaminará sobre la procedencia de la invalidez del trabajador. Si al declararse la invalidez el trabajador no reúne los requisitos para obtener derecho a una pensión por invalidez, podrá optar por retirar en una sola exhibición, el saldo de su cuenta individual en el momento que lo desee.

### 1.2. Seguro de Invalidez y Vida

El seguro de invalidez cubre las pensiones que se otorgan a los trabajadores que se invaliden, o a los familiares de los trabajadores o pensionados que fallecen, por causas ajenas al servicio.

Los trabajadores se encuentran expuestos a accidentes y enfermedades que no son originadas por la actividad laboral que desempeñan, por lo que dichos padecimientos no

## IFA 2014

serán catalogados como riesgos del trabajo y el Instituto considera estas eventualidades dentro de sus coberturas con un esquema distinto.

### *Invalidez*<sup>33</sup>

Con base en la Ley del ISSSTE, se considera que existe un estado de invalidez cuando el trabajador activo haya quedado imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior a 50 por ciento de la habitual, percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional. Si un pensionado por invalidez desempeña un trabajo que le proporciona un ingreso mayor al anterior, el pago de la pensión se suspenderá.

La pensión por invalidez se otorga a los trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente por causas ajenas al desempeño de su trabajo, siempre que se haya realizado el pago de las cuotas correspondientes al Instituto cuando menos durante cinco años. En el caso que el dictamen respectivo determine 75 por ciento o más de invalidez, sólo se requerirá que hayan contribuido con sus cuotas durante tres años.

El pensionado por Invalidez tendrá derecho a:

- a) **Pensión temporal.**<sup>34</sup> Tendrá carácter provisional, por un periodo de adaptación de dos años, durante los cuales será pagada con cargo a las reservas de este seguro por parte del Instituto. Transcurrido el periodo de adaptación, la pensión se considerará como definitiva debiéndose contratar un seguro de pensión que le otorgue la renta correspondiente.
- b) **Pensión definitiva.**<sup>35</sup> Comienza a partir del día siguiente del término de la pensión temporal y estará vigente hasta que el pensionado cumpla 65 años y 25 años de cotización. La pensión se cubrirá mediante la contratación de un seguro de pensión con una aseguradora.

---

<sup>33</sup> Artículo 118 de la Ley del ISSSTE.

<sup>34</sup> Artículo 119 de la Ley del ISSSTE.

<sup>35</sup> Artículo 120 de la Ley del ISSSTE.

La pensión que obtendrá el trabajador será igual a una cuantía básica de 35 por ciento del promedio del sueldo básico del último año inmediato anterior a la fecha de la baja del trabajador, la cuantía de este beneficio será hasta por un monto máximo de 10 veces el salario mínimo.<sup>36</sup>

El trabajador puede elegir a la aseguradora de su preferencia para contratar el seguro de pensión cuando ésta sea definitiva. El Instituto calculará el monto necesario, conforme a las reglas emitidas por la CNSF y, el propio Instituto entregará dicha suma a la aseguradora elegida por el trabajador.<sup>37</sup>

La renta otorgada al pensionado por invalidez debe cubrir:

- La pensión.
- Las cuotas y aportaciones a la cuenta individual del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez en los términos de la Ley del ISSSTE.

Es responsabilidad de la aseguradora elegida realizar el pago mensual de la pensión y de la gratificación anual, así como del pago bimestral de las cuotas y aportaciones correspondientes al Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez en la cuenta individual del pensionado.<sup>38</sup>

Terminada la vigencia del contrato de seguro de pensión, el trabajador recibirá su pensión de vejez, en caso de que no reúna los requisitos correspondientes, recibirá la pensión garantizada.

**Muerte<sup>39</sup>**

Cuando un trabajador fallece por causas ajenas al servicio, siempre que haya cotizado al Instituto al menos por tres años, da origen a las pensiones de viudez, concubinato, orfanidad o ascendencia en su caso, de acuerdo al siguiente orden:<sup>40</sup>

<sup>36</sup> Artículo 121 de la Ley del ISSSTE.  
<sup>37</sup> Artículo 122 de la Ley del ISSSTE.  
<sup>38</sup> Artículo 123 de la Ley del ISSSTE.  
<sup>39</sup> Artículo 129 de la Ley del ISSSTE.  
<sup>40</sup> Artículo 131 de la Ley del ISSSTE.

IFA 2014

- a) Al cónyuge sobreviviente, sólo si no hay hijos, o en concurrencia con éstos si los hay y son menores de 18 años, o mayores, pero que estén incapacitados o imposibilitados parcial o totalmente para trabajar; o bien hasta 25 años previa comprobación de que están realizando estudios de nivel medio o superior y que no tengan trabajo;
- b) A falta de cónyuge, la concubina o concubinario, sólo o en concurrencia con los hijos o éstos solos cuando reúnan las condiciones señaladas con anterioridad, siempre que la concubina haya tenido hijos con el trabajador o pensionado o el concubinario con la trabajadora o pensionada o haya vivido en su compañía durante los cinco años que precedieron a su muerte y ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato. Si al morir el trabajador o pensionado tuviere varias concubinas o la trabajadora o pensionada tuviere varios concubinarios, ninguno tendrá derecho a pensión;
- c) A falta de cónyuge, hijos, concubina o concubinario, la pensión se entregará a la madre o padre conjunta o separadamente y a falta de éstos a los demás ascendientes, en caso de que hubiesen dependido económicamente del trabajador o pensionado;
- d) Los hijos adoptivos sólo tendrán derecho a la pensión por orfandad, cuando la adopción se haya hecho por el trabajador o pensionado antes de haber cumplido 55 años de edad.

Los familiares derechohabientes del trabajador o pensionado fallecido, en el orden establecido, tienen derecho a una pensión equivalente a 100 por ciento de la que hubiese correspondido al trabajador por invalidez o de la pensión que venía disfrutando el pensionado, y a la misma gratificación anual a que tuviera derecho el pensionado.<sup>41</sup>

<sup>41</sup>Artículo 132 de la Ley del ISSSTE.

Cuando fallezca un pensionado, la aseguradora que se haya encargado del pago de la pensión entregará a sus deudos o a las personas que se hubiesen hecho cargo de la inhumación, el importe de 120 días de pensión por concepto de gastos de funerales.<sup>42</sup>

El saldo acumulado en la cuenta individual del trabajador o pensionado, por riesgos del trabajo o invalidez, fallecido, podrá ser retirado por sus familiares derechohabientes en una sola exhibición o ser utilizado para contratar un seguro de pensión que les otorgue una renta por una suma mayor.<sup>43</sup>

### 1.3. Seguro de Riesgos del Trabajo

El Seguro de Riesgos del Trabajo se estableció con objeto de cubrir los accidentes y enfermedades a los que están expuestos los trabajadores en el ejercicio o con motivo del trabajo, así como durante el traslado de su domicilio o de la estancia de bienestar infantil de sus hijos, al lugar en que desempeñe su trabajo y viceversa.<sup>44</sup>

Las prestaciones en dinero que concede este seguro serán cubiertas íntegramente con la aportación a cargo de las Dependencias y Entidades, y las prestaciones en especie serán cubiertas íntegramente por el Seguro de Salud.<sup>45</sup>

El Instituto cubre al trabajador en caso de que un riesgo del trabajo le produzca incapacidad o muerte.

La incapacidad se divide en:<sup>46</sup>

A) *Incapacidad temporal*: cuando el riesgo del trabajo genere pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten al trabajador, parcial o totalmente, el desempeño de sus labores.

42 Artículo 138 de la Ley del ISSSTE.  
43 Artículo 129 de la Ley del ISSSTE.  
44 Artículo 56 de la Ley del ISSSTE.  
45 Artículo 57 de la Ley del ISSSTE.  
46 Artículo 56 de la Ley del ISSSTE.



IFA 2014

- B) *Incapacidad parcial*: cuando el riesgo del trabajo provoque la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar.
- C) *Incapacidad total*: el riesgo del trabajo provoca la pérdida de las facultades o aptitudes de una persona, imposibilitándola a desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.

Como se muestra en la Tabla 64, el trabajador que sufra un riesgo del trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones tanto en dinero como en especie.<sup>47</sup>

**Tabla 64. Prestaciones en especie y en dinero para los trabajadores que sufran un riesgo del trabajo**

Tipo de incapacidad	Prestaciones en	
	Dinero	Especie
Incapacidad temporal:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Dependencia otorga licencia con goce de 100% del sueldo, hasta que termine la incapacidad cuando ésta sea temporal, o bien hasta que se declare la incapacidad permanente del trabajador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico, asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica;</li> </ul>
Incapacidad parcial:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensión conforme a la tabla de valuación de incapacidades de la Ley Federal del Trabajo, atendiendo al Sueldo Básico que percibía el trabajador al ocurrir el riesgo y los aumentos posteriores que correspondan al empleo que desempeñaba hasta determinarse la pensión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicio de hospitalización;</li> </ul>
Incapacidad total:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pensión vigente hasta que cumpla 65 años, mediante la contratación de un seguro de pensión que le otorgue una renta, igual al sueldo básico que venía disfrutando el trabajador al presentarse el riesgo, cualquiera que sea el tiempo que hubiere estado en funciones. La cuantía de este beneficio será hasta por un monto máximo de 10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aparatos de prótesis y ortopedia y</li> <li>▪ Rehabilitación.</li> </ul>

<sup>47</sup> Artículo 62 de la Ley del ISSSTE.

Especie	Prestaciones en Dinero	Tipo de Incapacidad
	x Gratificación anual igual en número de días a las veces el salario mínimo. concedidas a los trabajadores en activo de la Administración Pública Federal.	

Fuente: Artículo 62 de la Ley del ISSSTE.

El trabajador puede elegir la aseguradora que prefiera para el pago del seguro de pensión. La renta otorgada al pensionado incapacitado debe cubrir:

- La pensión
- Las cuotas y aportaciones a la cuenta individual del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez en los términos de la Ley.

Terminada la vigencia del contrato de seguro de pensión, si el trabajador reúne los requisitos correspondientes tendrá derecho a recibir su pensión de vejez, de lo contrario recibirá la pensión garantizada.<sup>48</sup>

#### 1.4. Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez

Este seguro se basa en un esquema de contribución definida, por lo que el monto de la pensión dependerá del saldo acumulado en su cuenta individual, al final de la vida laboral del trabajador, la expectativa de vida que se tenga al momento de la jubilación y del grupo familiar.

Para los efectos de este seguro, todo trabajador debe contar con una cuenta individual operada por la administradora que elija. La cuenta individual se integrará por las siguientes subcuentas:<sup>49</sup>

- Retiro

<sup>48</sup> Artículo 63 de la Ley del ISSSTE.

<sup>49</sup> Artículo 76 de la Ley del ISSSTE.

## IFA 2014

- Cesantía en edad avanzada y vejez
- Fondo de Vivienda
- Ahorro Solidario
- Aportaciones complementarias de retiro
- Aportaciones Voluntarias
- Ahorro a largo plazo

Las cuotas, aportaciones, y los recursos correspondientes al ahorro solidario se depositan en la cuenta individual de cada trabajador y el saldo de ésta estará en función del sueldo básico del trabajador, su carrera salarial, los rendimientos obtenidos por la inversión de las contribuciones y las comisiones que cobren las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE) por su administración.

Para gozar de los beneficios de este seguro, el trabajador debe reunir los siguientes requisitos de edad y antigüedad, dependiendo del tipo de pensión:

- A) *Pensión por Cesantía en edad avanzada*,<sup>50</sup> se deberá contar con 60 años de edad y 25 años de servicio.
- B) *Pensión por Vejez*,<sup>51</sup> se deberá contar con 65 años de edad y 25 años de servicio.

Para disfrutar de su pensión, los trabajadores pueden optar por alguna de las siguientes alternativas:<sup>52</sup>

- Renta vitalicia: contratar con la aseguradora de su elección, un seguro de pensión que le otorgue una renta vitalicia, la cual se actualizará anualmente en el mes de febrero conforme al INPC.

<sup>50</sup>Artículo 84 de la Ley del ISSSTE.

<sup>51</sup>Artículo 89 de la Ley del ISSSTE.

<sup>52</sup>Artículos 87 y 91 de la Ley del ISSSTE.

- Retiro programado: mantener el saldo de su cuenta individual en el PENSIONISSSTE o en una AFORE y efectuar el retiro programado con cargo a dicho saldo.

Por otra parte, el trabajador que cumpla con los requisitos de edad pero que no reúna los años de cotización, puede retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir los años necesarios para que opere su pensión.<sup>53</sup>

Los trabajadores tienen derecho a un seguro de retiro antes de cumplir los requisitos de edad y antigüedad establecidos en la Ley, siempre y cuando la pensión que se le calcule en el sistema de renta vitalicia sea superior en más de 30 por ciento a la pensión garantizada, una vez cubierto el seguro de sobrevivencia para sus familiares derechohabientes. La renta vitalicia se actualizará anualmente en el mes de febrero conforme al INPC.

De igual manera, el pensionado puede elegir recibir el excedente de los recursos acumulados en su cuenta individual en una o varias exhibiciones, solamente si la pensión que se le otorgue es superior en más de 30 por ciento a la pensión garantizada, una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia para sus familiares derechohabientes.<sup>54</sup>

El pensionado por cesantía en edad avanzada o vejez debe adquirir, con cargo a los recursos acumulados en su cuenta individual, un seguro de sobrevivencia en favor de sus familiares derechohabientes, en los términos que establece la sección de pensión por causa de muerte del Seguro de Invalidez y Vida.<sup>55</sup>

### 1.5. Pensión garantizada

Es aquella que el estado asegura a quienes reúnen los requisitos señalados para obtener una pensión por cesantía en edad avanzada o vejez. Si los recursos acumulados en la cuenta individual resultan insuficientes para contratar una renta por el monto de la

<sup>53</sup> Artículos 84 y 89 de la Ley del ISSSTE.  
<sup>54</sup> Artículo 80 de la Ley del ISSSTE.  
<sup>55</sup> Artículo 81 de la Ley del ISSSTE.

## IFA 2014

pensión garantizada, el Gobierno Federal realizará una aportación complementaria suficiente para el pago de la pensión correspondiente.<sup>56</sup>

A la muerte del pensionado por cesantía en edad avanzada o vejez, que estuviere gozando de una pensión garantizada, el Gobierno Federal, por conducto de quien determine la SHCP, podrá contratar una renta que cubra la pensión correspondiente a favor de los familiares derechohabientes con la aseguradora que éstos elijan o bien, pagar las pensiones conforme al mismo procedimiento utilizado para el pago de la pensión garantizada.<sup>57</sup>

El pago de la pensión garantizada será suspendido cuando el pensionado reingrese a un trabajo sujeto al régimen obligatorio de la Ley del Instituto o de la Ley del Seguro Social.

La pensión que corresponda a los familiares derechohabientes del pensionado fallecido se entregará a éstos aun cuando estuvieran gozando de otra pensión de cualquier naturaleza.<sup>58</sup>

### **1.6. Ahorro Solidario para el Incremento de las pensiones**

Como incentivo al ahorro, las Dependencias y Entidades en la que presten sus servicios los trabajadores, estarán obligados a depositar en la subcuenta de ahorro solidario que se abra al efecto en su cuenta individual, 3.25 pesos por cada peso que ahorren los trabajadores, con un tope máximo de 6.5 por ciento del sueldo básico del trabajador. Los trabajadores podrán optar por que se les descuente hasta 2 por ciento de su sueldo básico, para ser acreditado en la subcuenta referida.<sup>59</sup>

<sup>56</sup> Artículos 92 y 93 de la Ley del ISSSTE.

<sup>57</sup> Artículo 95 de la Ley del ISSSTE.

<sup>58</sup> Artículo 96 de la Ley del ISSSTE.

<sup>59</sup> Artículo 100 de la Ley del ISSSTE.

2. Prestaciones y servicios

2.1. Sistema Integral de Crédito

2.1.1. Personales<sup>60</sup>

Como apoyo al consumo, el Instituto otorga a sus trabajadores y pensionados préstamos personales e hipotecarios a través del Sistema Integral de Crédito, y de conformidad con el programa anual que autoriza la Junta Directiva del Instituto, con base en la revolventia del propio fondo y sólo a quienes tengan un mínimo de seis meses de antigüedad de incorporación total al régimen de seguridad social. La Tabla 65 muestra los cuatro tipos de préstamos:

Tabla 65. Tipos de préstamos personales

Tipo de préstamo	Monto máximo	Plazo de pago máximo
Ordinarios	Cuatro meses del Sueldo Básico, de acuerdo con la antigüedad de quien lo solicite.	48 quincenas
Especiales	Seis meses del Sueldo Básico, de acuerdo con la antigüedad de quien lo solicite.	48 quincenas
Para adquisición de bienes de uso duradero	Ocho meses del Sueldo Básico, de acuerdo con la antigüedad de quien lo solicite.	72 quincenas
Extraordinarios para damnificados por desastres naturales	Su monto será establecido por la Junta Directiva del Instituto.	120 quincenas

Fuente: Artículo 157 de la Ley del ISSSTE.

El Instituto determinará trimestralmente la tasa de interés aplicada a los créditos personales, de tal manera que el rendimiento efectivo del monto prestado, no sea inferior a 1.25 veces la tasa de los certificados de la Tesorería de la Federación con vencimiento a 28 días.

<sup>60</sup>Artículo 162 de la Ley del ISSSTE.

## IFA 2014

### **2.1.2. Crédito para vivienda**

Además de los préstamos personales los trabajadores del ISSSTE tienen derecho a préstamos hipotecarios y financiamiento para vivienda, dichos préstamos se harán por una sola vez de conformidad con el Artículo 179 de la Ley.<sup>61</sup>

Los recursos afectos al fondo de la vivienda se destinarán al otorgamiento de créditos a los trabajadores que sean titulares de las subcuentas del fondo de la vivienda de las cuentas individuales y que tengan depósitos constituidos a su favor, por más de 18 meses en el Instituto para adquirir, construir, reparar, ampliar o mejorar la vivienda nueva o usada, o al pago de los pasivos contraídos por cualquiera de los conceptos anteriores.<sup>62</sup>

Al momento en que el trabajador reciba un crédito para vivienda, el saldo de la subcuenta del fondo de la vivienda de su cuenta individual se aplicará como pago inicial de alguno de los conceptos anteriores y durante la vigencia del crédito concedido al trabajador. Las aportaciones que se efectúen a la subcuenta citada con posterioridad al otorgamiento del crédito, se aplicarán a cubrir el saldo insoluto del crédito que haya otorgado el fondo de la vivienda.<sup>63</sup>

Si el trabajador no ha ejercido su derecho a un crédito a través del fondo de la vivienda al momento del retiro, los recursos de la subcuenta del fondo de la vivienda se integrarán con la subcuenta del Seguro de Retiro Cesantía en Edad Avanzada y Vejez de su cuenta individual para la adquisición de la renta vitalicia o retiro programado, o bien será entregado en una sola exhibición de acuerdo con los lineamientos de la Ley del ISSSTE.<sup>64</sup>

<sup>61</sup>Artículo 167 de la Ley del ISSSTE.

<sup>62</sup>Artículos 168 y 169 de la Ley del ISSSTE.

<sup>63</sup>Artículo 176 de la Ley del ISSSTE.

<sup>64</sup>Artículo 192 de la Ley del ISSSTE.

**2.2. Servicios Sociales y Culturales**

**2.2.1 Servicios Sociales**

El Instituto promueve patrones racionales y sanos de consumo a través de la prestación de servicios sociales que contribuyan al apoyo asistencial y a la protección del poder adquisitivo del salario del trabajador.<sup>65</sup>

De acuerdo con las posibilidades financieras del Fondo de Servicios Sociales y Culturales, proporcionará los siguientes servicios sociales:<sup>66</sup>

- Programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar;
- Servicios turísticos;
- Servicios funerarios; y
- Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil.

**2.2.2 Servicios Culturales**

El Instituto proporciona servicios culturales, encaminados a cuidar y fortalecer la salud mental e integración familiar y social del trabajador, y su desarrollo futuro, mediante programas culturales, recreativos y deportivos a través de los siguientes servicios:<sup>67</sup>

- Programas culturales;
- Programas educativos y de capacitación;
- Atención a jubilados, pensionados y discapacitados; y
- Programas de fomento deportivo.

<sup>65</sup> Artículo 195 de la Ley del ISSSTE.

<sup>66</sup> Artículo 196 de la Ley del ISSSTE.

<sup>67</sup> Artículos 197 y 198 de la Ley del ISSSTE.



## IFA 2014

### **Régimen voluntario**

La Ley del ISSSTE brinda la oportunidad de que el trabajador, que deje de prestar sus servicios en alguna Entidad o Dependencia, pueda solicitar la continuación voluntaria en todos o alguno de los seguros del régimen obligatorio, con excepción del Seguro de Riesgos del Trabajo. El trabajador que lo desee, deberá cubrir íntegramente las cuotas y aportaciones que correspondan.

Para el caso del Seguro de Salud, se requerirá que el trabajador acredite haber laborado cuando menos cinco años en alguna dependencia o entidad incorporada al Instituto.<sup>68</sup>

La continuación voluntaria terminará por declaración expresa del interesado, al dejar de pagar las cuotas y aportaciones en los plazos determinados o al ingresar nuevamente al régimen obligatorio.<sup>69</sup>

Asimismo, el Instituto puede celebrar convenios de incorporación total con los gobiernos de las Entidades Federativas o de los municipios y sus Dependencias y Entidades, a fin de que sus trabajadores y familiares derechohabientes reciban los seguros, prestaciones y servicios del régimen obligatorio de la Ley del ISSSTE.<sup>70</sup>

### **Transitorios**

A la fecha de entrada en vigor de la Ley, los trabajadores que se encontraban cotizando al régimen del Instituto conservaron su antigüedad y tuvieron la opción de elegir el régimen entre:<sup>71</sup>

- Permanecer en el régimen de pensiones de reparto de acuerdo a lo establecido en el Artículo Décimo Transitorio.

<sup>68</sup>Artículo 200 de la Ley del ISSSTE.

<sup>69</sup>Artículo 202 de la Ley del ISSSTE.

<sup>70</sup>Artículo 204 de la Ley del ISSSTE.

<sup>71</sup>Artículo Cuarto Transitorio de la Ley del ISSSTE.

▪ Migrar al esquema de cuentas individuales a través de la acreditación de un bono de pensión;<sup>72</sup>

El plazo para la elección del régimen fue de seis meses a partir del 1 de enero de 2008, periodo en el cual los trabajadores ya debían contar con la información pertinente para realizar su elección.<sup>73</sup>

**Artículo Décimo Transitorio**

A los trabajadores que no opten por la acreditación de bonos de pensión del ISSSTE, se les aplicarán las siguientes modalidades:

**A partir del 1 de enero de 2010:**

A) Los trabajadores tendrán derecho a pensión conforme a los requisitos mínimos de edad. La Tabla 66 detalla la edad mínima por tipo de pensión:

**Tabla 66. Edad mínima de pensiones por jubilación, edad y tiempo de servicio, cesantía en edad avanzada**

Años	Jubilación	Trabajadoras 2/ Edad y tiempo	Cesantía en edad avanzada 4/ Edad y tiempo
2010 y 2011	51	49	56
2012 y 2013	52	50	57
2014 y 2015	53	51	58
2016 y 2017	54	52	59
2018 y 2019	55	53	60
2020 y 2021	56	54	60
2022 y 2023	57	55	60
2024 y 2025	58	56	60
2026 y 2027	59	57	60
2028 en adelante	60	58	65

Notas: 1/ 30 años de cotización.  
2/ 28 años de cotización.  
3/ Al menos 15 años de cotización.  
4/ Al menos 10 años de cotización.

Fuente: Artículo Décimo Transitorio, fracción II, incisos a, b y c de la Ley del ISSSTE.

<sup>72</sup> Artículo Quinto Transitorio de la Ley del ISSSTE.  
<sup>73</sup> Artículo Séptimo Transitorio de la Ley del ISSSTE.

## IFA 2014

- La pensión por jubilación dará derecho al pago de 100 por ciento del salario pensionable.
- Con 55 años de edad o más y 15 años de cotización o más, se tendrá derecho a una pensión de retiro por edad y tiempo de servicios.

El monto de la pensión de retiro por edad y tiempo de servicios será equivalente a un porcentaje del sueldo pensionable, la Tabla 67 presenta los porcentajes aplicables.

**Tabla 67. Porcentaje aplicable a las pensiones de retiro por edad y tiempo de servicios**

Años de servicios	Porcentaje del sueldo
15	50
16	52.5
17	55
18	57.5
19	60
20	62.5
21	65
22	67.5
23	70
24	72.5
25	75
26	80
27	85
28	90
29	95

Fuente: Artículo Décimo Transitorio, fracción II, inciso b de la Ley del ISSSTE.

A partir de los 60 años de edad y que hayan cotizado por un mínimo de 10 años al Instituto, el trabajador tendrá derecho a pensión por cesantía en edad avanzada, la cual será equivalente a un porcentaje del sueldo pensionable. La Tabla 68 especifica los porcentajes que deben ser aplicados.

**Tabla 68. Porcentaje aplicable a las pensiones por cesantía en edad avanzada**

Años de edad	Porcentaje del sueldo
60	40
61	42
62	44
63	46

Años de edad	Porcentaje del sueldo
64	48
65 o más	50

Fuente: Artículo Décimo Transitorio, Fracción II, inciso c de la Ley del ISSSTE.

Para efectos del cálculo de la cuantía de las pensiones anteriores, el salario pensionable es el promedio del sueldo básico disfrutado en el último año inmediato anterior a la fecha de la baja del trabajador, siempre y cuando el trabajador tenga una antigüedad mínima en el mismo puesto y nivel de tres años. Si el trabajador tuviera menos de tres años ocupando el mismo puesto y nivel, se tomará en cuenta el sueldo inmediato anterior a dicho puesto que hubiere percibido el trabajador, sin importar su antigüedad.

- Los trabajadores de esta generación de transición, en caso de sufrir un riesgo del trabajo, y sus familiares derechohabientes, en caso de su fallecimiento a consecuencia de un riesgo del trabajo, tendrán derecho a una pensión en los términos de lo dispuesto por el Seguro de Riesgos del Trabajo.
- Asimismo, en caso de invalidez, estarán sujetos a un periodo mínimo de cotización de 15 años para tener derecho a la pensión, misma que se otorgará como un porcentaje del promedio del sueldo básico disfrutado en el año inmediato anterior.

Las pensiones que se otorguen a los trabajadores que opten por el esquema establecido en el Artículo Décimo Transitorio, así como el costo de su administración estarán a cargo del Gobierno Federal.

## Financiamiento

Los seguros, servicios y prestaciones anteriormente descritos, obtienen su financiamiento principalmente de la recaudación de cuotas y aportaciones tripartitas. La Tabla 69 desglosa las contribuciones correspondientes.

IFA 2014

**Tabla 69. Contribuciones al ISSSTE como porcentaje del sueldo básico**

Seguro/prestación	Trabajadores	Dependencias y Entidades	Gobierno Federal
Salud trabajadores en activo	2.750%	7.375%	Cuota Social1/
Salud pensionados	0.625%	0.720%	
Riesgos del Trabajo	No aplica	0.750%	-
Retiro		2.000 %	
Cesantía en Edad Avanzada y Vejez	6.125%	3.175 %	Cuota Social2/
Invalidez y Vida	0.625%	0.625%	-
Servicios Sociales y Culturales	0.500%	0.500%	-
Fondo de la Vivienda	-	5.00%	-
Ahorro Voluntario	Hasta 2% del Salario	3.25 pesos por cada peso que ahorren los trabajadores	-

Notas: 1/ Equivalente al 13.9% del Salario Mínimo del Distrito Federal de Junio de 1997 (SMDF97).

2/ Equivalente al 5.5% del SMDF97.

Fuente: Artículos 42, 102 y 142 de la Ley del ISSSTE.

Las cuotas y aportaciones se depositarán en las respectivas subcuentas de la cuenta individual de cada trabajador.

Es importante mencionar que la reforma de la Ley contempló un ajuste gradual a la cuota social del Seguro de Salud y del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo Trigésimo y Trigésimo Primero Transitorio de la Ley del ISSSTE.

## Anexo II. Hipótesis actuariales y económicas

Para el desarrollo de los estudios actuariales se requieren diversos supuestos en el terreno demográfico, financiero y de composición familiar que, en términos genéricos, se denominan hipótesis actuariales y económicas.

La información estadística detallada el esquema de beneficios establecido en la Ley del ISSSTE, las hipótesis actuariales y demás insumos básicos, permiten predecir el comportamiento futuro de ingresos y egresos de cada cobertura.

Los resultados de los cálculos actuariales permiten al Instituto prever situaciones que puedan poner en riesgo la viabilidad financiera. Las estimaciones no deben interpretarse de manera puntual, ya que dependen de una serie de hipótesis y supuestos que pueden no cumplirse, dependiendo de la dinámica demográfica y financiera que se observe en el futuro.

En la Tabla 70 se presentan las principales hipótesis y supuestos de cálculo, adoptados para la determinación de los resultados contenidos en este Informe y que configuran el que hemos denominado el escenario base, para cada uno de los seguros que le corresponde administrar al Instituto:

Variable	Hipótesis
Bases biométricas para proyección demográfica de trabajadores y pensionados	Tablas de experiencia ISSSTE.
Bases biométricas para pago de beneficios pensionarios	Tablas de experiencia demográfica de la mortalidad de la seguridad social para el capital mínimo de garantía 2009 para pensionados no inválidos y 2012 para pensionados inválidos e incapacitados.
Tasa de incremento anual del número de trabajadores	Considera un vector de tasa de incremento con base en las proyecciones de la población económicamente activa para el periodo 2014-2040 llegando en este último año a 0.10%, dicho porcentaje se utilizará hasta el final de las proyecciones.
Tasa de incremento anual del sueldo básico de los trabajadores	Constante de 1.0% real anual para todo el periodo proyectado (2014-2113).
Tasa de incremento anual del costo unitario de servicios médicos	El incremento considerado es de 2% real anual constante para el periodo proyectado (2014-2113).
Costos per cápita del seguro médico por edad y género	Vector de costo médico per cápita utilizado en la valuación 2011, actualizado con base en la composición de trabajadores y pensionados, así como al gasto revelado en el Estado de Actividades al 31 de diciembre de 2013.
Sueldos promedio	Vector de sueldos promedio por edad con base en la experiencia del Instituto.
Tasa de inversión de reservas	3% anual, en términos reales.
Tasa de rendimiento de cuentas individuales	3% real anual.

IFA 2014

Variable	Hipótesis
Tasa de descuento para valor presente de flujos (balance actuarial)	3% real anual.
Tasa de referencia para cálculo de montos constitutivos	2.75% real anual.
Tasa de inflación	Vector de Tasa de inflación considerando para 2014 una inflación de 4.09% anual; disminuyendo a 3.43% en 2019, esto con base en la "Encuesta sobre las expectativas de los especialistas en economía" publicado por el Banco de México en febrero de 2014.
Otros factores	Densidad de cotización: 100%. Porcentaje de incapacidad: 50%.

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

**Vector de costo per cápita para el escenario base del Seguro de Salud**

El vector de costos per cápita de los servicios de salud, que se presenta en la Tabla 71, se construyó en 2010 con base en la experiencia institucional, este vector permite determinar el gasto promedio por derechohabiente, de acuerdo con su edad y género para el servicio de salud.

**Tabla 71. Vector de costos per cápita por edad y género para el escenario base**

Edad	Hombre	Mujer	Edad	Hombre	Mujer	Edad	Hombre	Mujer
0	1,765.53	1,591.22	35	1,355.60	2,291.58	70	7,665.59	11,869.90
1	1,639.61	1,462.94	36	1,451.04	2,494.46	71	7,835.92	12,148.23
2	1,524.27	1,347.64	37	1,556.84	2,726.84	72	8,005.92	12,426.51
3	1,419.07	1,244.99	38	1,673.43	2,990.02	73	8,175.64	12,704.80
4	1,323.60	1,154.68	39	1,801.21	3,285.30	74	8,345.13	12,983.11
5	1,237.44	1,076.37	40	1,940.61	3,613.98	75	8,514.42	13,261.50
6	1,160.16	1,009.76	41	2,092.06	3,977.37	76	8,683.55	13,539.98
7	1,091.34	954.51	42	2,255.96	4,376.78	77	8,852.55	13,818.57
8	1,030.58	910.31	43	2,432.75	4,813.50	78	9,021.44	14,097.31
9	977.43	876.82	44	2,622.84	5,288.83	79	9,190.24	14,376.20
10	931.50	853.74	45	2,826.65	5,804.09	80	9,358.99	14,655.26
11	892.34	840.73	46	3,044.61	6,298.02	81	9,527.69	14,934.51
12	859.55	837.48	47	3,277.13	6,633.64	82	9,696.37	15,213.96
13	832.71	843.66	48	3,524.63	6,932.71	83	9,865.03	15,493.62
14	811.38	858.95	49	3,787.53	7,195.23	84	10,033.69	15,773.50

Edad	Hombre	Mujer	Edad	Hombre	Mujer
15	795.16	883.03	50	4,209.78	7,421.20
16	783.63	915.57	51	4,355.48	7,610.62
17	776.35	956.26	52	4,468.56	7,763.50
18	772.92	1,004.77	53	4,669.10	7,972.53
19	772.90	1,060.78	54	4,910.63	8,146.89
20	775.89	1,123.96	55	5,081.88	8,285.29
21	781.46	1,194.00	56	5,294.32	8,391.12
22	789.19	1,270.57	57	5,431.44	8,592.16
23	798.66	1,353.35	58	5,608.98	8,691.55
24	809.45	1,442.02	59	5,767.02	8,784.52
25	878.48	1,536.25	60	5,903.79	9,069.01
26	893.45	1,577.92	61	6,076.10	9,352.17
27	914.57	1,573.98	62	6,281.26	9,634.23
28	942.27	1,587.81	63	6,457.52	9,915.41
29	976.96	1,620.71	64	6,632.54	10,195.86
30	1,019.07	1,673.99	65	6,806.52	10,475.73
31	1,069.02	1,748.94	66	6,979.62	10,755.13
32	1,127.23	1,846.87	67	7,151.98	11,034.17
33	1,194.11	1,969.09	68	7,323.69	11,312.93
34	1,270.10	2,116.89	69	7,494.87	11,591.49

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.

### Vector de costo per capita para el escenario de sensibilidad del Seguro de Salud

Para determinar el costo per capita por edad y sexo del gasto médico, se utilizaron las siguientes variables: I) el gasto reportado en los Estados Financieros del Instituto al 31 de diciembre de 2013; II) el número de trabajadores, pensionados y familiares y derechohabientes vigentes al cierre del mismo año; y, III) la tarifa de gasto médico propuesta por Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas S.A. de C.V., en la cual se refleja el incremento esperado del gasto en relación a la edad de cada derechohabiente.<sup>74</sup> La Tabla 72 muestra el vector utilizado para calcular el gasto promedio por edad, que se construyó con base en lo mencionado en el párrafo anterior.

<sup>74</sup>La tabla de morbilidad propuesta por Lockton es la utilizada en la tarifa de salud en el sector asegurador, en poblaciones de pensionados.



IFA 2014

**Tabla 72. Vector de costos per cápita por edad y género para el escenario de sensibilidad**

Edad	Hombre	Mujer	Edad	Hombre	Mujer	Edad	Hombre	Mujer
0	2,543	2,073	35	2,498	3,593	70	10,580	9,490
1	2,398	1,974	36	2,591	3,692	71	10,922	9,896
2	2,253	1,874	37	2,685	3,791	72	11,265	10,303
3	2,108	1,774	38	2,778	3,890	73	11,607	10,709
4	1,962	1,675	39	2,872	3,990	74	11,949	11,116
5	1,817	1,575	40	2,965	4,089	75	12,291	11,522
6	1,736	1,499	41	3,116	4,194	76	12,411	11,888
7	1,656	1,423	42	3,266	4,300	77	12,530	12,254
8	1,575	1,347	43	3,417	4,406	78	12,649	12,620
9	1,494	1,271	44	3,567	4,512	79	12,768	12,986
10	1,413	1,195	45	3,718	4,618	80	12,887	13,352
11	1,432	1,255	46	3,898	4,702	81	13,164	13,422
12	1,451	1,316	47	4,078	4,787	82	13,441	13,492
13	1,470	1,376	48	4,259	4,871	83	13,717	13,561
14	1,489	1,436	49	4,439	4,956	84	13,994	13,631
15	1,508	1,497	50	4,619	5,040	85	14,271	13,701
16	1,517	1,640	51	4,783	5,197	86	14,734	14,036
17	1,527	1,784	52	4,947	5,354	87	15,197	14,371
18	1,536	1,928	53	5,111	5,511	88	15,660	14,707
19	1,545	2,071	54	5,275	5,668	89	16,123	15,042
20	1,554	2,215	55	5,439	5,825	90	16,123	15,042
21	1,618	2,323	56	5,633	5,997	91	16,123	15,042
22	1,682	2,432	57	5,826	6,169	92	16,123	15,042
23	1,746	2,540	58	6,020	6,342	93	16,123	15,042
24	1,810	2,649	59	6,213	6,514	94	16,123	15,042
25	1,874	2,757	60	6,407	6,686	95	16,123	15,042
26	1,961	2,836	61	6,810	6,878	96	16,123	15,042
27	2,049	2,914	62	7,213	7,070	97	16,123	15,042
28	2,136	2,993	63	7,616	7,261	98	16,123	15,042
29	2,224	3,072	64	8,019	7,453	99	16,123	15,042
30	2,311	3,150	65	8,422	7,645	100	16,123	15,042
31	2,349	3,239	66	8,854	8,014			
32	2,386	3,327	67	9,286	8,383			
33	2,423	3,416	68	9,717	8,752			
34	2,460	3,504	69	10,149	9,121			

Fuente: Lockton México Agente de Seguros y de Fianzas S.A. de C.V.

**Simulación del vector de oferta para el escenario de sensibilidad de los seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo**

Para realizar la proyección y cuantificar el impacto que tiene la tasa de oferta en los seguros del Instituto, es necesario contar con un vector que capture la información histórica y con estos datos proyecte su comportamiento futuro.

Para obtener dicho vector se empleó un método de simulación que consiste en hacer uso de los valores reales de tasa de oferta, publicados por la CNSF y empleando técnicas de simulación, para generar un número representativo de datos que aproximen e imiten el comportamiento de los valores reales, entre mayor sea el número de observaciones que se generen para analizar los rangos y tendencia de la tasa de oferta, más preciso será el valor estimado, por lo que se emplearon más de 1.3 millones de datos.

Dichos datos fueron concentrados en grupos anualizados para obtener una tasa de oferta anual estimada en los próximos 100 años. La Tabla 73, muestra los resultados para cada año de proyección:

**Tabla 73. Tasa de oferta estimada**

Año	Tasa estimada	Año	Tasa estimada	Año	Tasa estimada
2014	2.76%	2048	2.31%	2082	2.26%
2015	2.12%	2049	2.50%	2083	2.59%
2016	2.18%	2050	2.01%	2084	1.94%
2017	1.70%	2051	2.23%	2085	2.03%
2018	2.00%	2052	1.86%	2086	1.96%
2019	2.06%	2053	2.69%	2087	2.12%
2020	2.02%	2054	1.97%	2088	1.50%
2021	2.09%	2055	2.03%	2089	2.17%
2022	2.42%	2056	2.10%	2090	2.35%
2023	2.27%	2057	2.30%	2091	2.14%
2024	2.03%	2058	1.68%	2092	1.98%
2025	2.59%	2059	1.87%	2093	2.09%
2026	1.97%	2060	2.17%	2094	1.91%
2027	1.63%	2061	2.28%	2095	2.42%
2028	2.41%	2062	2.16%	2096	2.11%
2029	2.12%	2063	2.29%	2097	2.14%
2030	1.86%	2064	2.39%	2098	1.82%

INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL

IFA 2014

Año	Tasa estimada	Año	Tasa estimada	Año	Tasa estimada
2031	2.07%	2065	1.93%	2099	2.09%
2032	2.42%	2066	1.75%	2100	2.36%
2033	2.01%	2067	1.87%	2101	1.71%
2034	2.36%	2068	2.08%	2102	1.85%
2035	1.77%	2069	1.88%	2103	1.75%
2036	1.96%	2070	1.88%	2104	1.89%
2037	2.02%	2071	2.30%	2105	2.13%
2038	2.47%	2072	1.85%	2106	2.22%
2039	1.79%	2073	1.81%	2107	2.36%
2040	2.50%	2074	2.29%	2108	2.19%
2041	2.34%	2075	2.06%	2109	2.10%
2042	2.05%	2076	2.05%	2110	2.02%
2043	2.13%	2077	1.92%	2111	1.73%
2044	1.70%	2078	1.87%	2112	2.46%
2045	1.84%	2079	1.82%	2113	2.10%
2046	1.79%	2080	1.74%	2114	2.28%
2047	2.13%	2081	2.06%	2115	2.32%

Fuente: Cálculos actuariales al 31 de diciembre de 2013.



## CARTA DE ENTREGA



06 de junio de 2014

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado  
Insurgentes Sur 476-9° piso, Col. Roma Sur,  
Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06760 México, D.F.

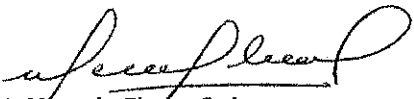
**Mtro. Julio Cesar Cervantes Parra**  
Subdirector de Aseguramiento de la Salud

Con base en lo establecido en el contrato plurianual LPN-CS-DA-SRMS-115/2014 correspondiente a la prestación del servicio para la "Asesoría Financiera y Actuarial que Incluya la elaboración del Informe Financiero y Actuarial del ISSSTE al 31 de diciembre de 2013 y 2014, a desarrollarse en los ejercicios fiscales 2014 y 2015", adjunto el Informe Financiero y Actuarial 2014 (IFA 2014) con cifras al 31 de diciembre de 2013, el cual ha sido debidamente sustentado en la información proporcionada por el Instituto y forma parte del segundo entregable establecido en la cláusula tercera. El informe incluye lo siguiente:

- A. Informe sobre la situación financiera y actuarial de cada uno de los seguros y prestaciones ofrecidos por el Instituto, así como 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 de cada seguro.
- B. Los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se estén tomando en cada seguro y la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos en función de sus ingresos y reservas disponibles.
- C. Estimaciones sobre las posibles modificaciones a las cuotas y aportaciones de cada seguro, en su caso, que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto, así como las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas.
- D. Principales indicadores de la situación financiera de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan el gasto por más de un ejercicio fiscal.
- E. Las tendencias demográficas de sus derechohabientes, 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.
- F. La estimación de riesgos la cual debe considerar factores derivados del ciclo económico, de la evolución del costo de tratamientos y medicamentos, de la situación macroeconómica, así como cualquier otro riesgo que afecte la capacidad del Instituto para cumplir con sus compromisos.
- G. Informe sobre el estado que guardan las Instalaciones y equipos del Instituto, particularmente los dedicados a la atención médica, para atender de forma satisfactoria a sus derechohabientes.

Agradeciendo la confianza depositada en nosotros para el desarrollo de este proyecto, quedamos como siempre a sus apreciables órdenes.

Atentamente,



**Act. Marcela Flores Quiroz**  
Director General  
Cédula Profesional No. 1280075  
Perito Valuador de Pasivos  
Contingentes No. 049-1280075  
Act. Dictaminador de Planes de Pensiones  
CNSAR/VJ/DGNC/DGACLI/RA/015/97/R-2012

LOCKTON MÉXICO, AGENTE DE SEGUROS Y DE FIANZAS, S.A. DE C.V.

Carretera a San Juan de los Rios, Cal. Mex. Del. Cuauhtémoc, 06731 México, D.F.  
Calle Comercio Interior, C.P. 06700 México, D.F.



DICTAMEN AUDITOR EXTERNO

**FAR  
ELL**

CONSULTORES ACTUARIALES, EN GOBIERNO CORPORATIVO DE FONDOS DE PENSIONES Y EN CAPITAL HUMANO

Human  
Resources | Latin America  
Network

16 de junio 2014

**H. JUNTA DIRECTIVA DEL  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Estimados Señores:

Nos permitimos presentar nuestro Dictamen al Informe Financiero y Actuarial 2014 con cifras al 31 de diciembre de 2013, en los términos establecidos en el contrato de prestación de servicios profesionales vigente a partir del 30 de abril del año en curso, a efecto de dar cumplimiento a lo que establece la fracción XIX del Artículo 214 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

El trabajo como auditor externo que nos fue encomendado, consistió en proporcionar una opinión profesional independiente sobre el Informe Financiero y Actuarial 2014 con cifras al 31 de diciembre de 2013, cuya elaboración es responsabilidad del Instituto.

**CERTIFICACIÓN ACTUARIAL**

**Objetividad.**

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 Actuarios<sup>1</sup> 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 actuarlos encargados de elaborar el Informe Financiero y Actuarial 2014 con cifras al 31 de diciembre de 2013, que pudieran vulnerar nuestra capacidad profesional para emitir este dictamen.

<sup>1</sup> El Colegio Nacional de Actuarios, A.C. es miembro acreditado (full member) de la Asociación Internacional de Actuarios.



Técnica de Auditoría Actuarial.  
En virtud del tiempo con el que contamos para realizar el Dictamen, para llevar a cabo esta revisión nuestra firma utilizó la Técnica de Auditoría conocida como "Auditoría Actuarial de Nivel 2"<sup>2</sup>

Si bien para este nivel no se lleva a cabo la reproducción completa de los cálculos actuariales que sustentan el Informe Financiero y Actuarial 2014, sí se recalculan los resultados actuariales que se consideran más representativos, utilizando la misma información, las mismas hipótesis y un procedimiento de cálculo equiparable al empleado para efectuar el estudio actuarial.

Asimismo, conforme a lo que establece la Técnica de Auditoría referida, revisamos que la metodología empleada se apega 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.** La metodología utilizada en el cálculo de la *Situación Financiera y Actuarial de los Seguros*. La metodología utilizada en el cálculo de la situación financiera y actuarial del Seguro de Salud, del Régimen de Pensiones del Seguro de Riesgos del Trabajo, del Régimen de Pensiones de Prestaciones y gastos, se apega tanto a la financiero y actuarial de corto plazo para las demás prestaciones y gastos, se apega tanto a la que establece el Estándar de Práctica Actuarial Número 2, Análisis Financiero de Programas de Seguridad Social, citado anteriormente, como a la que se describe en el Reglamento Financiero y de Reservas del Instituto.

**Valuación Actuarial de los Pasivos Laborales.** La metodología aplicada para determinar el pasivo derivado de las obligaciones laborales que tiene el Instituto en su calidad de patrón ante sus propios trabajadores, se ajusta a los principios de la Norma de Información Financiera D-3, (NIF D-3) Beneficios a los Empleados emitido por el Consejo Mexicano para la Investigación y Desarrollo de Normas de Información Financiera, A.C.

<sup>2</sup> De acuerdo a la clasificación de los diferentes niveles de auditoría actuarial que se describen en las "Mejores Prácticas de Auditoría Actuarial" emitidas por la GFOA (Government Finance Officer Association, Best Practice Actuarial Audit, 2014).



FAR  
ELL

REPUBLICA COSTARRICENSE

Human  
Resources | Latin America  
Network

**Información utilizada en el Informe Financiero y Actuarial.**

Incluye, principalmente, disposiciones legales vigentes, información sobre trabajadores cotizantes y pensionados, de tipo estadístico y financiero, así como información de tendencias demográficas de sus derechohabientes, incluyendo modificaciones en la esperanza de vida; tendencias en la transición epidemiológica, y cambios en la composición de género de la fuerza laboral, factores derivados del ciclo económico, de la evolución del costo de los tratamientos y medicamentos, los costos laborales, de tipo macro-económico, sobre mercados laborales, estadísticas vitales y economía de la salud.

Incluye también información presentada sobre el estado que guardan las instalaciones y equipos del instituto, particularmente los dedicados a la atención médica.

La información utilizada en el Informe Financiero y Actuarial 2014 con cifras al 31 de diciembre de 2013 no fue auditada por nuestra firma en su construcción, como tampoco lo fue la información fuente o subyacente. La información únicamente fue analizada y revisada.

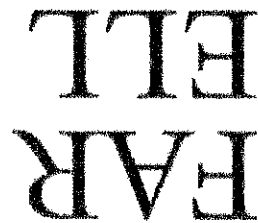
Bajo la consideración anterior, confirmamos que la información es razonablemente consistente con la de años anteriores y con datos utilizados para otros fines.

Como es el caso de cualquier Institución de Seguridad Social, debido a que los resultados tanto de los cálculos de la situación financiera y actuarial, como los de las Auditorías dependen de la información suministrada, se destaca que podrían obtenerse resultados diferentes si los datos subyacentes o fuente son imprecisos, inexactos o incompletos.

**Hipótesis actuariales.**

Conforme a lo que establece el Estándar de Práctica Actuarial Número 2, se considera que las hipótesis de tipo financiero y demográfico 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 de tipo biométrico fueron generadas a partir de la experiencia ISSSTE, siendo importante señalar que, para efectos de la determinación de los capitales constitutivos de los Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo, se consideran las bases emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en su Circular Única.



Human Resources  
Mendoza

COMITÉ DE CONSULTORIA S.A.

**Resultados.**

Como ya se mencionó, nuestra firma reprodujo los resultados actuariales que podrían considerarse representativos de los obtenidos para el Informe Financiero y Actuarial 2014 con cifras al 31 de diciembre de 2013, elaborado por el Instituto.

Bajo la técnica de auditoría actuarial utilizada, considerando la legislación vigente, utilizando la misma información y las mismas hipótesis actuariales de cálculo, destacamos que no se apreciaron diferencias materiales que hubieran llamado nuestra atención o que fueran motivo de preocupación, entre los cálculos presentados por el ISSSTE y los producidos por nuestra firma.

**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 del Informe Financiero y Actuarial, reflejan razonablemente, a la fecha de referencia y durante el periodo contemplado de proyección, la situación financiera y actuarial de cada uno de los seguros y prestaciones que corresponde administrar al Instituto.

Es de la mayor importancia que el Instituto lleve a cabo la revisión y actualización sistemática de las bases biométricas, debido a su impacto en la confiabilidad de los resultados del Informe Financiero y Actuarial.

Asimismo, recomendamos que en el futuro el apartado referente al estado que guardan las instalaciones y equipo del Instituto, principalmente, los correspondientes al área médica, incluya una evaluación de su suficiencia para atender la demanda de servicios, bajo estándares nacionales y/o internacionales y que, si bien, pese a que el Informe Financiero y Actuarial identifica la diversidad de riesgos a los que se encuentra expuesto el Instituto, se haga énfasis en su impacto sobre la suficiencia financiera de los diferentes seguros.

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/V1/DGNC/RA/091/2013

# ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Producto Interno Bruto, México (Var % anual)	22
Gráfica 2. Actividad Económica por Sector (Var % anual)	22
Gráfica 3. Índice de Precios al Consumidor (%), 2008-2013	24
Gráfica 4. Tasas de interés de Valores Gubernamentales de México y Estados Unidos 2013	25
Gráfica 5. Curva de rendimientos de los Bonos M	26
Gráfica 6. Proyección de la esperanza de vida al nacer por género 2013-2050	28
Gráfica 7. Estructura poblacional en 2013 y 2050	29
Gráfica 8. Estructura poblacional de trabajadores y pensionados del ISSSTE 2013 y 2050	31
Gráfica 9. Principales causas de egresos hospitalarios, ISSSTE 2013	33
Gráfica 10. Comportamiento de los egresos hospitalarios por patologías crónicas no transmisibles, ISSSTE 2010-2013	34
Gráfica 11. Distribución de los egresos hospitalarios por tipo de patología, ISSSTE 2013	35
Gráfica 12. Distribución de la relación parto - cesáreas, ISSSTE 2013	36
Gráfica 13. Estado de Situación Financiera y Estado de Actividades, comparativo 2012-2013, incluyendo transferencias del Gobierno Federal (millones de pesos)	48
Gráfica 14. Distribución de empleados por antigüedad	51
Gráfica 15. Distribución de empleados por edad	52
Gráfica 16. Distribución de trabajadores del ISSSTE por salario integrado mensual al 31 de diciembre de 2013	52
Gráfica 17. Evolución del saldo de las reservas a valor de mercado 2008-2013 (millones de pesos)	63
Gráfica 18. Composición por instrumento de la cartera de inversión de las reservas al 31 de diciembre de 2013	65
Gráfica 19. Distribución de plazos al 31 de diciembre 2013	67
Gráfica 20. Rendimiento de las reservas contra el <i>Benchmark</i> 2013 (porcentaje)	69

69	Gráfica 21. Productos Financieros 2013 (millones de pesos)
96	Gráfica 22. Estimación de la estructura del gasto médico por padecimiento, 2013
107	Gráfica 23. Gasto del Seguro de Salud y en medicamentos (millones de pesos)
108	Gráfica 24. Curva de concentración del gasto en medicamentos
	Gráfica 25. Gasto en medicinas y productos farmacéuticos en términos porcentuales por nivel de atención, 2013
109	
140	Gráfica 26. Niños atendidos en las EBDIS, 2012 y 2013
	Gráfica 27. Delegaciones que atienden a un mayor número de niños, 2013 (miles de niños atendidos)
142	
144	Gráfica 28. Número de EBDIS certificadas por Delegación, 2013
146	Gráfica 29. Evolución mensual de la recaudación, 2013 (millones de pesos)
157	Gráfica 30. Unidades médicas por nivel de atención y tipo de tenencia 2013
	Gráfica 31. Distribución porcentual del equipo médico especializado por nivel de atención, 2013
163	
	Gráfica 32. Distribución porcentual del equipo médico especializado instalado en unidades médicas por Distrito Federal y área foránea, 2013
164	
	Gráfica 33. Distribución porcentual del equipo médico especializado por funcionalidad, 2013
165	
167	Gráfica 34. Equipo relevante según años de antigüedad de atención a nivel central, 2013
168	Gráfica 35. Distribución porcentual de recursos materiales por nivel de atención, 2013
	Gráfica 36. Distribución porcentual de otros recursos materiales en las unidades médicas por Distrito Federal y área foránea, 2013
169	
171	Gráfica 37. Consultorios por tipo de especialidad, 2013
175	Gráfica 38. Total de obras médicas y no médicas 2013
176	Gráfica 39. Distribución de acciones de obras médicas por nivel de atención 2013
178	Gráfica 40. Distribución de la inversión médica por tipo de obra, 2013
188	Gráfica 41. Zonas sísmicas y distribución de unidades médicas por estado
189	Gráfica 42. Riesgo de inundación y distribución de unidades médicas por estado
212	Gráfica 43. Saldo a fin de mes y porcentaje de cumplimiento 2013 (millones de pesos)
214	Gráfica 44. Implementación del SERICA Nómimas en 2013

# ÍNDICE DE TABLAS

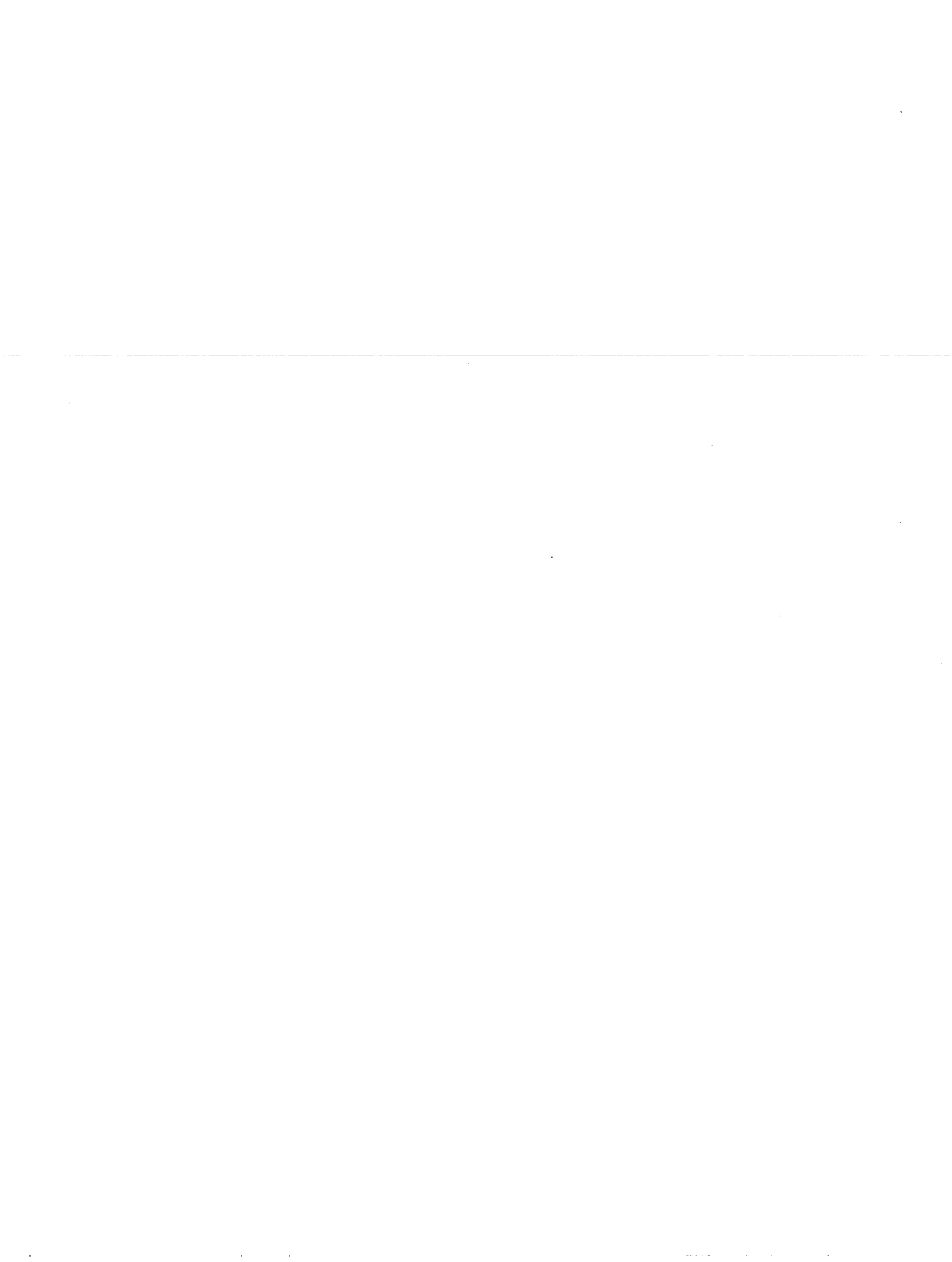
Tabla 1. Principales causas de mortalidad hospitalaria, ISSSTE 2013	36
Tabla 2. Estado de Actividades por fondos al 31 de diciembre de 2013 (millones de pesos)	45
Tabla 3. Distribución de los gastos comunes por fondo	49
Tabla 4. Distribución de los gastos comunes por fondo 2014	49
Tabla 5. Beneficios considerados en la valuación de pasivo laboral	50
Tabla 6. Obligaciones (OBD) al 31 de diciembre de 2013, según entidad y dependencia (millones de pesos)	53
Tabla 7. Saldo contable de las reservas al 31 de diciembre de 2013 (millones de pesos)	61
Tabla 8. Saldo de las reservas al 31 de diciembre de 2013 (millones de pesos)	62
Tabla 9. Incremento a las reservas en el año 2013 (millones de pesos)	64
Tabla 10. Inversiones por tipo de instrumento a valor mercado según reservas para el año 2013 (millones de pesos)	66
Tabla 11. VaR de las reservas al 31 de diciembre de 2013	70
Tabla 12. Duración de las reservas al 31 de diciembre de 2013	71
Tabla 13. Estado de Actividades del Seguro de Salud 2009-2013 (millones de pesos)	77
Tabla 14. Proyecciones financieras del Seguro de Salud (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)	80
Tabla 15. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2013 del Seguro de Salud, considerando 20 años de proyección	82
Tabla 16. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de trabajadores y sus familiares derechohabientes (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)	84
Tabla 17. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)	87

141	Tabla 35. Distribución de EBDIS por Delegación Institucional, 2013
138	Tabla 34. Proyecciones financieras de los Servicios Sociales y Culturales (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)
136	Tabla 33. Estado de Actividades de los Servicios Sociales y Culturales (millones de pesos)
130	Tabla 32. Impacto en el costo de montos constitutivos por incapacidad
128	Tabla 31. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2013 del Seguro de Riesgos del Trabajo, considerando 100 años de proyección
126	Tabla 30. Proyecciones financieras del Seguro de Riesgos del Trabajo (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)
125	Tabla 29. Balance actuarial al 31 de diciembre de 2013 del Seguro de Invalidez y Vida, considerando 100 años de proyección
123	Tabla 28. Proyecciones financieras del Seguro de Invalidez y Vida (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)
121	Tabla 27. Estado de Actividades del Seguro de Riesgos del Trabajo 2009-2013 (millones de pesos)
119	Tabla 26. Estado de Actividades del Seguro de Invalidez y Vida 2009-2013 (millones de pesos)
109	Tabla 25. Unidades médicas que concentran 30 por ciento del costo en medicamentos, 2013 (millones de pesos)
106	Tabla 24. Gasto corriente del Seguro de Salud en 2013 (millones de pesos)
97	Tabla 23. Proyecciones de consultas, egresos hospitalarios y gasto médico por componente, 2013-2050
95	Tabla 22. Consultas, egresos hospitalarios y estimación del gasto médico por componente, 2013
93	Tabla 21. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud, Escenario II
93	Tabla 20. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud, Escenario I
92	Tabla 19. Periodos de suficiencia por vertiente del Seguro de Salud
89	Tabla 18. Proyecciones financieras del Seguro de Salud en su vertiente de pensionados a partir de la fecha de entrada en vigor de la Ley del ISSSTE (millones de pesos constantes al 31 de diciembre de 2013)

Tabla 36. Monto ejercido en 2013 por Delegación Institucional en el programa de protección civil (millones de pesos)	143
Tabla 37. Delegaciones que cuentan con EBDIS certificadas	145
Tabla 38. Recursos disponibles en servicios funerarios	150
Tabla 39. Resumen de servicios funerarios otorgados en 2013	151
Tabla 40. Antigüedad promedio de las unidades médicas de primer nivel de atención, por Delegación 2013	158
Tabla 41. Antigüedad promedio de las unidades médicas de segundo nivel de atención, por Delegación 2013	160
Tabla 42. Antigüedad promedio de las unidades médicas de tercer nivel de atención, por Delegación 2013	161
Tabla 43. Equipo médico especializado por categoría, instalado dentro de las unidades médicas del ISSSTE, 2013	162
Tabla 44. Funcionalidad que guarda el equipo médico a nivel Central del ISSSTE, 2013	166
Tabla 45. Funcionalidad que guarda el equipo médico, con mayor relevancia de atención a nivel Central del ISSSTE, 2013	166
Tabla 46. Recursos materiales dentro de las unidades médicas del ISSSTE, 2012-2013	168
Tabla 47. Camas, distribución porcentual, por tipo de especialidad y ocupación ISSSTE, 2013	170
Tabla 48. Camas, distribución porcentual del estado de conservación por nivel de atención, 2013	170
Tabla 49. Ambulancias, distribución porcentual del estado de conservación por nivel de atención, 2013	171
Tabla 50. Otra Infraestructura no médica, 2013	172
Tabla 51. Inversión en conservación y mantenimiento por nivel de atención a nivel Central y Delegacional, 2013 (millones de pesos)	174
Tabla 52. Distribución de las obras médicas por nivel de atención y por Distrito Federal y área foránea, 2013	176
Tabla 53. Distribución de obras nuevas por sustitución 2013	177
Tabla 54. Distribución de obras médicas y no médicas en el Distrito Federal, 2013	178
Tabla 55. Proyectos de Inversión 2014–2018, (millones de pesos)	181

181	Tabla 56. Detalle de los proyectos de inversión, 2014–2018, (millones de pesos)
183	Tabla 57. Población derechohabiente de las Delegaciones con nueva infraestructura
187	Tabla 58. Clasificación de riesgos por fenómenos naturales
190	Tabla 59. Préstamos extraordinarios por estado
192	Tabla 60. Diagnóstico de riesgos
197	Tabla 61. Riesgos adicionales identificados por PTAR, 2013
231	Tabla 62. Seguros, prestaciones y servicios del ISSSTE
234	Tabla 63. Licencias por enfermedad no profesional con cargo a la Dependencia o Entidad
239	Tabla 64. Prestaciones en especie y en dinero para los trabajadores que sufran un riesgo del trabajo
244	Tabla 65. Tipos de préstamos personales
248	Tabla 66. Edad mínima de pensiones por jubilación, edad y tiempo de servicio, cesantía en edad avanzada
249	Tabla 67. Porcentaje aplicable a las pensiones de retiro por edad y tiempo de servicios
249	Tabla 68. Porcentaje aplicable a las pensiones por cesantía en edad avanzada
251	Tabla 69. Contribuciones al ISSSTE como porcentaje del sueldo básico
252	Tabla 70. Hipótesis y supuestos de valuación
253	Tabla 71. Vector de costos per cápita por edad y género para el escenario base
255	Tabla 72. Vector de costos per cápita por edad y género para el escenario de sensibilidad
256	Tabla 73. Tasa de oferta estimada







# INFORME FINANCIERO Y ACTUARIAL 2014

El **Informe Financiero y Actuarial 2014 (IFA 2014)** se elabora anualmente en cumplimiento al Artículo 214, fracción XIX de la Ley del ISSSTE. Es un documento técnico para la planeación y la toma de decisiones, que presenta un diagnóstico de la situación financiera del Instituto al 31 de diciembre de 2013, así como las proyecciones actuariales de ingresos y gastos de los seguros y los posibles riesgos que pudieran generar un impacto financiero para el Instituto.

Las secciones del IFA 2014 son:

- I. Entorno económico, demográfico y epidemiológico
- II. Situación financiera
- III. Reservas e inversiones
- IV. Seguro de Salud
- V. Seguros de Invalidez y Vida y Riesgos del Trabajo
- VI. Servicios Sociales y Culturales
- VII. Estado que guardan las Instalaciones y equipos del Instituto
- VIII. Otros riesgos institucionales
- IX. Acciones para fortalecer la calidad y eficacia de los servicios

Con el IFA 2014 reafirmamos nuestro compromiso de ser una institución que contribuye en la consolidación de un proyecto nacional incluyente y próspero, que deberá encaminarse en los próximos años hacia el reto de la seguridad social universal. Confiamos plenamente que la lectura, discusión y análisis del IFA 2014 por parte de funcionarios, legisladores, expertos y público en general será parte medular en el impulso y logro de dicho compromiso.

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**



**ISSSTE**

0  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9